



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE MEDICINA

GRADO EN LOGOPEDIA

TRABAJO FIN DE GRADO



Demencia frontotemporal.

Neurología y logopedia.

Autor:

Leire Casado López

Tutor:

Dra. Marta Ruiz Mambrilla

Curso: 2018/2019

Agradecimientos

Quiero dar las gracias a mi tutora, la doctora Marta Ruiz Mambrilla, por haberme guiado en este trabajo y compartir conmigo su tiempo y dedicación.

También quiero agradecer a mi familia, amigos y a todas aquellas personas que han formado parte de esta aventura, su apoyo incondicional, ya que sin ellas esto no hubiera sido posible.

Por último, quiero dar las gracias a todos los docentes y profesionales que cada día luchan porque la logopedia ocupe el lugar que necesita.



INDICE

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Objetivos.....	7
Material y métodos.....	8
Resultados.....	10
Discusión.....	29
Conclusiones.....	31
Bibliografía.....	32



RESUMEN

Introducción: La demencia frontotemporal es una enfermedad neurodegenerativa asociada a alteraciones en las regiones prefrontales y las regiones anteriores de los lóbulos temporales. Se caracteriza por un cambio progresivo en la personalidad y el comportamiento, y/o una alteración temprana y progresiva del lenguaje, en la que la memoria y las capacidades visuoespaciales están relativamente preservadas en los estadios iniciales.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es realizar una revisión crítica y sistemática sobre la información existente acerca de la demencia frontotemporal, así como de sus síntomas y manifestaciones, principalmente desde el punto de vista logopédico. Para ello se han fijado 5 objetivos específicos.

Material y métodos: Se han seleccionado 27 artículos procedentes de distintas bases de datos entre las que destacan: Google Académico, PubMed, Dialnet, El Servier, SciELO y el Índice Médico Español. Estos artículos han sido analizados de forma exhaustiva y a partir de ellos se han obtenido los resultados, la discusión y las conclusiones.

Resultados: La demencia frontotemporal se da igual en hombres que en mujeres con una edad de aparición temprana. El 69,3% de los casos presenta su variante frontal, el 11,3% su variante semántica y el 10,2% su variante afasia progresiva primaria. En todos los casos se evidencian diferentes dificultades siendo las habilidades del lenguaje una de las áreas más afectadas.

Discusión: Ciertas medidas no farmacológicas como programas de intervención logopédica podrían modular el curso de la enfermedad o mejorar algunos de sus síntomas, con el fin de mantener las funciones cognitivas el máximo tiempo posible.

Conclusión: La intervención del logopeda es necesaria en este tipo de demencias ya que una de sus principales manifestaciones son las alteraciones en el lenguaje.

Palabras clave: demencia frontotemporal, lenguaje, alteraciones, logopedia, diagnóstico, intervención, tratamiento.



ABSTRACT

Introduction: Frontotemporal dementia is a neurodegenerative disease associated with alterations in the prefrontal regions and the anterior regions of the temporal lobes. It is characterise of a progressive change in personality and behavior, and an early and progressive alteration of language. In which memory and visual abilities are relatively preserved in the first stages.

Objectives: The main objective of this study is to conduct a critical and systematic review of the existing information about frontotemporal dementia, as well as its symptoms and manifestations, mainly from speech and language therapy point of view. For this, 5 specific objectives have been set.

Material and methods: 27 articles have been selected from different databases which are : Google Scholar, PubMed, Dialnet, El Servier, SciELO and the Spanish Medical Index. These articles have been analyzed exhaustively and from them we have been obtained the results, the discussion and the conclusions.

Results: Frontotemporal dementia is the same in men as in women with an early onset age. The 69,3% of the cases present its frontal variant, the 11,3% its semantic variant and the 10,2% its variant primary progressive aphasia. In all cases the different skills are evident.

Discussion : Some non-pharmacological measures such as speech and language therapy intervention programs could modulate the course of the disease or improve some of its symptoms in order to maintain cognitive functions for as long as possible.

Conclusion: The speech therapist intervention is necessary in this kind of dementia since one of its main manifestations are the alterations in the language.

Key words: frontotemporal dementia, language, alterations, speech therapy, diagnosis, intervention, treatment.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, a nivel mundial la esperanza de vida ha incrementado, por lo que la incidencia y la prevalencia de las enfermedades propias del adulto mayor también lo han hecho. Entre estas enfermedades se encuentran las demencias, una de las principales causas de discapacidad en la vejez.¹

El concepto de demencia hace referencia a determinados estados mentales patológicos que pueden tener múltiples etiologías y cursan con disfunción cerebral difusa o multifocal.² Estas lesiones provocan un deterioro cognitivo progresivo, afectando así a la autonomía y conducta de una persona, reflejándose en sus actividades de la vida diaria.³

En ellas se evidencian diferentes tipos de trastornos, siendo las habilidades del lenguaje una de las áreas más afectadas.¹

Existen diferentes tipos de demencias clasificadas según la topografía lesional y la etiopatogenia¹. Según las estimaciones, el 56% de las demencias corresponden al tipo Alzheimer, el 14% a demencias vasculares, el 10% a demencias por cuerpos de Lewy y a demencia asociada a la enfermedad Parkinson, el 8% demencias frontotemporales y el 12% restante a demencias por otras causas.³ Estos datos se pueden ver reflejados en el siguiente gráfico (*Gráfico 1*):

