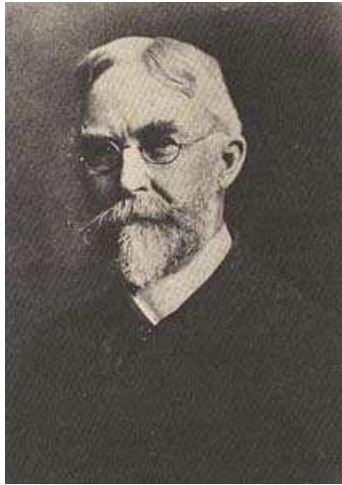


Justificación de pruebas de imagen en demencias

Justo Sánchez Gil
FEA Medicina Interna
Hospital La
Inmaculada
29 Julio 2014

Hall of fame



Dr. George
Huntington (1850-
1916)



Dr. Arnold Pick
(1851-1924)



Dr. Alois
Alzheimer (1864-
1915)



Dr. Friedrich
Heinrich Lewy
(1885-1950)



Dr. James
Parkinson (1755-
1824)



Dr. Hans Gerhard
Creutzfeldt (1885-1964)

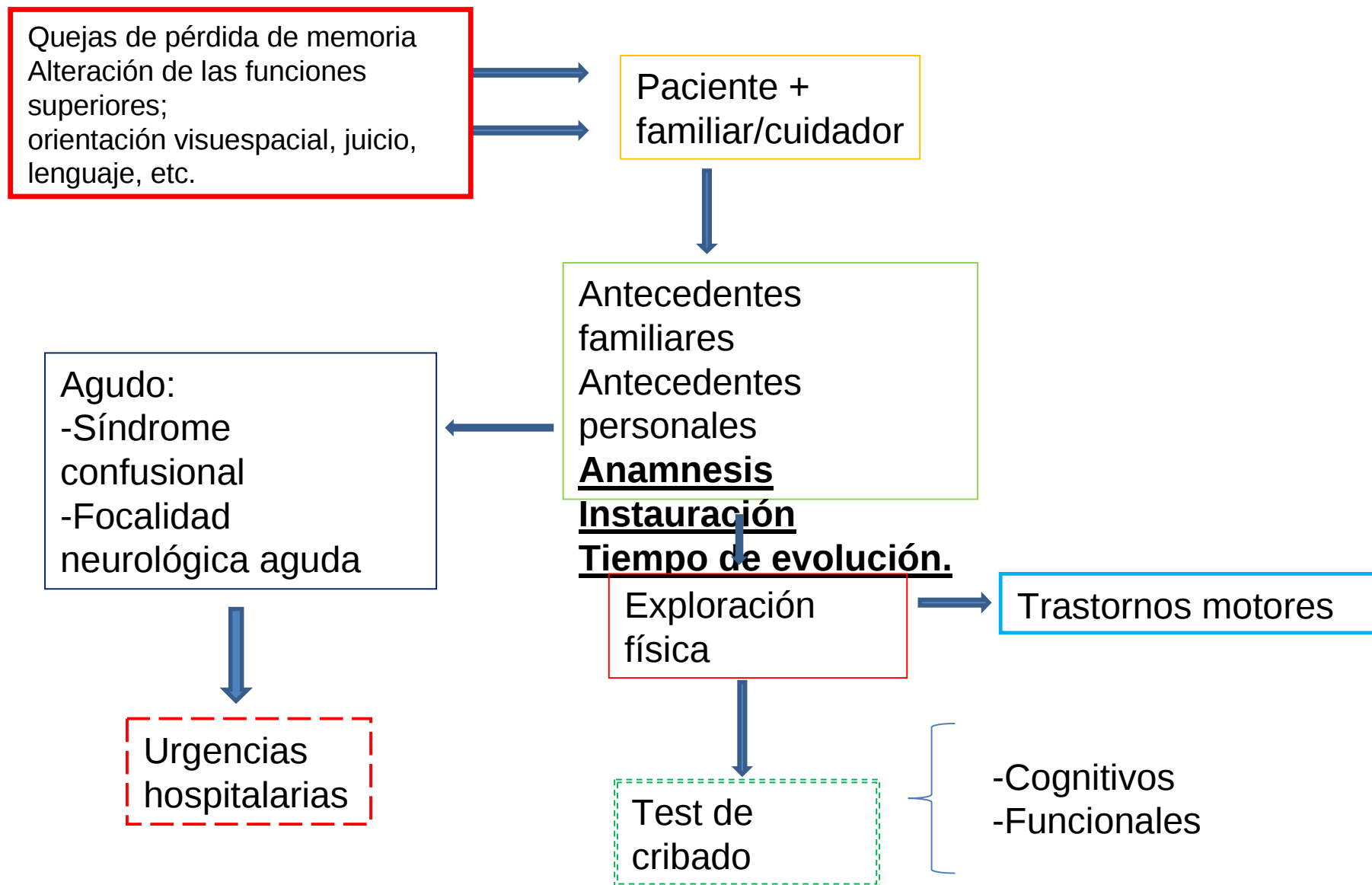


Dr. Alfons Maria
Jakob (1884-1931)



Dr. Wilhem Conrad
Roentgen
(1845-1923)

Algoritmo diagnóstico



Test de cribado

Tabla 1 Test de cribado de demencia (*) y/o enfermedad de Alzheimer (†) validados en nuestro medio.

Test	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Área bajo la curva	Influencia nivel cultural	Tiempo de administración	Test-retest	Consistencia
