

**HOSPITAL PSIQUIATRICO PROVINCIAL DOCENTE  
“NGUYEN VAN TROI”  
CIEGO DE ÁVILA**

**Demencia de los Cuerpos de Lewy. Presentación de un caso  
Dementia of the Lewy Bodies. A case Presentation**

María Luisa Ellis Yard<sup>1</sup>, Pedro Reyes Milián<sup>2</sup>, Maylin Phillips Ellis<sup>3</sup>

**RESUMEN**

Se presenta un caso de dos años de evolución con síntomas principales de incontinencia urinaria, alucinaciones visuales llamativas, pérdida de la conciencia transitoria, dificultad para reconocer el lugar, rigidez muscular con inestabilidad en la marcha y fluctuaciones del rendimiento cognitivo en el transcurso del día. Se concluye que coincide con los criterios diagnósticos de Demencia de Lewy.

**Palabras clave:** ENFERMEDAD POR CUERPOS DE LEWY/diagnóstico.

**ABSTRACT**

It presents a case of two years of evolution with main symptoms of urinary incontinence, striking visual hallucinations, loss of transient consciousness, difficulty in recognizing the place, muscle rigidity with gait instability and fluctuations in cognitive performance during the course of the day. It is concluded that it coincides with the diagnostic criteria of Lewy Dementia.

**Keywords:** LEWY BODY DISEASE/diagnosis

1. Especialista de Segundo Grado en Psiquiatría. Profesora Asistente. Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Neguyen Van Troi”. Ciego de Ávila, Cuba.
2. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Profesor Asistente. Profesora Asistente. Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Neguyen Van Troi”. Ciego de Ávila, Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora. Profesora Asistente. Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Neguyen Van Troi”. Ciego de Ávila, Cuba.

**INTRODUCCIÓN**

La demencia de los cuerpos de Lewy (DCL) es una entidad clínico-patológica descrita recientemente. Sus notas clínicas principales son deterioro mental con rasgos frontales, parkinsonismo de intensidad variable, rasgos psicóticos y fluctuaciones cognitivas. Es causa del 12 al 36 % de las demencias y solo es sobrepasada por la enfermedad de Alzheimer (EA) con la que además muchas veces se mezcla. Así pues la frecuencia de la DCL es similar a la de las demencias vasculares o frontales y es considerada la segunda causa de demencia después de la EA.<sup>(1-2)</sup> La edad de comienzo suele ser en la 7ma. y 8va. década de la vida Es una enfermedad neurodegenerativa causada por la agregación de una proteína llamada alfasinucleína.<sup>(2-3)</sup>

Dentro de los síntomas esenciales el enfermo va perdiendo de manera progresiva sus capacidades intelectuales de modo que comienza a desenvolverse mal en su ámbito doméstico, social y laboral.

La pérdida de memoria no es, en general, muy llamativa en las primeras fases, aunque se hace muy patente a medida que la enfermedad progresa, lo llamativo desde el inicio es la falta de atención, la mala percepción visuoespacial, la lentitud de ideación y la tardanza para ejecutar sus actos.

Un hallazgo de eventual interés es la aparición precoz de incontinencia urinaria. Como síntomas capitales sorprendentemente para los familiares el enfermo muestra durante minutos, horas o días, una marcada mejoría en su nivel de atención, estado de alerta y grado de vigilancia, para volver a su estado anterior pasado ese periodo de tiempo, técnicamente a estos síntomas psíquicos se les llama fluctuaciones.<sup>(4-6)</sup> Son muy llamativas las alucinaciones visuales que aparecen muy repetidas veces, el

paciente refiere ver de manera muy vivida objetos irreales animados, muy coloreados, tridimensionales y en general mudos. Excepcionalmente estas alucinaciones son auditivas.<sup>(7-8)</sup>

Aparecen muchos meses antes o muchos meses después de los defectos cognitivos, inestabilidad postural, dificultad para caminar, pérdida de expresividad de la cara, articulación monótona de la palabra, voz débil y pocas veces temblor. Son los síntomas parkinsonianos. Cuando el parkinsonismo precede la demencia durante más de un año sería Enfermedad de Parkinson con demencia.<sup>(9)</sup>

Con relación a los síntomas adicionales los enfermos sufren caídas repetidas aparentemente injustificadas, presentan desmayos o síncope, hipotensión ortostática e hipersensibilidad del seno carotideo, también presentan pérdida de la conciencia momentánea.<sup>(9)</sup> Empeoran notable y paradójicamente cuando se les administra un tranquilizante o neurolepticos. Pueden tener ideas delirantes de celos, persecución, ser robados o atacados o acusar a sus familiares de impostores.