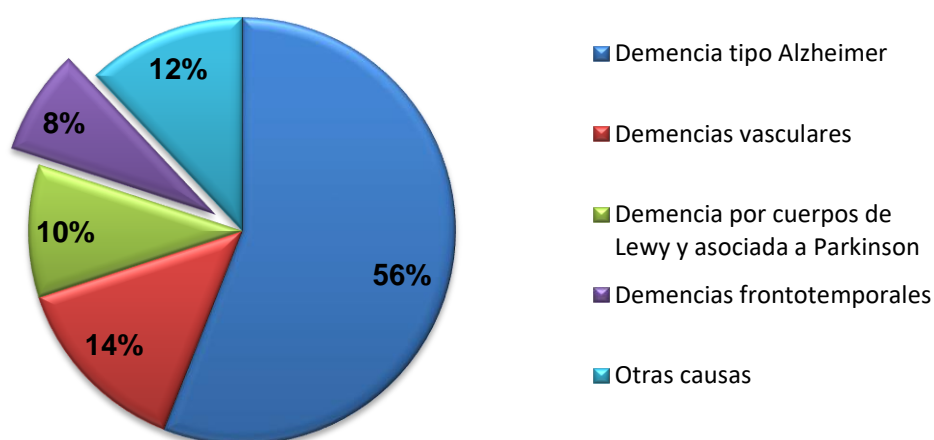


Gráfico 1. Prevalencia de los tipos de demencia.
Fuente: elaboración propia.



La **demencia tipo Alzheimer** (DTA) es el tipo de demencia que aparece con mayor frecuencia. Se reconoce como el déficit cognoscitivo generado por la enfermedad de Alzheimer (EA), descrita en 1907 por Alois Alzheimer ⁴. Está caracterizada por un deterioro cognitivo, conductual y del funcionamiento global, con afección de la memoria, el lenguaje, la comunicación, el pensamiento y las habilidades sociales.¹

Las **demencias vasculares** (DV) son cuadros clínicos con un origen hemorrágico, isquémico o isquémico-hipóxico, donde el comienzo suele ser abrupto con un deterioro progresivo, con quejas somáticas y una cierta incontinencia emocional. Presentan alteraciones en las funciones ejecutivas, en la atención, en la fluencia verbal, en la flexibilidad mental y en la velocidad del tratamiento de la información.³

La **demencia por cuerpos de Lewy** (DCL) y la **demencia asociada a enfermedad de Parkinson** (DEP) son consideradas, en conjunto, las demencias con cuerpos de Lewy. Las características clínicas de DCL y DEP son similares e incluyen alucinaciones, fluctuaciones cognitivas y demencia en el contexto de trastornos motores característicos de parkinsonismo.⁵

En este estudio nos vamos a centrar en las **demencias frontotemporales** (DFT) las cuales constituyen una patología que todavía se reconoce poco en nuestro medio, a pesar de ser una de las principales demencias degenerativas.⁶

Arnold Pick, en el año 1892 ⁷ fue el primero en describir una serie de casos que presentaban cambios de personalidad y alteraciones conductuales acompañadas con un deterioro del lenguaje o afasia, y aún más relevante, atrofia cerebral focalizada en la parte anterior de los lóbulos temporales y frontales.⁸

La demencia frontotemporal es una enfermedad neurodegenerativa asociada a alteraciones en las regiones prefrontales y las regiones anteriores de los lóbulos temporales,⁹ que se caracteriza por un cambio progresivo en la personalidad y el comportamiento, y/o una alteración temprana y progresiva del lenguaje, en la que la memoria y las capacidades visuoespaciales están relativamente preservadas en los estadios iniciales.¹⁰

Constituyen la tercera causa de demencia degenerativa, después de la enfermedad de Alzheimer y la demencia por cuerpos de Lewy. ^{9,11}



Tiene una prevalencia estimada de 15-22 casos/100.000 habitantes y es la causa más común de demencia en adultos menores de 65 años, siendo la edad de presentación más frecuente entre los 50-60 años.¹²

Se considera que afecta por igual a hombres y mujeres y que existe una agregación familiar, lo que sugiere la presencia de factores genéticos.¹³

Dentro de los aspectos genéticos con los que se relaciona la DFT, en una minoría de los casos (<10%) hay una historia familiar. La mayoría de las formas familiares de demencia frontotemporal tienen una herencia autosómica dominante y se asocian con mutaciones en el gen que codifica la proteína Tau (relacionada con microtúbulos), localizado en el cromosoma 17. En este gen se han identificado más de 35 mutaciones y tres de ellas son responsables de, por lo menos, la mitad de los casos familiares de demencia frontotemporal: P301L, mutaciones del exón 10 y N279K.¹¹

Los hallazgos neuropatológicos más comunes en la DFT incluyen una atrofia bilateral y simétrica de las regiones frontotemporales, junto con una degeneración del estriado. Puede existir una correlación entre la presentación clínica y el área de atrofia: la corteza orbitofrontal medial se encuentra más afectada en pacientes que presentan hiperactividad y desinhibición, mientras que la corteza dorsolateral presenta más daño en aquellos que presentan apatía.¹³

Desde el punto de vista clínico se distinguen tres formas principales de demencia frontotemporal, cada una asociada con diferentes áreas de neurodegeneración y con diferentes manifestaciones clínicas.¹⁴ La primera está más relacionada con cambios en la conducta y las otras dos con trastornos del lenguaje.

- **Variante frontal (VF)** Se caracteriza por cambios profundos del carácter y alteración en la conducta; el afecto y los síntomas psiquiátricos pueden ser manifestaciones tempranas de esta misma. En cuanto a la memoria puede llegar a estar comprometida, pero no existe una franca amnesia al inicio de la enfermedad, se presenta una dificultad en generar información con implicaciones en la abstracción y la organización.⁷ Está localizada en la corteza prefrontal y de los polos temporales.⁶



- **Demencia semántica (DS)** Se caracteriza por una afasia fluente, con discurso vacío, pérdida del significado de palabras y parafasias semánticas. A medida que evoluciona la enfermedad los nombres específicos son reemplazados por términos genéricos. La fonología y la gramática están respetadas. A esto se agrega un defecto en la comprensión, mayor para las palabras que para las frases, con buena repetición.¹⁵ Esta patología compromete la corteza temporal posterior izquierda y/o derecha, lo que influye en la presentación clínica.⁶
- **Afasia progresiva primaria (APP):** se manifiesta principalmente como un problema del lenguaje expresivo, caracterizado por una producción oral con esfuerzo, errores fonológicos y gramaticales y problemas en la recuperación de palabras. También pueden encontrarse problemas de lectura. La comprensión del significado de las palabras está relativamente preservada.¹⁶ En estos casos la atrofia es frontotemporal izquierda.⁶

En la siguiente tabla (*Tabla 1.*) se encuentran recogidas las diferentes variantes de la demencia frontotemporal así como sus síntomas y su lesión anatómica.

