

ALZHEIMER
VARIABLE ATROFIA CORTICAL
POSTERIOR



NILDIANA CEDEÑO CABALLERO
R1 de Anatomía Patológica
Hospital Universitario Central de Asturias

Caso clínico Antecedentes



- Mujer. 74 años. Diestra.
- Escolaridad: escasa (lee y escribe con dificultad).
- Profesión: Ama de casa.
- A. Personales: Hipertensión arterial, a tratamiento con enalapril.
- Deterioro cognitivo a estudio
- Fecha de consulta: septiembre-01

Caso clínico

Síntomas



- Desde hace 4-5 años observan apatía, indiferencia por el entorno y fallos en la vestimenta. No otra sintomatología.
- En el último año, gran torpeza para calcular las distancias (al intentar coger la manilla de una puerta, los cubiertos en la mesa...). Tendencia a no utilizar la mano izquierda. Lentitud global para los movimientos, inclinándose a veces hacia la derecha.
- Información general y datos autobiográficos conservados. Comprende bien.

Caso clínico

Exploración



- Temblor mentoniano.
- Discinesias buco-linguales.
- Disminución del balanceo del MSI al caminar.
- No otras alteraciones significativas

Caso clínico

Evaluación neuropsicológica



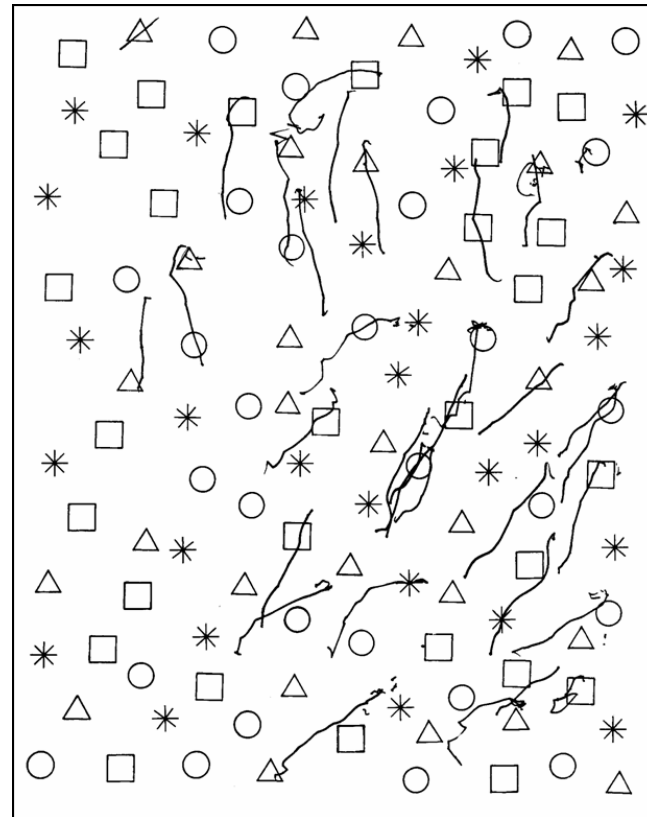
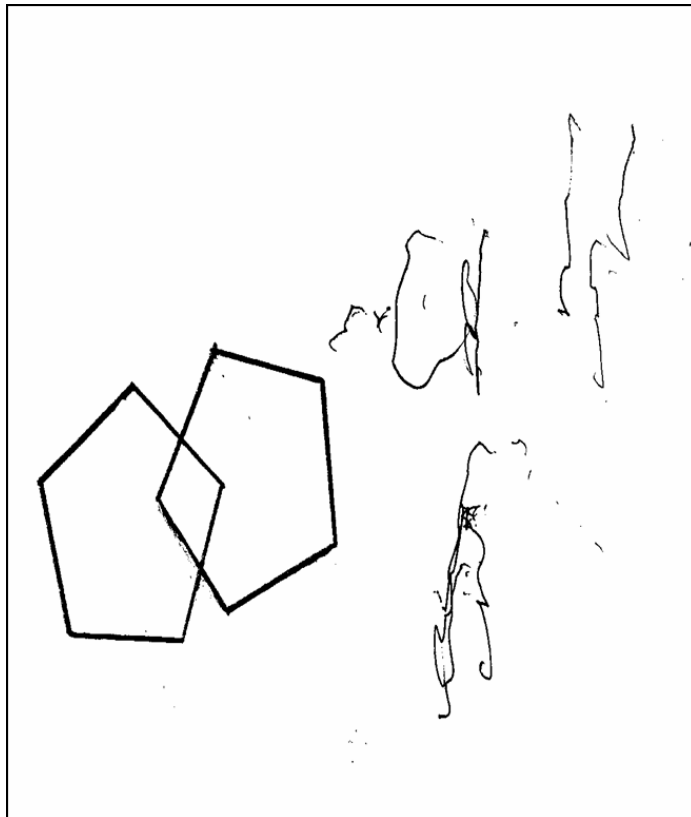
- Orientada en tiempo, espacio y persona.
- Apraxia ideomotora
- Agnosia visual para objetos
- Prosopagnosia
- Comprensión oral y repetición conservadas.

Caso clínico



- Lápiz "para escribir"
- Peine "no sé" (lo lleva al pelo tras tocarlo)
- Embudo "no es una espada... sí, es un embudo"
- Sonajero
- Tijeras
- Cartera "no sé"
- Cama
- Silbato