Su sueño se manifiesta alterado, tienen pesadillas que viven como reales y amenazantes para ellos así como fenómeno de sonambulismo, levantándose de la cama y realizando acciones muy diversas o letargo y somnolencia diurna pese a haber dormido la noche anterior, pueden quedarse dormido dos horas o más durante el día.<sup>(10)</sup>

No existe ningún tratamiento capaz de modificar la enfermedad, aunque existen pruebas que sugieren que los inhibidores de colinesterasa pueden ser beneficiosos para este trastorno.<sup>(9-12)</sup>

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Se trata de una paciente de 88 años de edad, blanca, femenina, viuda, con antecedentes de salud mental anterior, hasta hace dos años que comienza a presentar cambios en su conducta, como síntoma inicial la familia refiere que comenzó a presentar incontinencia urinaria, posteriormente comenzó a manifestar que veía carrozas, las personas con sombreros y trajes largos, los describe incluso con colores llamativos, “bichos prietos”, las servilletas “llenas de bichos, de hormigas” y acusaba a la familia de haberle robado los cortes de tela. En ocasiones habla con personas que no están presentes.

En ocasiones reconoce a sus familiares y habla coherentemente, pero en otras no reconoce a los familiares ni el lugar donde se encuentra. Presenta fluctuaciones de un día para otro del rendimiento cognitivo.

Cuando duerme la noche entera al siguiente día duerme la mayor parte del día. Se observa además atención lábil y lentitud del pensamiento.

Con el transcurso de los meses se evidencia deterioro cognitivo y se instala un cuadro caracterizado por rigidez muscular, saliveo e inestabilidad de la marcha. Fue necesario indicarle por Neurología Sinement 1 cuarto de la tableta 4 veces al día y Amantadina (100mg) 1 tableta cada 12 horas. Fascie inexpresiva y mirada fija al espacio durante largos periodos. Enlentecimiento motor y psíquico.

En tres ocasiones ha tenido pérdida del conocimiento.

## **Estudios realizados.**

Tomografía Axial Computarizada (TAC). Signos de atrofia cortical ligera central con imagen hipodensa preentricular por daño vascular difuso. No otras alteraciones cráneo encefálica. Examen sanguíneo:

Hemograma completo normal

Lipidograma Colesterol: 4.99

Triglicérido: 1.28

## **CONCLUSIONES**

La Demencia de los Cuerpos de Lewy suele ser diagnosticada como enfermedad de Alzheimer o demencia vascular. Ante la presencia de síntomas parkinsonianos se clasifica la DCL. Las fluctuaciones de su gravedad a lo largo del día y el desarrollo precoz de las alucinaciones visuales la caracterizan.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Lippa CF, Duda JE, Grossman M, Hurtig HI, Aarsland D, Boeve BF, et al. DLB and PDD boundary issues. Diagnosis, treatment, molecular pathology and biomarkers. *Neurology*. 2007; 68: 812-9.

2. McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, Perry EK, Dickso DW, Hansen LA, et al. Consensus guidelines of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology*. 1996; 47:1113-24.
3. Galvin JE, Pollack J, Morris JC. Clinical phenotype of Parkinson disease dementia. *Neurology*. 2006; 67(9):1605-11.
4. Wesnes KA, McKeith I, Edgar C, Emre M, Lane R. Benefits of rivastigmine an attention in dementia associated with Parkinson disease. *Neurology*. 2005; 65(10):1654-62.
5. Levy JA, Chelune GJ. Cognitive-behavioral profiles of neurodegenerative dementias: beyond Alzheimer's Disease. *J Geriatr Psychiat Neurol*. 2007; 20:227-38.
6. Metzler Baddely C. A review of cognitive impairments in dementia with Lewy bodies relative to Alzheimer's disease and Parkinson disease with dementia. *Cortex*. 2007; 43(5):583-600.
7. Emre M, Aarsland D, Brown R, Burn DJ, Duyckaerts C, Mizuno Y, et al. Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson disease. *Mov Disord*. 2007; 22(12): 1689-707.
8. Burn D. Cortical Lewwy body disease and Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 2007; 78:1182-7.
9. Demey I, Allegri Ricardo F. Demencia en la enfermedad de Parkinson y demencia de los cuerpos de Lewy. *Rev Neurol Arg [serie en Internet]*. 2008 [citado 20 Feb 2009];33(1):3-21. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=55241&id\\_seccion=1256&id\\_ejemplar=5596&id\\_revista=95](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=55241&id_seccion=1256&id_ejemplar=5596&id_revista=95)
10. Demencia con cuerpos de Lewy [página en Internet]. 2009 [citado 20 Feb 2009] [aprox.8 pantallas]. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Demencia\\_de\\_cueropos\\_de\\_Lewy](http://es.wikipedia.org/wiki/Demencia_de_cueropos_de_Lewy)
11. Demencia con cuerpos de Lewy [página en Internet]. 2008 [citado 20 Feb 2009] Disponible en: <http://www.hipocampo.org/dcl.asp>
12. Wild R, Pettit T, Burns A. Inhibidores de colinesterasa para la demencia de cuerpos de Lewy [página en Internet]. 2008 [citado 20 Feb 2009] [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/cochrane/AB003672-ES.htm>