VARIANTE	SÍNTOMAS	LESIÓN ANATÓMICA
Variante frontal	Cambio de personalidad y comportamiento	Corteza orbitofrontal bilateral
Afasia progresiva primaria	Afasia no fluente, alteración en la expresión, se conserva la comprensión	Área perisilviana izquierda
Demencia semántica	Afasia anómica fluente con alteración en la comprensión y pérdida del significado	Corteza temporal inferolateral izquierda o bilateral

Tabla 1. Clasificación de la demencia frontotemporal. Iragorri A.M ¹¹



OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio es realizar una revisión crítica y sistemática sobre la información existente acerca de la demencia frontotemporal, así como de sus síntomas y manifestaciones, principalmente desde el punto de vista logopédico.

Los objetivos específicos que se persiguen en esta revisión sistemática son 5:

1. Observar cuáles son las variantes más comunes de presentación de la demencia frontotemporal y su relación en cuanto a la edad y al sexo.
2. Examinar qué tipo de exploración neurológica se realiza a los pacientes para poder corroborar su diagnóstico.
3. Analizar las principales manifestaciones de la demencia frontotemporal centrándonos en las alteraciones de la comunicación y el lenguaje en cada una de sus variantes.
4. Comprobar cuantos pacientes diagnosticados reciben un tratamiento y un seguimiento de éste y en qué consiste.
5. Valorar el papel que tiene la figura del logopeda durante todo el proceso de diagnóstico, intervención y seguimiento.



MATERIAL Y MÉTODOS

La realización de este trabajo se ha llevado a cabo durante los meses de enero a mayo de 2019 mediante la búsqueda y análisis de diferentes artículos bibliográficos.

Esta búsqueda se ha realizado a través de diversas bases de datos entre las que destacan: Google Académico, PubMed, Dialnet, El Servier, SciELO y el Índice Médico Español. Además, se han consultado las bibliotecas del portal virtual de la Universidad de Valladolid a las que su alumnado tiene libre acceso.

Como palabras clave se han empleado las palabras “demencia frontotemporal” combinadas siempre con otros términos como: “tipos de demencia frontotemporal” “demencia frontotemporal y lenguaje” o “demencia frontotemporal y logopedia”; todas ellas tanto en español como en su traducción a otros idiomas como el inglés, el francés o el portugués.

Durante la búsqueda no se estableció ningún filtro al tipo y la forma de los artículos. El único criterio de inclusión que se ha fijado desde el principio ha sido que los artículos encontrados estuvieran publicados en revistas indexadas.

En cuanto al año de publicación, no se ha buscado un periodo de tiempo concreto, pero si se han desechado aquellos artículos que, por su antigüedad, la información que contenían estaba desactualizada.

El idioma en el que los artículos han sido escritos no ha sido una prioridad, preferentemente se buscaban artículos escritos en lengua española pero también se han buscado en otras lenguas diferentes.

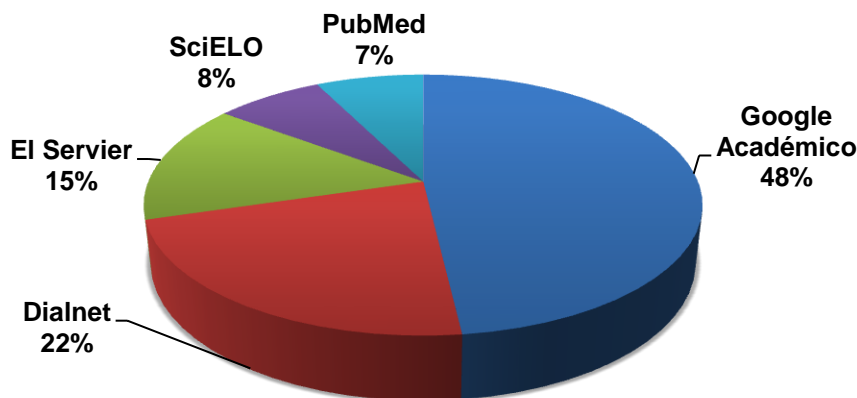
Por último, se han excluido aquellos artículos que hablasen de otro tipo de demencias que no fuera la frontotemporal o alguna variante de esta.

Tras establecer los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo un total 40 artículos que cumplían con las condiciones establecidas.

Una vez leídos y analizados estos artículos, solo 27 han sido incluidos en este trabajo. El resto han sido eliminados por no contener información relevante o que ya había sido incluida en otros textos.

Los artículos están publicados entre los años 2005 y 2017, la mayoría en lengua española, aunque se incluyen 4 de ellos escritos en lengua inglesa y portuguesa.