AGNOSIA VISUAL

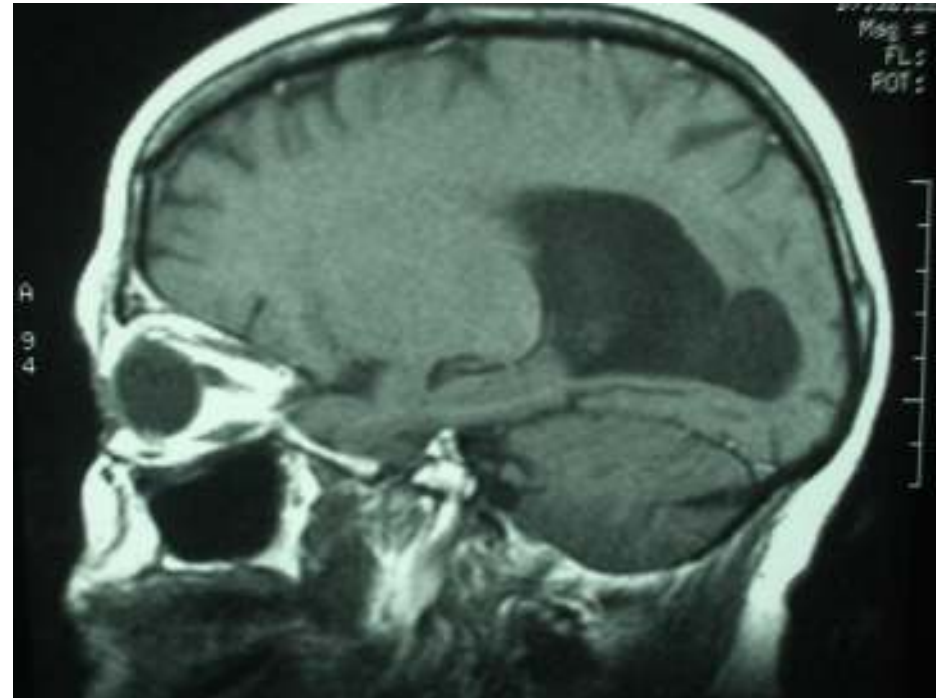
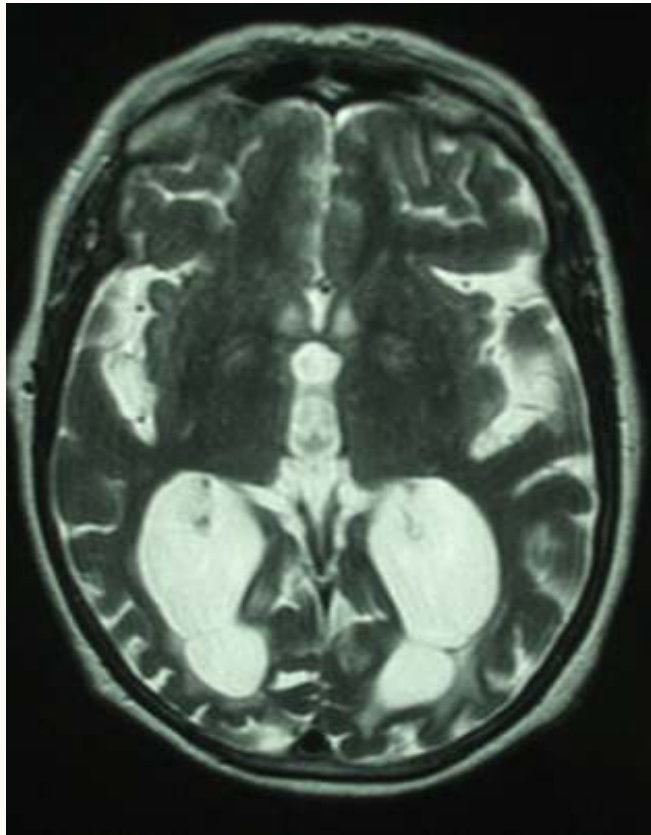


Imágenes radiológicas

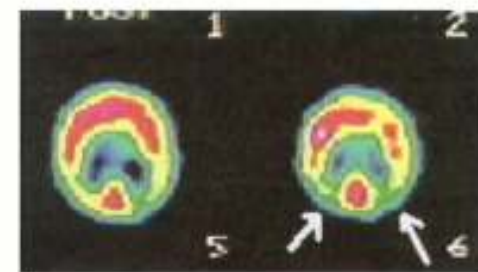
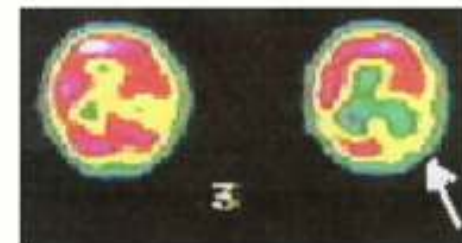
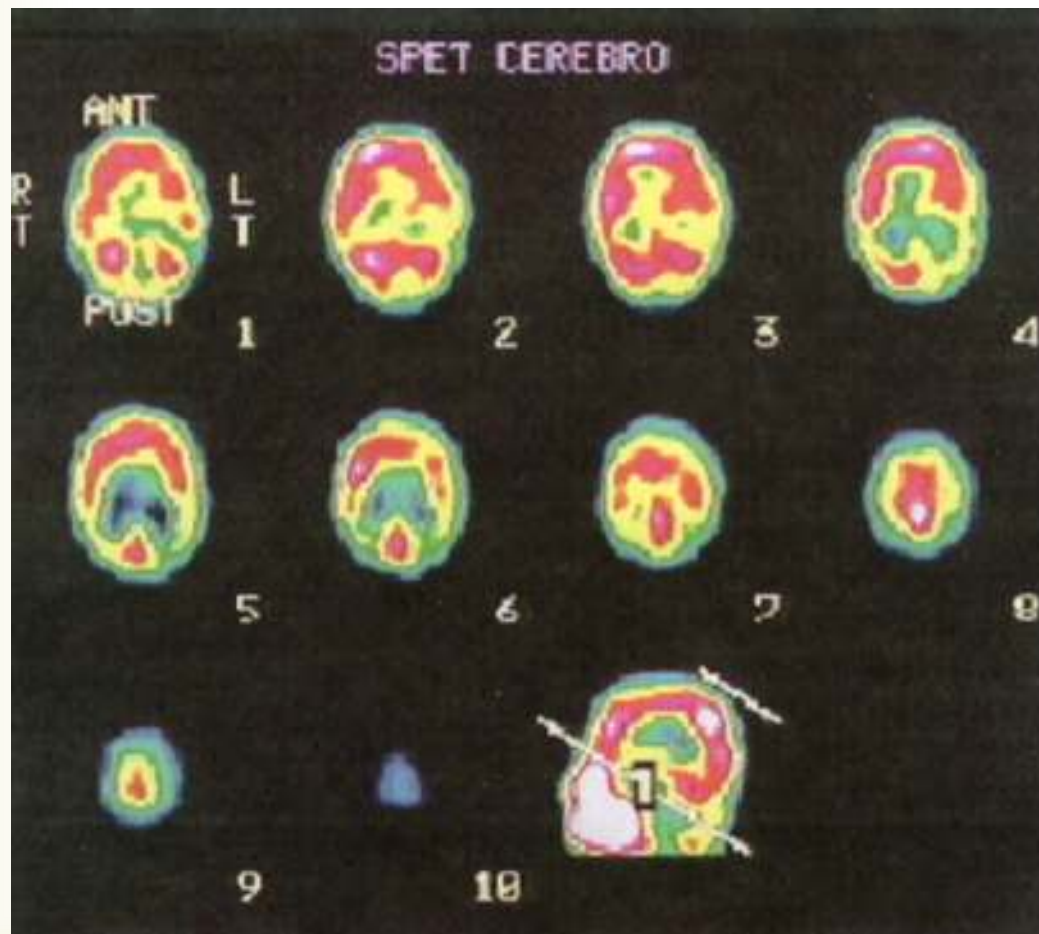


Caso clínico

Imágenes radiológicas



Imágenes radiológicas SPECT cerebral



Caso clínico

Evolución



- Deterioro cognitivo progresivo: visuoespacialidad, lenguaje, memoria...
- Dependencia severa para las AVDB (sept-03): no come sola (hace el gesto pero no "coge"), incontinente, no deambula independiente, no reconoce a familiares.
- Crisis parcial en diciembre-03. Tto: valproato.
- Exitus en abril de 2004 por deterioro general progresivo. Se autoriza autopsia.