MMSE (†) (Blesa, 2001)	24/25	87,3% (83,8–90,9)	89,2% (83,4–95,0)	-	Sí	8-10 minutos	0,87 0,96 intraclase	0,94
MIS (*) (Böhm, 2005)	≤ 4	74%	96%	0,94 (0,92-0,97)	Sí	4 minutos	0,69	0,67
Test de las fotos (*) (Carnero, 2007)	25/26	88% (80-94)	90% (86-93)	0,95 ± 0,01	No	3 minutos	-	-
Test del reloj (†)	6	92,8%	93,5%		Sí	2-3 minutos	-	0,90

2 test cognitivos: MMSE + otro

Test funcional

Total: 21-23 minutos



Anamnesis + exploración física

Escala	Tiempo de aplicación	Punto de corte	Máximo mínima	α -Cronbach	Test-retest	Especificidad*	Sensibilidad*	Área bajo la curva
EAIVD (Olazarán, 2005)	5 minutos	4/5	0-8	0,78	0,95	0,77	0,71	-
B-ADL (Erzigkeit, 2001)	10 minutos	3,3	1-10	0,98	-	0,72	0,81	0,94 (0,923-0,958)
FAQ (Olazarán, 2005)	8-10 minutos	5-6	0-33	0,95	0,98	0,88	0,95	0,97 (0,94-0,99)
Blessed (Peña-Casanova, 2005)	10 minutos	3,5	0-28	0,92	0,98	0,90	0,87	0,96
IDDD (Böhm, 1998)	12-15 minutos	36	33-99	0,98	0,94	-	-	-