Los 27 artículos proceden de distintas bases de datos, las cuales se ven mejor reflejadas en el siguiente gráfico (*Gráfico 2*):



*Gráfico 2. Bases de datos de los artículos seleccionados.
Fuente: elaboración propia.*

Las pautas seguidas para la elaboración del trabajo se pueden dividir en tres periodos:

- A lo largo de los meses de enero y febrero se realizó la búsqueda exhaustiva y la selección de artículos. Una vez hecha esta selección, se determinaron los objetivos propios del estudio.
- Los meses de marzo y abril se dedicaron al análisis de todos los documentos mencionados y a la realización de una tabla que recoge 18 artículos que tratan de casos y estudios clínicos.
- Finalmente, en el mes de mayo, se han redactado los diferentes apartados teóricos del trabajo y se estudiaron de forma crítica los resultados obtenidos, elaborándose así la discusión del trabajo. Por último, se elaboraron unas conclusiones tras la síntesis de todos los datos valorados.

La metodología que se ha empleado para citar y confeccionar las referencias bibliográficas en la presente revisión sistemática han sido las normas Vancouver.



RESULTADOS

Tras realizar una compleja revisión de los artículos seleccionados, se ha elaborado una tabla (*Tabla 2.*) donde se recogen los datos más relevantes de cada uno de ellos para poder ser analizados de forma descriptiva posteriormente.

Por tanto, pasaremos a enumerar los datos que constan en dicha tabla:

1. Autor y año de publicación.
2. Participantes: Número/Sexo/Edad. En el caso de ser más de un paciente se indicará primero el número y el sexo de cada uno de ellos y su edad media.
3. Diagnóstico: variante de la demencia frontotemporal que presenta.
4. Exploración neurológica.
5. Síntomas logopédicos
 - a. Alteraciones en la expresión.
 - b. Alteraciones en la comprensión.
 - c. Alteraciones en la memoria.
 - d. Otras alteraciones.
6. Evolución de la enfermedad: síntomas desde el inicio de la enfermedad y cómo progresan.
7. Intervención y seguimiento.
8. Participación del logopeda en todo el proceso.

Tabla 2. Datos relevantes de los artículos analizados

Autor y año	Nº/Sexo /Edad	Diagnóstico	Exploración neurológica	Síntomas logopédicos				Evolución de la enfermedad	Intervención / Seguimiento	Participación del logopeda en el proceso
				Alt. Expresión	Alt. Comprensión	Alt. Memoria	Otros			
Caixeta L. et al (2005) ¹⁷	1M/ 63 años	DFT DS	<p>RMC Y SPECT: atrofia bitemporal asimétrica con predominio a la izquierda</p> <p>Los exámenes físico, neurológico y psicopatológico del paciente son normales</p>	<p>.Alt. en la fluencia verbal</p> <p>Sustituye sustantivos específicos por términos más vagos y genéricos</p> <p>Utiliza un mismo verbo para referirse a acciones muy diferentes</p>	_____	<p>Presenta una dificultad acentuada en las pruebas de memoria semántica sobre todo en las tareas que pedían la clasificación del material en categorías menos frecuentes</p>	<p>Presenta dislexia superficial</p> <p>Aparición de errores ortográficos groseros en su escritura</p> <p>Presenta hipofonía</p> <p>La repetición está razonablemente preservada, así como el dictado</p>	<p>Inicia "olvido" progresivo de nombres propios y comunes y del significado de determinadas palabras, así como dificultad para comprender el contenido de conversaciones</p> <p>Fue progresivamente más callado, aislado socialmente e introvertido, limitando mucho su repertorio social</p>	_____	_____
González-Nosti M. et al (2006) ¹⁶	1M/71 años	DFT DS	RMC: atrofia temporal izquierda	<p>Deterioro en la denominación y marcada anomia</p> <p>Problemas de expresión</p> <p>Fluidez verbal alterada</p>	Problemas de comprensión	Daño en la memoria semántica	Errores fonológicos en la lectura	Pérdidas de memoria desde hace 2 años especialmente en nombres de personas y objetos	_____	_____
	1M/ 73 años	DFT APP	RMC: atrofia frontal izquierda	<p>Problemas de expresión con una marcada anomia</p>	_____	_____	<p>Errores fonológicos, omisiones y sustituciones en la tarea de escritura al dictado</p>	<p>Desde hace 5 años presenta dificultades para encontrar la palabra adecuada en su lenguaje oral</p>	_____	_____

M: masculino, **DFT:** demencia frontotemporal, **RMC:** Resonancia Magnética Cerebral, **SPECT:** Tomografía Computarizada por Emisión de Fotones, **Alt:** alteraciones, **DS:** demencia semántica, **APP:** afasia progresiva primaria

Tabla 2. Datos relevantes de los artículos analizados (continuación)

Autor y año	Nº/Sexo /Edad	Diagnóstico	Exploración neurológica	Síntomas logopédicos				Evolución de la enfermedad	Intervención / Seguimiento	Participación del logopeda en el proceso
				Alt. Expresión	Alt. Comprensión	Alt. Memoria	Otros			
Rafael González V. et al (2007) ¹⁸	1M/ 57 años	DFT DS	<p>EFG Y ENB: No mostraron alteraciones de importancia</p> <p>TAC: moderada involución de predominio frontotemporal izquierdo</p> <p>SPECT: hipoperfusión en esa misma zona más evidente en corteza medial anterior, de grado moderado</p>	<p>Lenguaje fluente, bien articulado, con prosodia y morfosintaxis normales; respetada la alternancia de turnos, pero discurso poco informativo por anomia y parafasias verbales</p> <p>Errores en la denominación, anomia y circunloquios</p>	Comprensión de órdenes simples limitada y comprensión de estructuras gramaticales simples alterada	Olvidos episódicos en su vida diaria	<p>Menos conversativo y reiterativo en sus observaciones</p> <p>Comentarios inatinentes. Frases poco claras y dificultad para evocar sustantivos concretos</p> <p>Fallos en la escritura</p> <p>Fallos en la lectura de tipo atencional</p>	<p>Pérdida de iniciativa y alteraciones de conducta social y alimenticia</p> <p>Memoria autobiográfica conservada parcialmente.</p> <p>Falla de memoria semántica (o fluidez verbal categorial), pero menos severa que la pérdida de fluidez verbal con clave fonológica</p>	2 años más tarde se reexploró el lenguaje buscando un defecto semántico	_____
Ostrosky-Solís F, et al (2008) ¹³	1F/51 años	DFT	<p>RMC: atrofia parenquimatosa frontotemporal caracterizada por "ensanchamiento" del espacio subaracnoideo sin evidencia de hipertensión intracraneal</p> <p>EEG: se observan paroxismos de punta y polipunta onda en región frontal bilateral de mayor voltaje en el hemisferio derecho y una lentificación de la actividad cerebral generalizada</p>	<p>Alteraciones severas en la fluidez verbal (semántica y fonológica) y en tareas que demandan funciones ejecutivas</p> <p>Lenguaje espontáneo fluido, con adecuada articulación, sintaxis y fonología, pero vacío</p>	La comprensión del lenguaje oral está conservada	<p>Olvido de palabras con ocasionales parafasias</p> <p>Dificultad en la memoria antigua y la memoria inmediata está disminuida</p>	<p>Dificultades en el razonamiento</p>	<p>Presentó apatía y falta de interés en sus actividades profesionales, lo que se interpretó como un cuadro depresivo</p> <p>Progresivamente presentó distracción, desorganización y alteraciones de memoria</p>	Tratamiento farmacológico con antidepresivos y terapia psicológica	_____

