

## Evaluación Clínica: Indicadores contrarios al diagnóstico de EA.

Peter Nestor

Tal como esperamos demostrar a lo largo de este simposio, las diferentes enfermedades que conllevan demencia presentan síntomas y signos cualitativamente diferentes que ofrecen la posibilidad de hacer un diagnóstico clínico correcto. Sin embargo, puede ser difícil trasladar lo que podemos aprender en un libro acerca de las características distintivas de una determinada demencia a lo que podemos ver en la clínica. En otros términos, si bien es fácil detectar los detalles cuando ya conocemos el diagnóstico, asignar un significado a un conjunto de síntomas y signos cuando el diagnóstico no ha sido aún establecido puede ser una cuestión muy diferente. Esta dificultad se complica aún más debido a que, en las demencias degenerativas, las características clínicas se desarrollan de manera insidiosa y, en su inicio, cuando los pacientes suelen acudir por primera vez a la consulta, pueden manifestar sólo pinceladas de lo que más tarde se presentará como un síndrome claramente reconocible. Además, al evaluar los síntomas, es de importancia crítica considerar el estadío de severidad; por ejemplo, las ideas alucinatorias, que constituyen una característica temprana común de la demencia de los cuerpos de Lewy, son también frecuentes de la enfermedad de Alzheimer, si bien en este caso suelen presentarse en estadíos más severos. Para los que trabajan en el “tajo” del diagnóstico clínico es igualmente difícil trasladar lo que se ofrece en los artículos de investigación científica a lo que puede resultar útil en la clínica. Esto se debe principalmente a que la investigación clínica suele centrarse en las características clínicas a nivel de grupo, y esas características no siempre son importantes para el nivel de un paciente individual, que es el que se requiere para el diagnóstico. Por ejemplo, la presencia de atrofia en la Resonancia Magnética es una característica bien conocida en los estudios de grupo de la EA. Pero su detección fiable en un individuo puede ser difícil. Otro problema es que los estudios de investigación suelen recoger características clínicas de una condición dada, sin compararlas diferencialmente con otros diagnósticos. Por ejemplo, la apatía es repetidamente reseñada como una de las características neuropsiquiátricas más comunes en la demencia frontotemporal. Sin embargo, la apatía es también altamente prevalente en la EA, en la demencia con cuerpos de Lewy y en otras condiciones no degenerativas que se suelen ver en la clínica “de memoria”, como por ejemplo la depresión; por ello, la apatía no es un signo diagnóstico clínicamente útil. Partiendo de estos problemas, el objetivo de esta presentación es ofrecer una revisión práctica acerca de los aspectos a los que hemos de prestar atención en la clínica si queremos hacer un diagnóstico correcto a nivel individual, así como qué aspectos son menos útiles. Prestaré una atención particular a aquellos aspectos con los que, de acuerdo con mi experiencia, los clínicos suelen tener más dificultad en vistas al diagnóstico diferencial.

\*Todos los derechos de propiedad intelectual son del autor. Queda prohibida la reproducción total o parcial de la obra sin autorización expresa del autor.

© FUNDACIÓN RAMÓN ARECES. Todos los derechos reservados.

\*All intellectual property rights belong to the author. Total or partial reproduction of the work without express permission of the author is forbidden.

© FUNDACIÓN RAMÓN ARECES. All rights reserved.