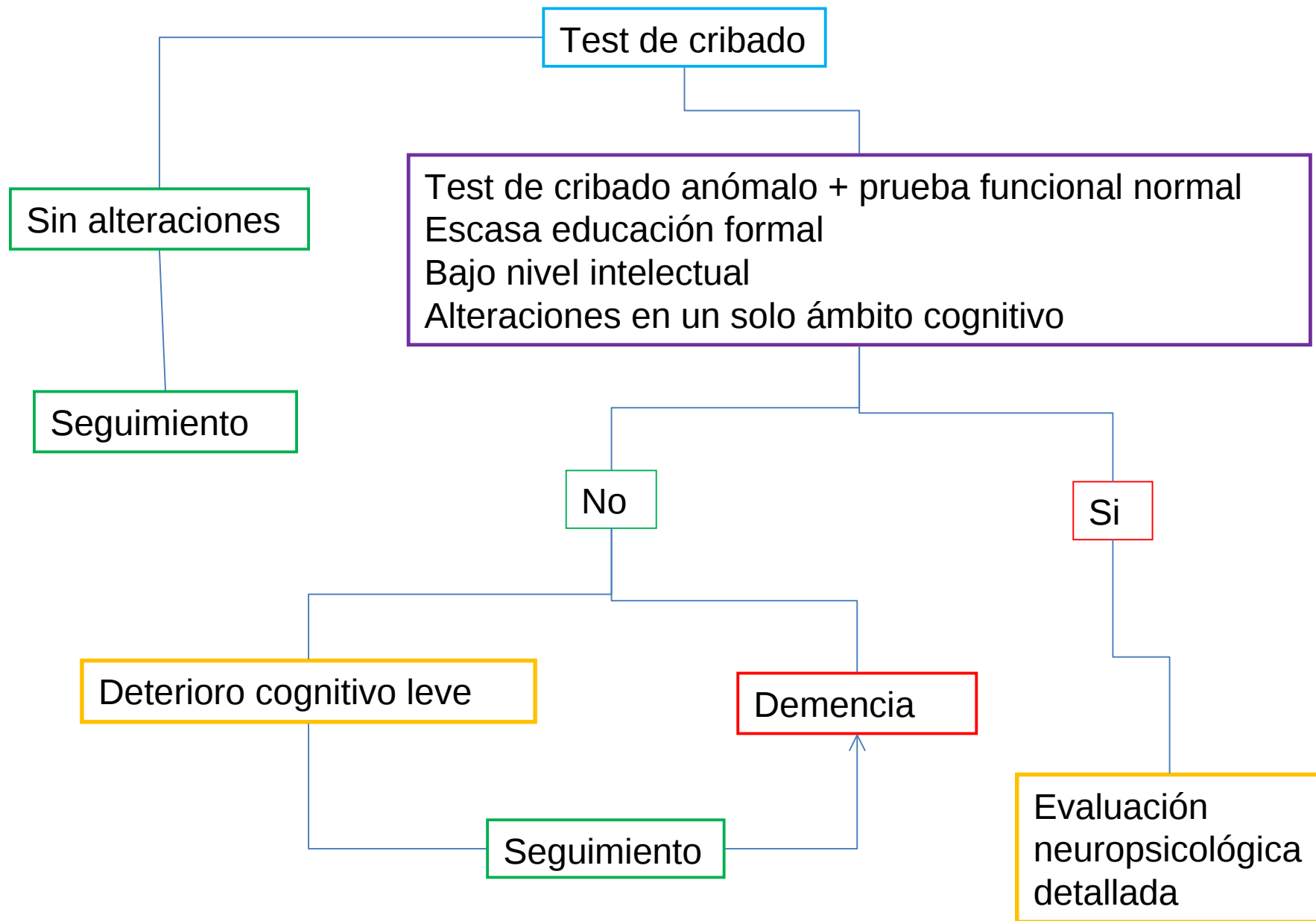
Diagnóstico en Atención Primaria

1. Entrevista clínica de orientación diagnóstica, con las características siguientes:

- Disponer de tiempo (mín. 30 min.) y clima de escucha apropiado (consulta programada).



1



Diagnóstico

Historia clínica + exploración + test de cribado = diagnóstico de síndrome demencia

Las demencias rápidamente progresivas (DRP) se caracterizan por un deterioro cognitivo y funcional subagudo que se desarrolla en menos de 2 años, cuya

En pacientes más jóvenes es menos tiempo (a veces un año)

Rápidamente progresivas

Degenerativa: encefalopatía espongiforme, AD fulminante...
Inflamatoria: Hashimoto, Sjogren, sarcoidosis, encefalitis límbica, CNS vasculitis, GAD
Vascular: vasculitis, cadasil, melas, subdural
Tóxica: radioterapia, metotrexate, 5FU, cisplatino, ciclosporina A...
Metabólicos: Wilson, adrenoleucodistrofia, Wernicke
Neoplásico: carcinomatosis meníngea, linfoma, encefalitis límbica paraneoplásica
Infecciosa: neurosífilis, leucoencefalopatía multifocal progresiva

Lentamente progresivas

Demencias degenerativas:
AD, cuerpos de Lewy, frontotemporal...
Demencias secundarias:
- Vascular
- Infecciosa
- Metabólico carencial
- Alteración del flujo del LCR (hidrocefalia)

¿Por qué se solicitan pruebas de imagen?