M: masculino, **DFT:** demencia frontotemporal, **DS:** demencia semántica, **SPECT:** Tomografía Computarizada por Emisión de Fotones, **EFG:** examen físico general, **ENB:** examen neurológico básico, **TAC:** tomografía axial computarizada, **F:** femenino, **RMC:** Resonancia Magnética Cerebral, **Alt:** alteraciones, **EEG:** electroencefalograma

Tabla 2. Datos relevantes de los artículos analizados (continuación)

Autor y año	Nº/Sexo /Edad	Diagnóstico	Exploración neurológica	Síntomas logopédicos				Evolución de la enfermedad	Intervención / Seguimiento	Participación del logopeda en el proceso
				Alt. Expresión	Alt. Comprensión	Alt. Memoria	Otros			
Archibaldo Donoso S. et al (2008) 15	1F/ 62 años	DFT DS	TCC: atrofia perisilviana izquierda, con dilatación del cuerno temporal ENB: Normal	. Fluidez verbal, agilidad articulatoria y prosodia respetadas Anomia, agramatismo, parafasias verbales, estereotipia, tendencia a perseverar en palabras y temas La repetición ↓ por su estereotipia y comentarios inatingentes	Comprensión muy deficiente, sólo a veces comprendía órdenes de un elemento Incapaz de comprender estructuras gramaticales activas o pasivas	_____	. En la escritura espontánea el defecto lingüístico era menos evidente Existía una limitación del aprendizaje verbal	Mostraba ansiedad, precipitación y pérdida del tacto social Terminó en silla de ruedas, sin habla; falleció a 19 años del inicio de su enfermedad	_____	_____
	1F/54 años	DFT DS	ENB: normal, salvo miosis y enoftalmo del ojo derecho y reflejos palmomentonianos débiles TCC Y EEG: Normales	Lenguaje fluente, con prosodia casi normal, sin agramatismo, con moderada anomia y parafasias semánticas, poco informativo Presentaba ecolalia y repetía bien frases de hasta 6 ó 7 palabras	Comprendía órdenes de 2 o 3 elementos No comprendía frases pasivas ni pasivo-negativas	Dificultad para encontrar nombres, pero memoria preservada	Presenta agrafia lexical Aprendizaje verbal afectado	Desarrolló irritabilidad e inseguridad En los últimos 3 meses apareció cierto descuido personal Se sospechó depresión y EA	_____	_____

F: femenino, **DFT:** demencia frontotemporal, **DS:** demencia semántica, **Alt:** alteraciones, **ENB:** examen neurológico básico, **EEG:** electroencefalograma, **TCC:** tomografía craneal computarizada, ↓: disminuida. **EA:** enfermedad de Alzheimer

Tabla 2. Datos relevantes de los artículos analizados (continuación)

Autor y año	Nº/Sexo /Edad	Diagnóstico	Exploración neurológica	Síntomas logopédicos				Evolución de la enfermedad	Intervención / Seguimiento	Participación del logopeda en el proceso
				Alt. Expresión	Alt. Comprensión	Alt. Memoria	Otros			
Archibaldo Donoso S. et al (2008) ⁶	1F/56 años	DFT VF	TCC: atrofia frontotemporal bilateral	Discurso muy pobre con laconismo, ecolalia y a veces palilalia	Problemas en la comprensión.	Problemas en el aprendizaje verbal y la memoria semántica	Problemas en orientación, atención, cálculo, lectoescritura y Dibujo Hipofonía	Apareció un delirio paranoide asociado a una gran pasividad Fue diagnosticada de esquizofrenia Un segundo psiquiatra sospechó un deterioro psicorgánico y la derivó a neurología	_____	_____
	1F/45 años	DFT VF	TCC: dilatación ventricular y atrofia cortical de predominio frontal y temporal anterior, bilateral y simétrica ENB: Normal.	Lenguaje inadecuado y sin sentido No existían defectos fonológicos ni morfosintácticos	_____	No era capaz de retener informaciones nuevas A veces no reconocía a sus familiares	Fracasó en el cálculo oral y escrito	Fallas de la memoria, errores en la denominación y en actividades domésticas Aparecieron cambios de conducta	_____	_____
	1F/ 75 años	DFT VF	RMC: 2 infartos lacunares y atrofia focal temporal derecha con compromiso hipocámpico ENB: paramimesis y reflejos palmomentonianos débiles	_____	_____	Problemas en la memoria semántica	En el discurso escrito no mostró alteraciones de importancia Estereotipia compleja que se repetía incontables veces en diferentes circunstancias	Decaimiento matutino, mareos, olvidos; se sospechó de una depresión y fue derivada a psiquiatría Marcha pesada, hipomimia y laconismo	_____	_____