Hospital
Central
de Asturias

A-14-04



0 1 2 3 4 5
Hospital
Central
de Asturias 04 A 14



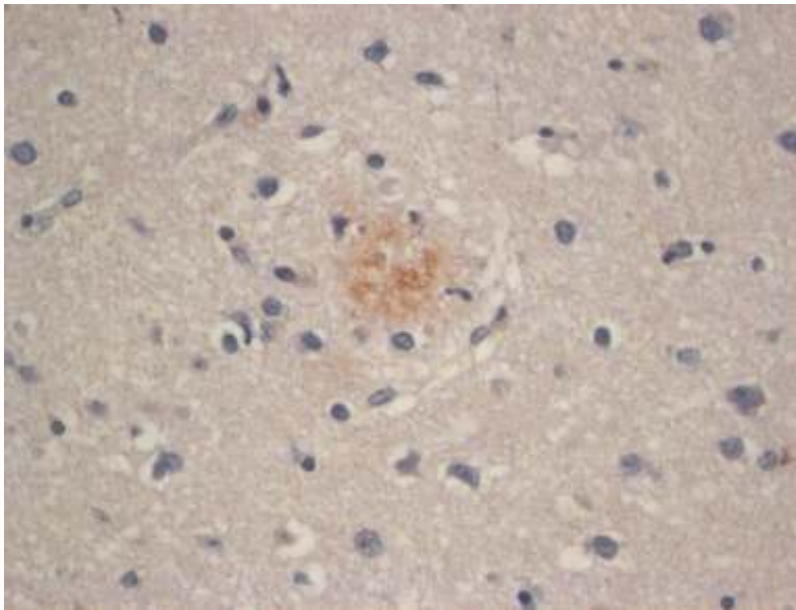
0 1 2 3 4 5
Hospital
Central
de Asturias 04 A 14