Rápidamente progresivas

Etiología múltiple

Pronóstico depende de etiología

Potencialmente mortales y/o tratables/curables

Valorar ingreso

RNM craneal
Secuencias T2, FLAIR,
DP, T1 y difusión

Lentamente progresivas

Etiología degenerativa
(la gran mayoría)

La mayoría no curables

Manejo en consulta

TC cráneo

UpToDate®



Official reprint from UpToDate®
www.uptodate.com ©2014 UpToDate®

Neuroimaging — The use of neuroimaging in patients with dementia is controversial. A number of guidelines on the clinical evaluation of dementia have been published, many of which do not recommend imaging studies routinely, but include clinical prediction rules to identify patients who might have reversible causes of dementia that can be diagnosed with imaging studies (eg, subdural hematoma, normal pressure hydrocephalus, treatable cancer) [4,62,67-73]. The prediction rules vary, including factors such as younger age (<60 years), focal signs, short duration of symptoms (less than two years), among others. However, the sensitivity and specificity of these prediction rules is low [74].

Otras pruebas de neuroimagen

Sólo en casos especiales y **por Neurólogos:**

- RNM** funcional y de perfusión

- **PET:**

 - (18F) Fluordesoxiglucosa:** posiblemente útil para diferenciar la EA de la DFT, también parece útil para predecir el paso de deterioro cognitivo leve a EA en combinación con la determinación del alelo APOE $\epsilon 4$

 - Trazadores de amiloide (Florbetapir F18, Flutemetamol F18,)**: aprobadas por FDA para casos dudosos de EA (si es negativa disminuye las probabilidades de EA)

- SPECT:** en pacientes con deterioro cognitivo leve con puntuaciones bajas en test de memoria visual podría servir para el diagnóstico de EA temprana

¿Cuándo retirar la medicación para la demencia?

Demencia grave:

- GDS-FAST 6*/7

Inhibidores de acetilcolinesterasa: (GDS 3*-5)

Se administran durante **8 semanas a la dosis maxima recomendada y tolerada**, posteriormente se cita al **paciente con la familia**, el tratamiento se interrumpe si no existe mejoría, el MMSE no es lo suficientemente específico para valorar la respuesta. En ocasiones los pacientes empeoran tras interrumpir el tratamiento, no está claro si esto es un signo de beneficio de medicación, pero por lo general se reintroduce si el deterioro tiene relación temporal con la retirada.



Tratamiento farmacológico específico

El tratamiento farmacológico específico de la enfermedad de Alzheimer deberá:

- Ser instaurado por médicos especialistas
- Ser reevaluado 2-4 meses después de alcanzar la dosis pretendida y continuar el tratamiento sólo en aquellos casos en que se documente una mejoría o al menos una estabilización.
- Ser revisado cada 6 meses desde el punto de vista cognitivo, global, conductual y funcional. El tratamiento debe continuarse siempre que el MMSE esté por encima de 12 puntos.

Bibliografía

Bahamonde C. Protocolo diagnóstico inicial en demencia. Medicine 2011;10(76):5165-8

Elchau S, Molina J, López JL. Demencias rápidamente progresivas. ¿son todas enfermedades priónicas?. Alzheimer. Real Invest Demenc 2014;56:12-20

Rosebloom MH, Atri A. The evaluation of rapidly progressive dementia. Neurologist 2011;17(2):67-74

Villarejo A, Puertas-Martín V. Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. Neurología 2011;26(7):425-33

Baena JM, González I, Rodríguez R. Evidencias disponibles y criterios para la retirada de fármacos en las demencias. FMC 2012;19(9):547-51

Evaluation of cognitive impairment and dementia. Uptodate. 2014

Documento de ayuda a la toma de decisiones en el manejo de pacientes con demencia avanzada. Sademi 2008