DFT: demencia frontotemporal, **VF:** variante frontal, **ENB:** examen neurológico básico, **F:** femenino, **RMC:** Resonancia Magnética Cerebral, **Alt:** alteraciones

Tabla 2. Datos relevantes de los artículos analizados (continuación)

Autor y año	Nº/Sexo /Edad	Diagnóstico	Exploración neurológica	Síntomas logopédicos				Evolución de la enfermedad	Intervención / Seguimiento	Participación del logopeda en el proceso
				Alt. Expresión	Alt. Comprensión	Alt. Memoria	Otros			
Archibaldo Donoso S. et al (2009) 19	18M/22F/ 61,35 años	31 DFT VF	Compromiso temporal posterior y parietal	Discurso NF y PI en la mayoría de los casos En 2 casos mutismo 17 presentaron afasia, y en 3 el lenguaje fue normal Discurso pobre en ideas y palabras funcionales Parafasias y perseveraciones en palabras, frases e ideas	2/3 tenían un defecto evidente en la comprensión auditiva	Demencia severa	La mayoría mostró defectos prácticos	Alteraciones de la afectividad (apatía, euforia, irritabilidad, escasa ansiedad) y elementos del síndrome de Gertsman	_____	_____
		6 DFT APF	_____	Discurso fluente PI Palabras funcionales con circunloquios, parafasias verbales, parafasias fonémicas, neologismos y perseveraciones	_____	3 Demencia severa (menos que en VF) 3 moderadas	Presentaban más pausas que los pacientes normales generalmente por anomia	1 se presentaba apático 4 mostraron ansiedad	_____	_____
		3 DFT APnF	_____	Su discurso era NF y PI, con muchas pausas, agramatismo. palabras funcionales y perseveraciones	_____	1 demencia severa 2 deterioro cognitivo	Fallos en la repetición	_____	_____	_____

DFT: demencia frontotemporal, **VF:** variante frontal, **APF:** afasia progresiva fluente, **F:** femenino, **Alt:** alteraciones, **M:** masculino, **APnF:** afasia progresiva no fluente, **NF:** no fluente, **PI:** poco informativo

Tabla 2. Datos relevantes de los artículos analizados (continuación)

Autor y año	Nº/Sexo /Edad	Diagnóstico	Exploración neurológica	Síntomas logopédicos				Evolución de la enfermedad	Intervención / Seguimiento	Participación del logopeda en el proceso
				Alt. Expresión	Alt. Comprensión	Alt. Memoria	Otros			
Charro-Gajate C, et al (2010) ¹⁰	1F/ 60 años	DFT VF	<p>ECG Y EEG: normales</p> <p>RMC: pequeñas lesiones isquémicas subcorticales en ambos hemisferios y leve atrofia cortical en las regiones frontales</p>	<p>Verborrea, lenguaje descarrilado e incoherente, con frecuentes respuestas tangenciales y diversas parafasias semánticas. Sin alteraciones del contenido del pensamiento</p>	<p>Grave afectación en flexibilidad cognitiva con frecuentes respuestas perseverativas</p>	<p>Lagunas amnésicas que tiende a rellenar confabulando</p>	<p>Grave deterioro en evocación categorial fonológica y leve en evocación categorial semántica</p>	<p>Comenzó a presentar estado de ánimo expansivo, problemas de planificación de rutinas diarias, trastorno alimentario, distraibilidad y pérdida de las normas de comportamiento social</p>	<p>Programa de estimulación cognitiva</p> <p>Tres sesiones de psicoeducación familiar</p>	_____
Matallana D, et al (2010) ²⁰	1F/66 años	DFT APP	<p>. Degeneración cortical a la altura del lóbulo temporal izquierdo</p> <p>El deterioro neuronal avanzó hacia áreas parietales y temporales bilaterales</p>	<p>Expresión fluente con respuestas automáticas</p> <p>↓ en el lenguaje expresivo por detenciones en su discurso y reiterativa utilización de frases cortas</p> <p>↓ de adjetivos y presencia de circunloquios</p>	<p>Comprensión alterada</p>	_____	<p>Alteraciones en la lectoescritura</p> <p>Se expresó a través de la pintura</p>	<p>Cambios de conducta y de memoria</p> <p>Comportamientos obsesivos y agresivos</p> <p>Ideas paranoides</p> <p>Interés por la pintura</p> <p>Esta encubrió su dificultad lingüística y le permitió distraer la continua alteración en el funcionamiento social y en la conducta</p>	_____	_____

DFT: demencia frontotemporal, **VF:** variante frontal, **APP:** afasia progresiva primaria, **F:** femenino, **Alt:** alteraciones, ↓: disminución

Tabla 2. Datos relevantes de los artículos analizados (continuación)

Autor y año	Nº/Sexo /Edad	Diagnóstico	Exploración neurológica	Síntomas logopédicos				Evolución de la enfermedad	Intervención / Seguimiento	Participación del logopeda en el proceso
				Alt. Expresión	Alt. Comprensión	Alt. Memoria	Otros			
Méndez Ramírez L. et al (2010) ²¹	1F/70 años	DFT VF	_____	Lenguaje poco expresivo y logorrea Compromiso del lenguaje y de la velocidad motora	Comentarios irrelevantes	Presentó una queja leve de sus síntomas de memoria	_____	Presenta un cuadro de alteraciones atencionales, irascibilidad y agresividad verbal indiscriminada de 9 años de evolución	_____	_____
	1M/ 75 años	DFT APP	_____	Presenta parafasias tanto semánticas como fonéticas Marcado deterioro en el lenguaje con compromiso mayor de la nominación	Alteraciones en la comprensión	_____	Agramatismo	Desorientado con alteraciones importantes en el comportamiento (agresividad, impulsividad) y compromiso afectivo Evolución de 2 años	_____	_____
	1F/ 67 años	DFT DS	RMC: presencia de atrofia cortical de predominio temporal izquierdo	Presenta anomia, ecolalia, parafasias, circunloquios, habla desorganizada (ensalada de palabras) y neologismos	Alteraciones en la comprensión tanto de órdenes sencillas como complejas	_____	Alteraciones en el lenguaje espontáneo, en la denominación y en la lectura	Presenta un cuadro de evolución consistente en cambios del neurocomportamiento	_____	_____