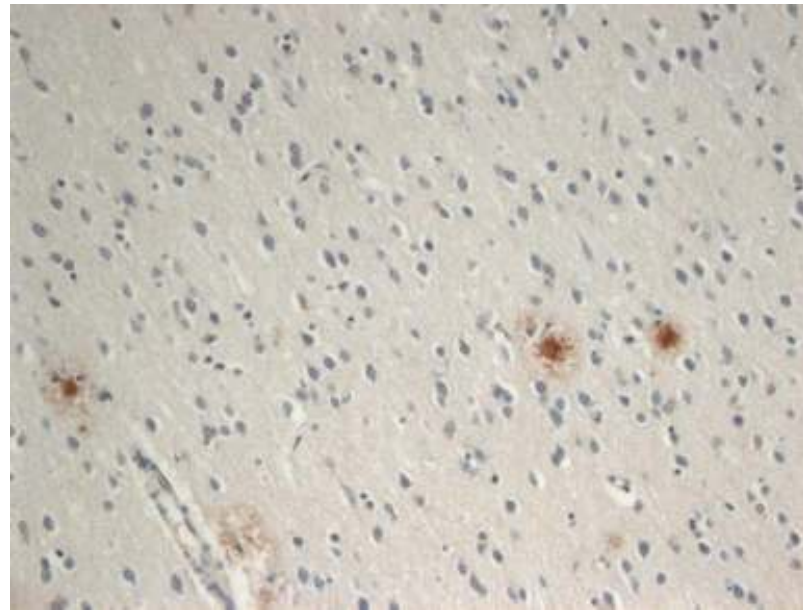
Neuropatología



Lóbulo frontal β A

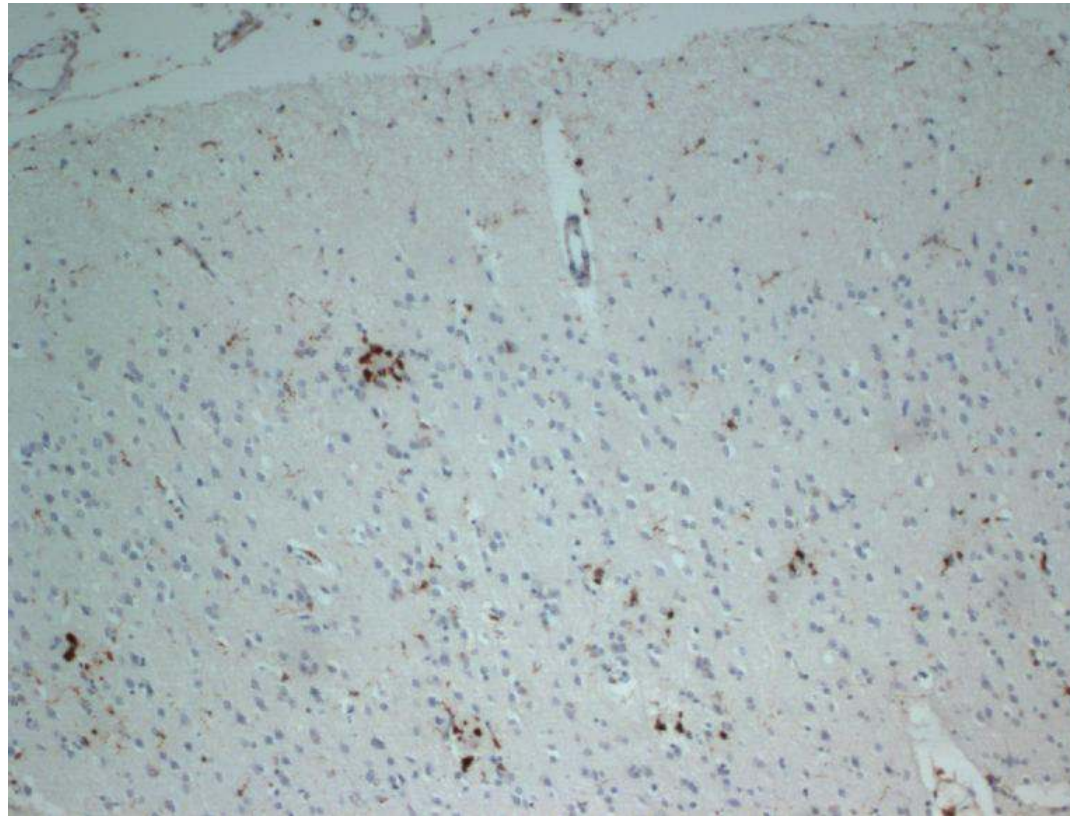


Lóbulo occipital β A



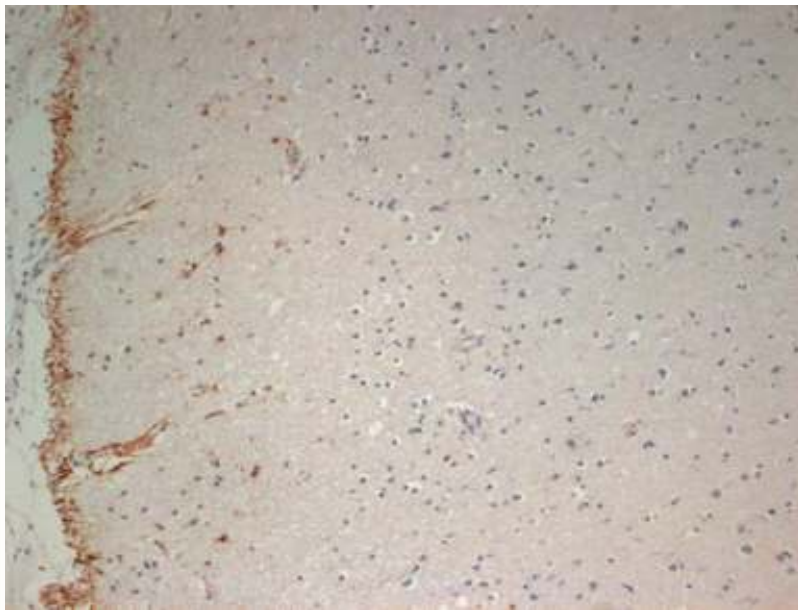
Neuropatología

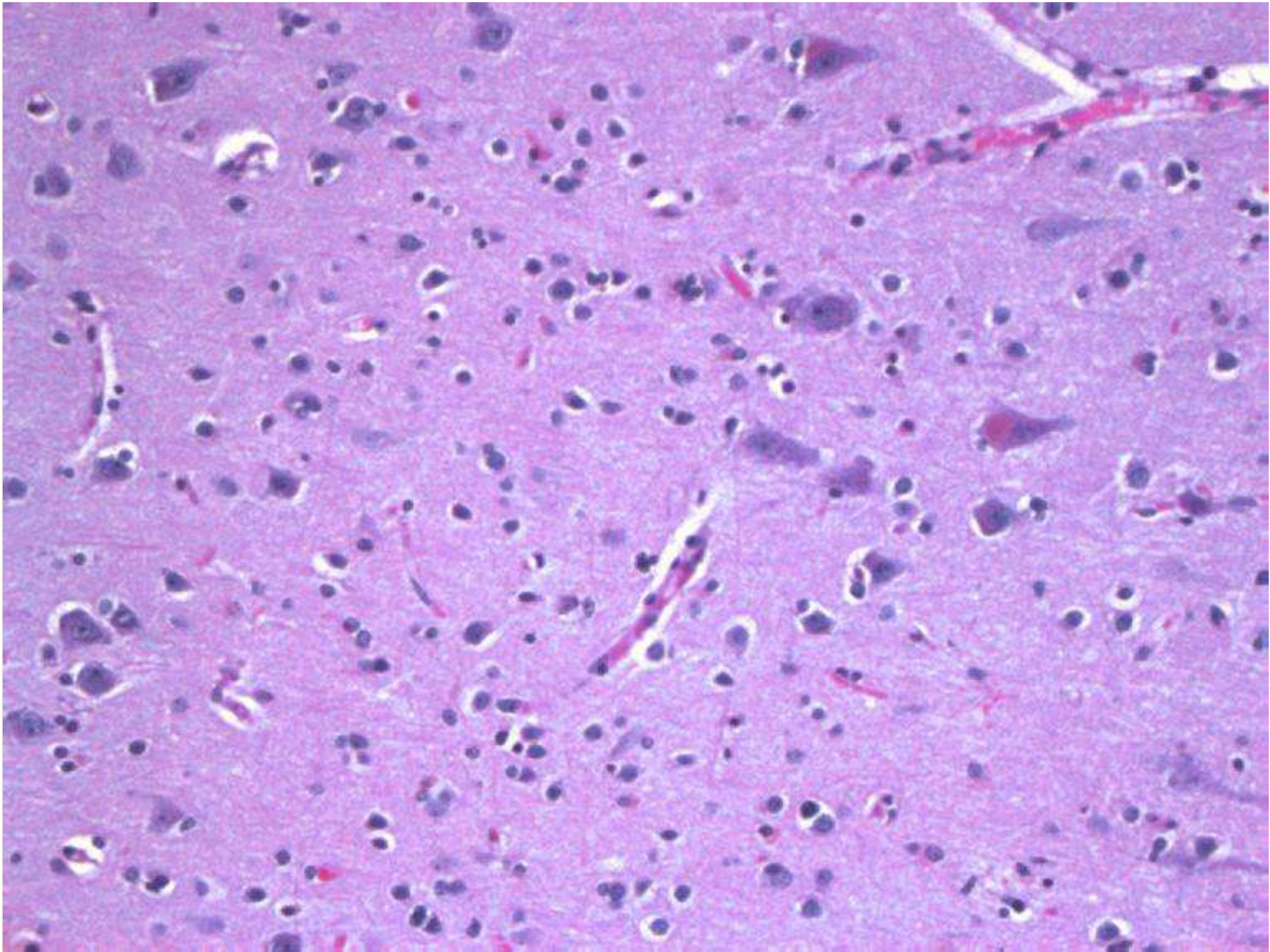
Placas seniles en L.O.(CD68)



Neuropatología

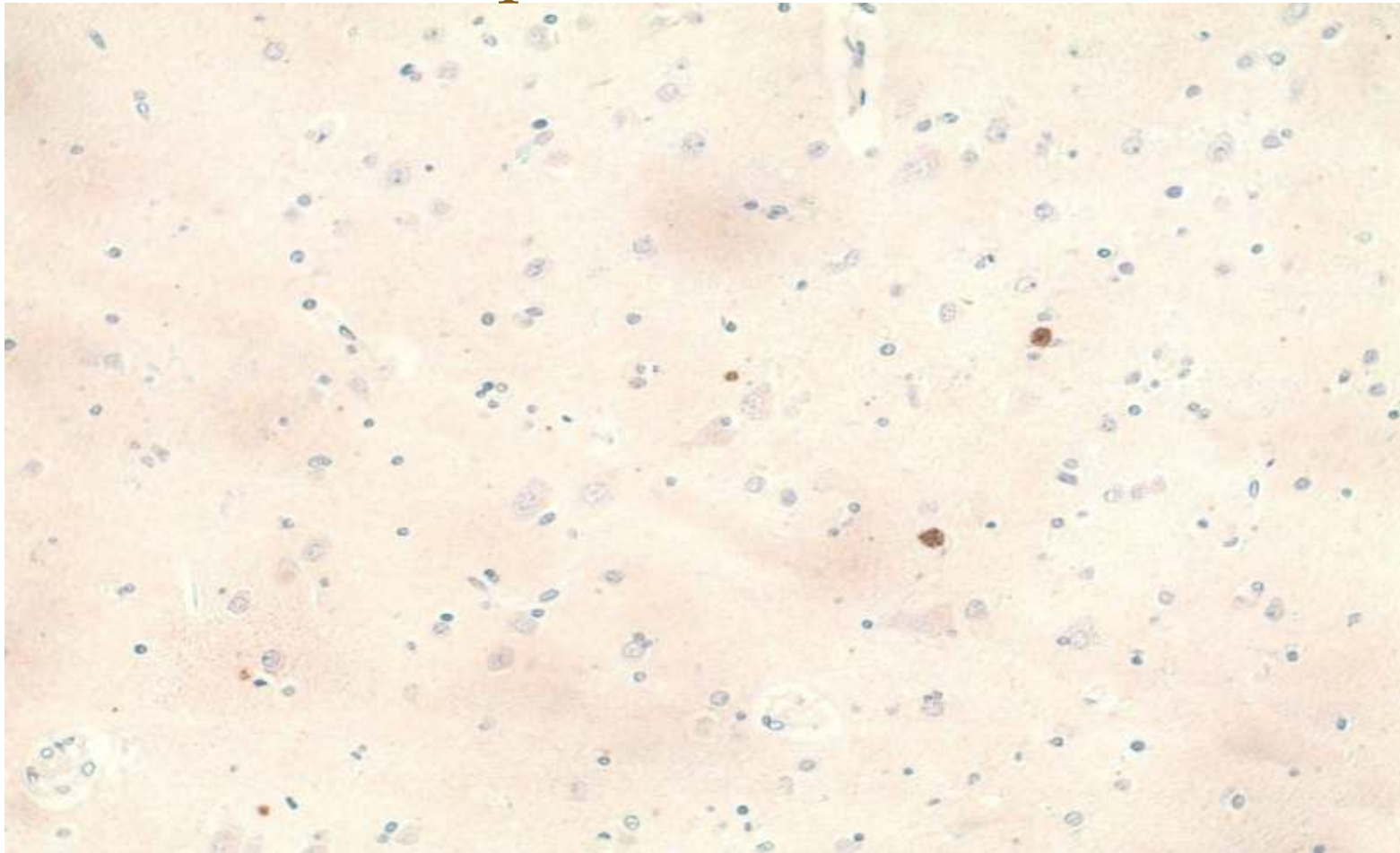
Lóbulos frontal y occipital GFAP



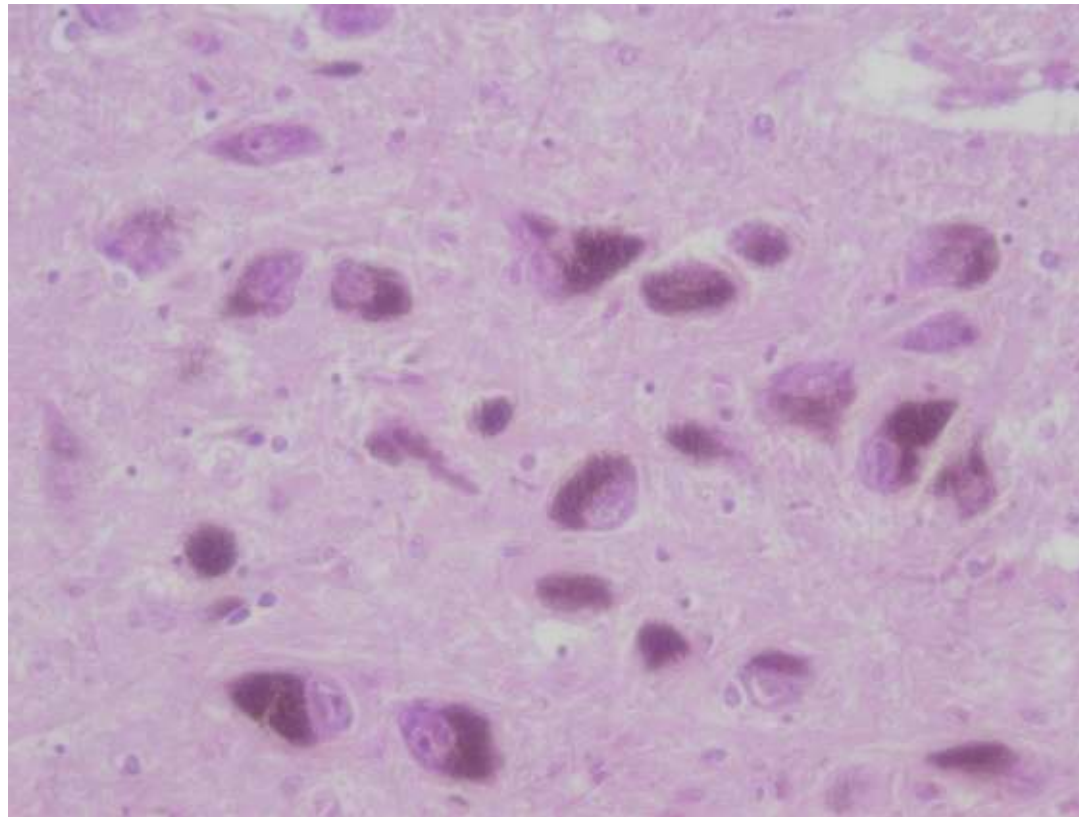


Neuropatología

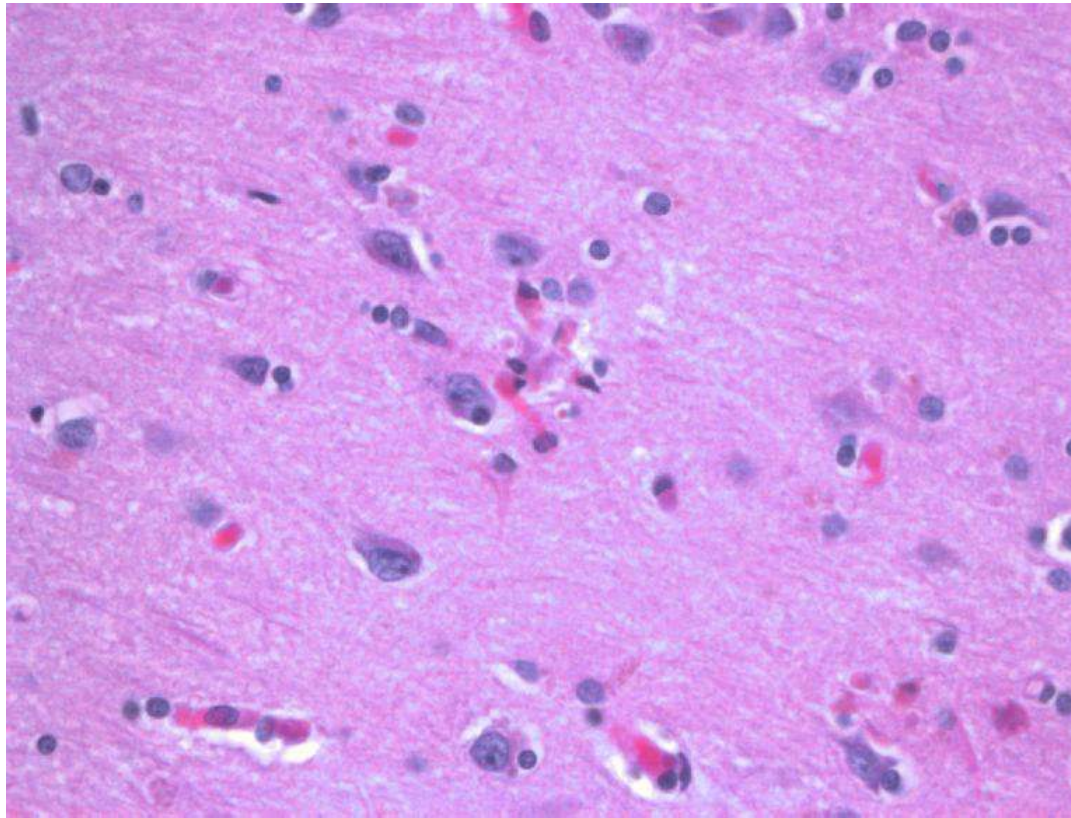