DFT: demencia frontotemporal, **VF:** variante frontal, **APP:** afasia progresiva primaria, **DS:** demencia semántica, **F:** femenino, **M:** masculino, **RMC:** Resonancia Magnética Cerebral, **Alt:** alteraciones

Tabla 2. Datos relevantes de los artículos analizados (continuación)

Autor y año	Nº/Sexo /Edad	Diagnóstico	Exploración neurológica	Síntomas logopédicos				Evolución de la enfermedad	Intervención / Seguimiento	Participación del logopeda en el proceso
				Alt. Expresión	Alt. Comprensión	Alt. Memoria	Otros			
Montagut, N. et al (2010) ²²	1F/ 68 años	DFT DS	RMC : atrofia temporal anterior asimétrica izquierda	Problemas graves en la nominación por confrontación visual, fluencia semántica y discriminación de palabras Habla fluente y preservación de la gramática y fonología	_____	_____	Lectoescritura mecánica	Presentó dificultad para encontrar la palabra y para comprender su significado Se añadieron dificultades para reconocer a personas no familiares y un cambio de aficiones Tras la intervención aumentó su capacidad de nominación aunque con el tiempo fue disminuyendo	Programa de reaprendizaje de 20 sesiones de 15 minutos y con una periodicidad de cuatro sesiones semanales	_____
Guillermo Gómez, P. el al (2011) ²³	24M/F/ 64,1 años	DFT VF	Alteraciones frontales o temporales, en forma bilateral o asimétrica, afectando al hemisferio izquierdo desproporcionalmente	_____	Alteración en la comprensión de gestos	_____	_____	Alteraciones práxicas en las tareas de producción gestual y en la semántica de la acción Alteraciones ejecutivas tempranas	_____	_____

DFT: demencia frontotemporal, **VF**: variante frontal, **DS**: demencia semántica, **F**: femenino, **M**: masculino, **RMC**: Resonancia Magnética Cerebral, **Alt**: alteraciones

Tabla 2. Datos relevantes de los artículos analizados (continuación)

Autor y año	Nº/Sexo /Edad	Diagnóstico	Exploración neurológica	Síntomas logopédicos				Evolución de la enfermedad	Intervención / Seguimiento	Participación del logopeda en el proceso
				Alt. Expresión	Alt. Comprensión	Alt. Memoria	Otros			
Garzón Avellaneda N. et al. (2011) ⁹	1F/ 62 años	DFT DS	TAC: presencia de una atrofia cortical difusa Cambios de microangiopatía crónica y leve aumento del volumen del sistema ventricular supratentorial	Lenguaje espontáneo prosódico con frases concretas referentes a los mismos tópicos contextuales Muletillas, bloqueos anómicos y lenguaje vacío muy pobre en contenido semántico Fluidez verbal de categorías semántica y fonológica esta disminuida	Problemas en la comprensión verbal y en la repetición	Dificultad para almacenar, evocar y reconocer la información novedosa	Disortografía, agrafía y dificultades para convertir fonemas en grafemas	Comienza a notarse “despistada”, con olvidos y alteraciones de conducta en la vida diaria. A nivel comportamental y emocional respondió ante sus dificultades inicialmente con llanto, autoreproche y aislamiento Manifiesta cierta indiferencia y apatía	Programa de estimulación cognitiva, musicoterapia, terapia ocupacional y del lenguaje durante 9 meses	_____
Pérez Lancho, C. ET AL (2012) ²⁴	1M/ 52 años	DFT DS	RMC y SPECT: existencia de alteraciones estructurales y funcionales en la región anterior e inferior de ambos lóbulos temporales, con mayor deterioro en predominio izquierdo	Baja intención comunicativa, lenguaje expresivo poco fluido y no deformante caracterizado por una severa anomia. Múltiples circunloquios y palabras comodín y parafrasis verbales. Emite expresiones estereotipadas y coprolalia. baja fluencia verbal	Trastorno de comprensión, de carácter semántico, compatible con un deterioro de la memoria semántica verbal y visual	_____	La escritura espontánea es de sintaxis pobre, con paragrafías semánticas y disortografía	Inicio de forma progresiva, cursando con dificultades leves en la denominación, alteración de la comprensión del lenguaje y pérdidas de memoria; posteriormente aparecieron cambios de carácter y abandono de ciertas actividades de ocio	Programa de estimulación de las habilidades comunicativas que facilite al paciente la comprensión del lenguaje y el acceso a los nombres	Es un caso derivado al Centro Asistencial del Grado en Logopedia de la Universidad Pontificia de Salamanca pero no se hace referencia a la figura del logopeda

F: femenino, M: masculino DFT: demencia frontotemporal, DS: demencia semántica, Alt: alteraciones, RMC: Resonancia Magnética Cerebral, SPECT: Tomografía Computarizada por Emisión de Fotones. TAC: tomografía axial computarizada

Tabla 2. Datos relevantes de los artículos analizados (continuación)