Ubiquitina L. frontal



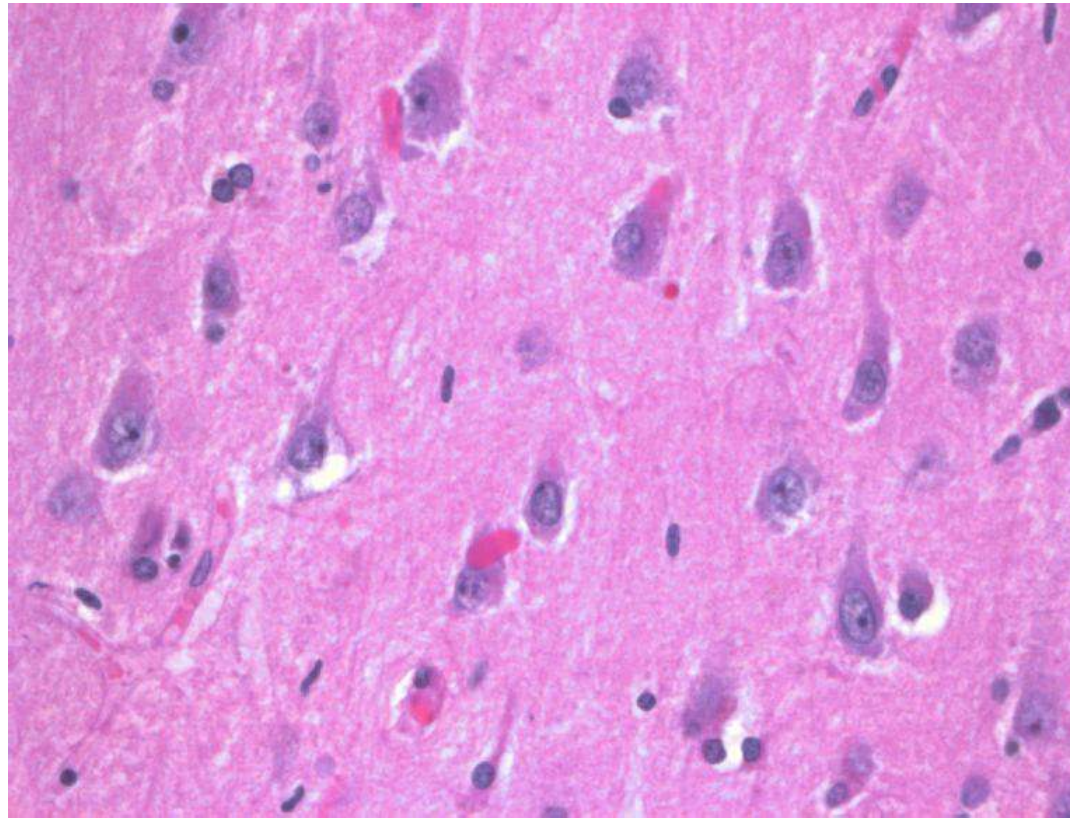
Sustancia Negra



Lóbulo frontal (gliosis reactiva discreta)



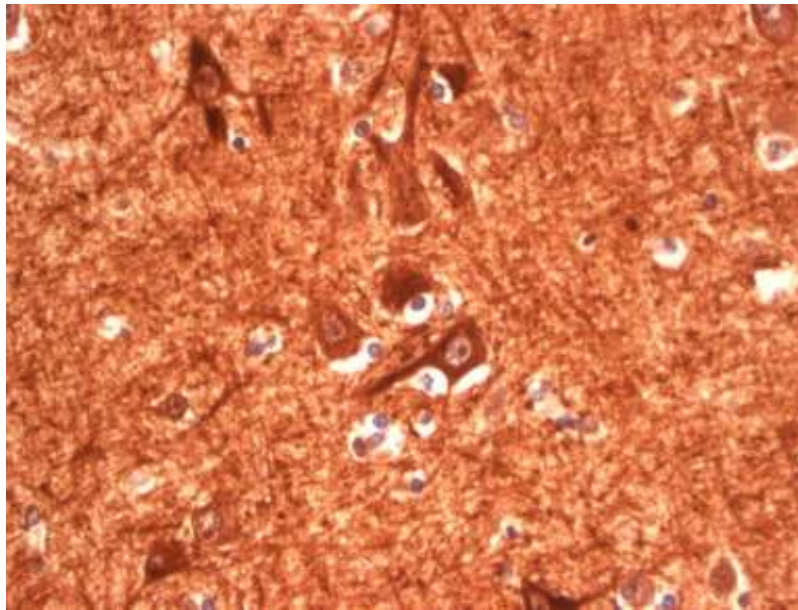
Lóbulo temporal (cuerpos de Hirano)



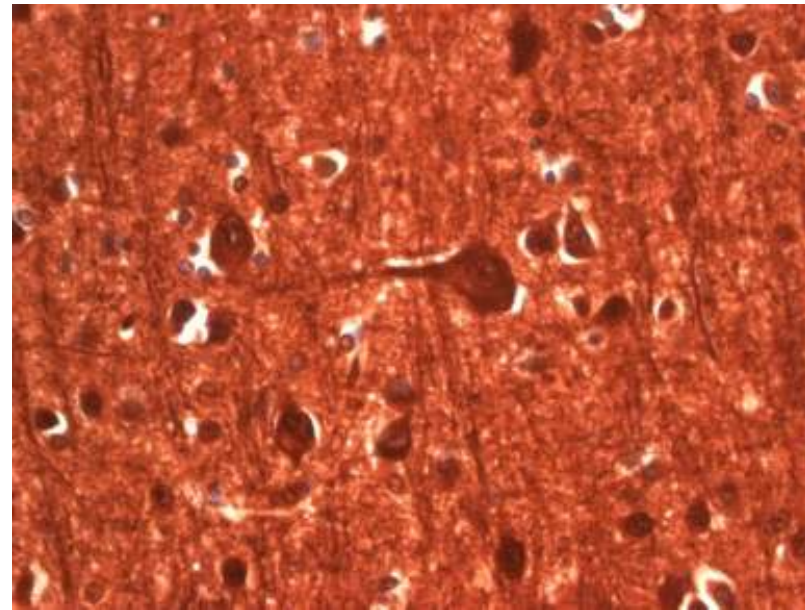
Neuropatología



Lóbulo frontal NFP



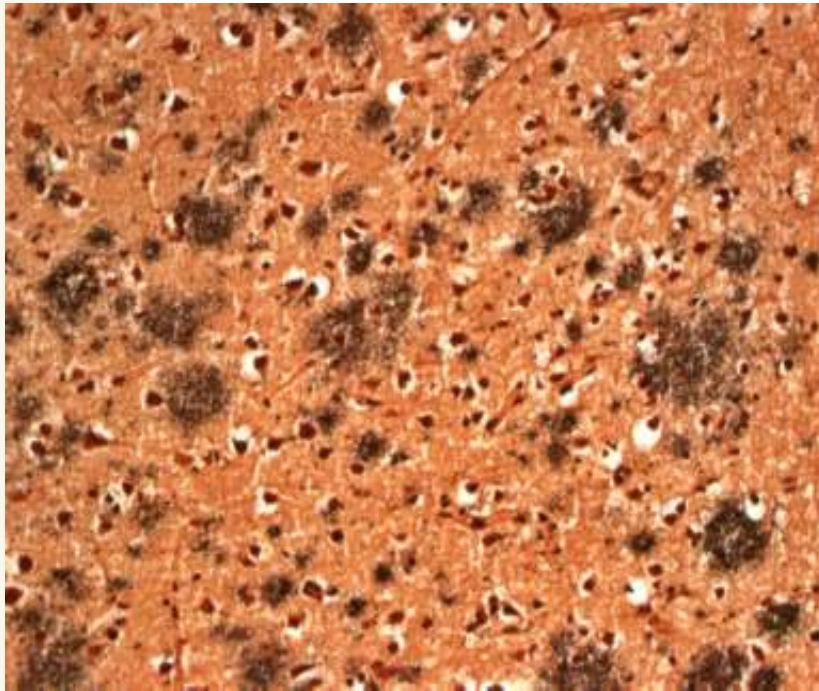
Lóbulo occipital NFP



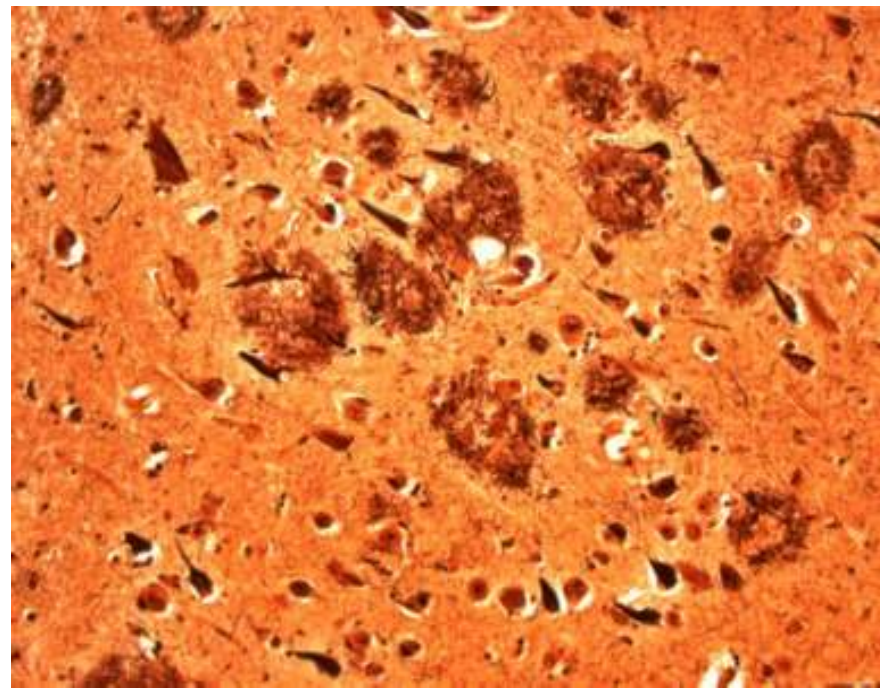
Neuropatología metenemina β A



L. Frontal (PAM)

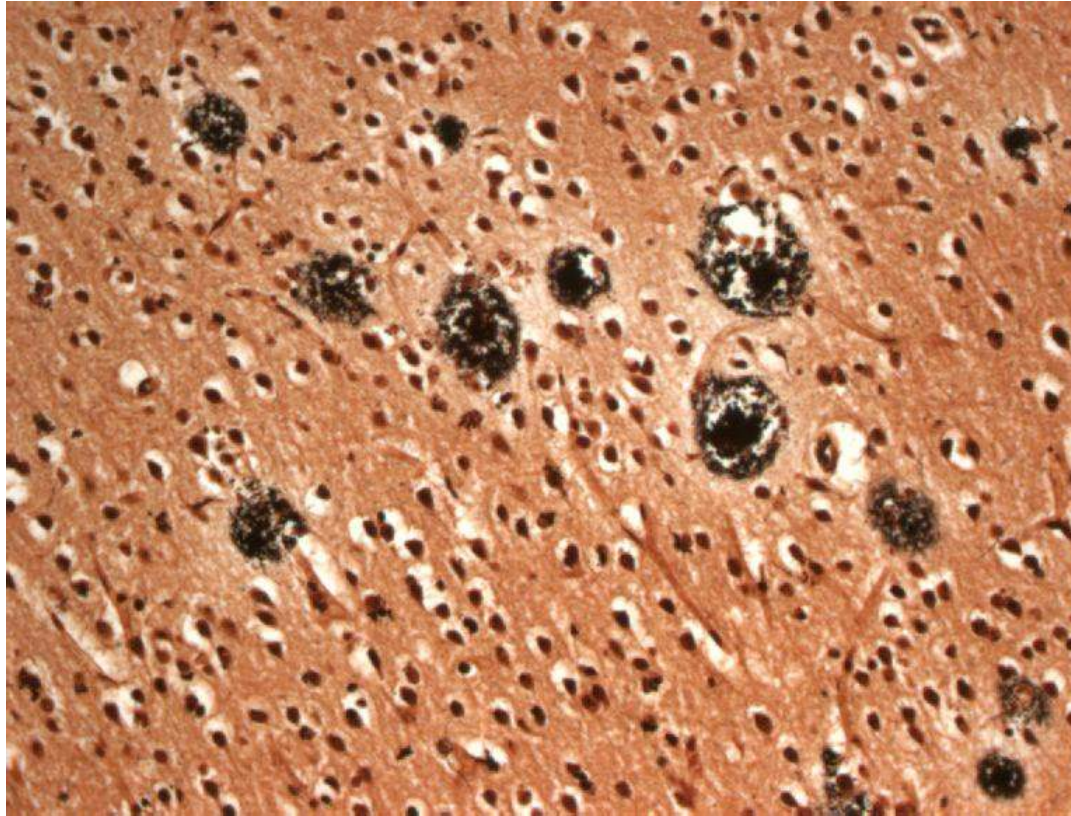


L. Temporal (PAM)

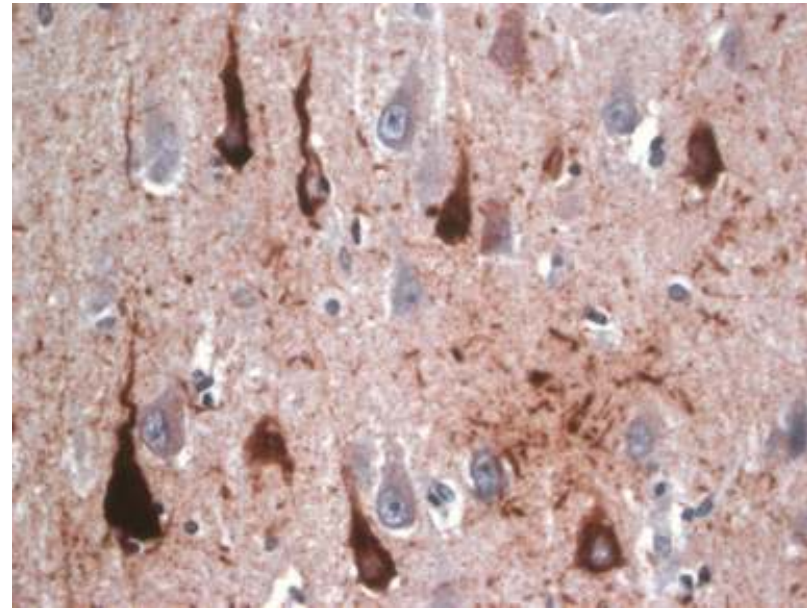
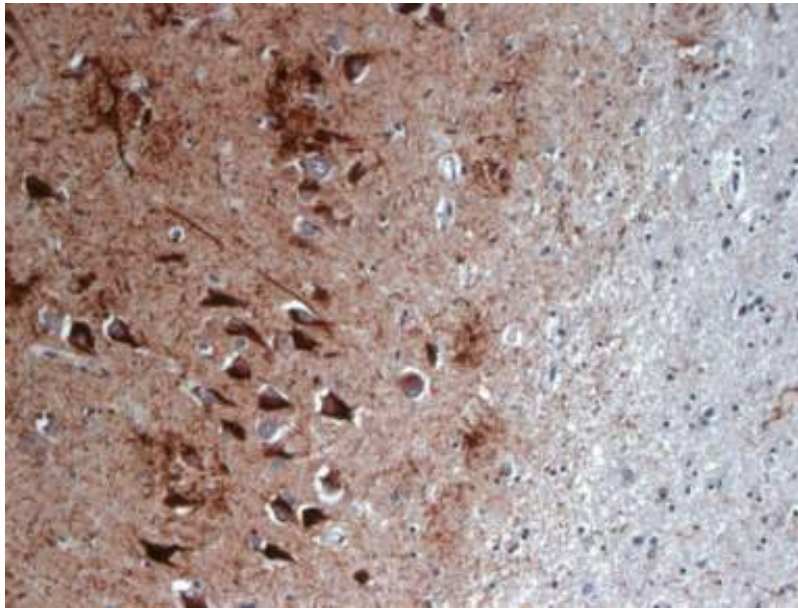


Neuropatología

Lóbulo occipital

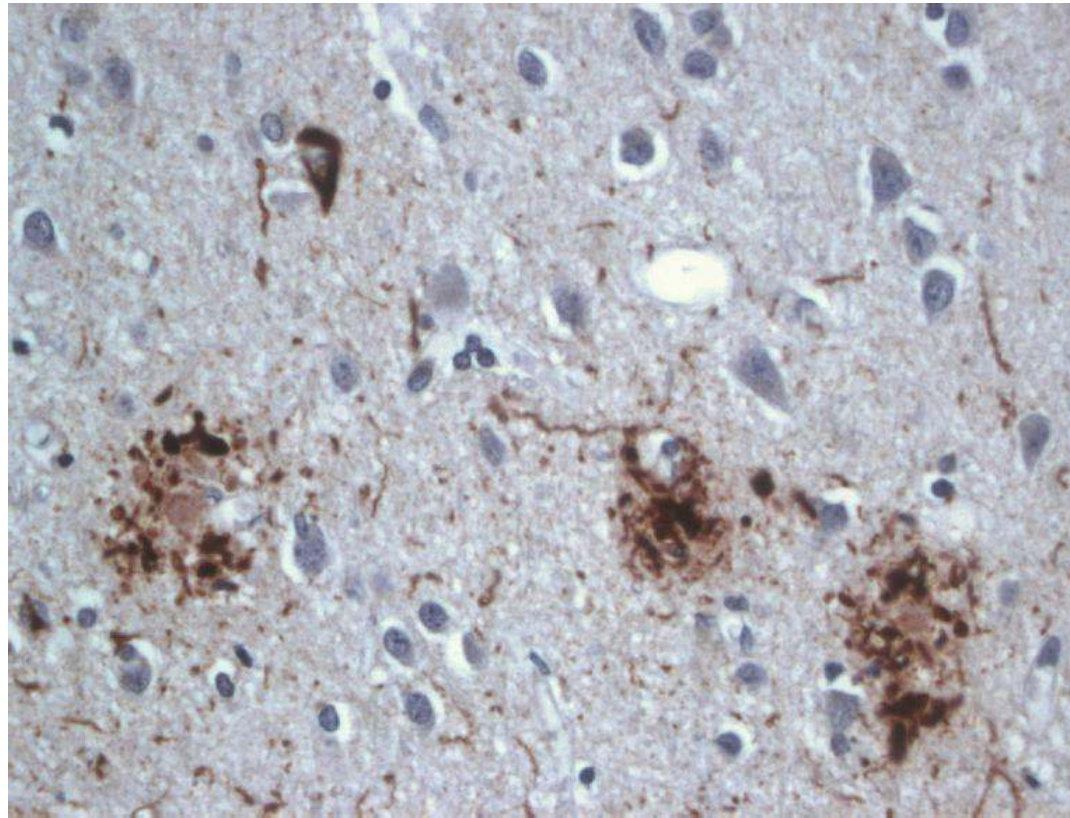


Neuropatología TAU en Hipocampo



Neuropatología

TAU Lóbulo occipital





- Degeneración focal.
 - Atrofia cortical posterior.
Forma: caudal (parieto-occipital)
- Evolución a demencia tipo alzheimer
 - “Probable enfermedad de Alzheimer de presentación como un síndrome de atrofia cortical posterior”

Neuropatología



Cambios compatibles con:

- Enfermedad de Alzheimer
- Gliosis subcortical progresiva
- Degeneración espongiiforme tipo Creutzfeldt-Jacob -forma clínica de Heidenhain-
- Demencia por cuerpos de Lewy

GRACIAS