Autor y año	Nº/Sexo /Edad	Diagnóstico	Exploración neurológica	Síntomas logopédicos				Evolución de la enfermedad	Intervención / Seguimiento	Participación del logopeda en el proceso
				Alt. Expresión	Alt. Comprensión	Alt. Memoria	Otros			
Gibbons, C. et al (2012) ₂₅	1M/ 57 años	DFT con afasia y sordera de palabras	RMC: No mostro atrofia Evaluación audiológica integral: no reveló deterioro auditivo	Lenguaje expresivo reducido a algunas frases cortas y perseverativas Discurso severamente apraxico	Cuando se escribieron las instrucciones, el rendimiento mejoró notablemente	_____	Los modos primarios de comunicación incluían el gesto, la señalización, la mirada, el toque físico y el liderazgo Las respuestas fueron 100% precisas cuando se le proporcionaron palabras escritas, con respuestas aleatorias o inexactas para comentarios estrictamente auditivos / verbales	Inicio con problemas de comprensión, problemas para encontrar palabras y cambios de comportamiento La evaluación neuroconductual utilizando información escrita condujo a diagnósticos de sordera de palabras y demencia frontotemporal	Administración médica y comunicación familiar cuando presenta una comprensión del lenguaje inconsistente	_____
Kindell, J. et al (2013) ₂₆	1M/ 71 años	DFT DS	_____	Ecolalia, falta de fluidez verbal y pérdida semántica en tareas verbales y conceptuales	_____	Memoria y orientación afectadas	Dislexia superficial, pero con repetición preservada	Inicio con problemas de búsqueda de palabras Comienza a utilizar la prosodia y el movimiento del cuerpo como forma de Comunicación Fue revisado a los 6 meses de su diagnóstico	_____	_____

M: masculino, **DFT:** demencia frontotemporal, **DS:** demencia semántica, **Alt:** alteraciones, **RMC:** Resonancia Magnética Cerebral

Tabla 2. Datos relevantes de los artículos analizados (continuación)

Autor y año	Nº/Sexo /Edad	Diagnóstico	Exploración neurológica	Síntomas logopédicos				Evolución de la enfermedad	Intervención / Seguimiento	Participación del logopeda en el proceso
				Alt. Expresión	Alt. Comprensión	Alt. Memoria	Otros			
Maldonado, S. (2017) ¹	3F/ 74,8 años	DFT	_____	Expresiones incompletas y necesidad de inferencia con información limitada La conversación recae sobre el oyente Lenguaje abundante pero desordenado con circunloquios y parafasias semánticas, de contenido pobre y a veces repetitivo	Trastorno de la comprensión	_____	_____	_____	_____	_____
Moreira, S. et al (2017) ²⁷	1M/ 74 años	DFT VF	TCC: atrofia Frontotemporal	Dificultad en Comunicar y sin iniciativa Cambios del lenguaje con una reducción progresiva de la producción del discurso En una primera fase hay referencia a un discurso estereotipado con economía del lenguaje y en una fase final mutismo e inmovilidad	_____	_____	Presenta dificultades en la deglución	Comenzó a presentar una alteración progresiva de los patrones de conducta social con ausencia del control del impulso asociado a comportamientos alimentarios inadecuados y a rituales así como un discurso empobrecido	_____	_____

F: femenino, M: masculino DFT: demencia frontotemporal, Alt: alteraciones, VF: variante frontal, TCC: tomografía craneal computarizada

Tras analizar la información obtenida de los artículos que se recogen en la tabla anterior (*Tabla 2.*), nos disponemos a exponer los resultados relacionándolos con los objetivos planteados para esta revisión.

1. Observar cuáles son las variantes más comunes de presentación de la demencia frontotemporal y su relación en cuanto a la edad y el sexo.

En esta revisión se han analizado un total de 18 artículos de casos clínicos, los cuales reúnen información de 88 pacientes.

De los 88 pacientes 39 de ellos pertenecen al sexo masculino (44,3%) con una media de edad de 63,24 años, en los cuales la edad más baja de aparición es de 52 años y la más alta de 75 años. Los 49 pacientes restantes (55,6%) pertenecen al sexo femenino con una media de edad de 62,84 años en los cuales, la edad más baja de aparición es de 45 años y la más alta de 75 años (*Gráfico 3.*)

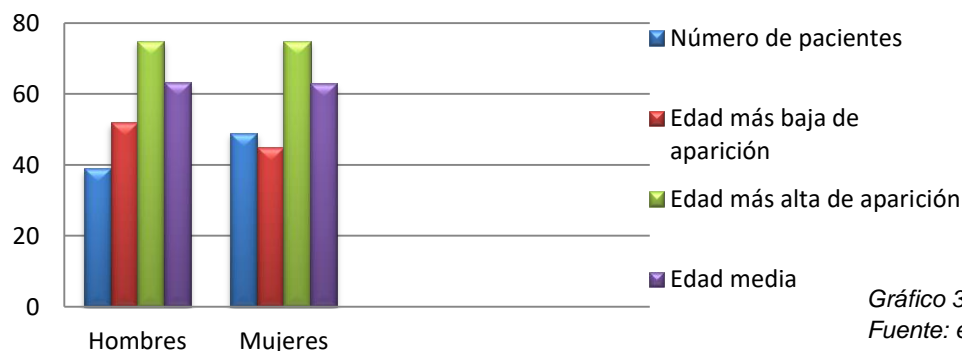


Gráfico 3. Datos de pacientes. Fuente: elaboración propia.

En cuanto al diagnóstico del tipo de demencia frontotemporal se han encontrado diferentes variantes siendo estas: 61 casos para la variante frontal (69,3%), 10 casos para la demencia semántica (11,3 %), 9 casos para la afasia progresiva primaria (10,2%), 3 casos para la afasia progresiva no fluente (3,4 %), 1 caso para la demencia frontotemporal con afasia y sordera de palabras (1,1 %) y 4 casos de demencia frontotemporal no especificada (4,5%)

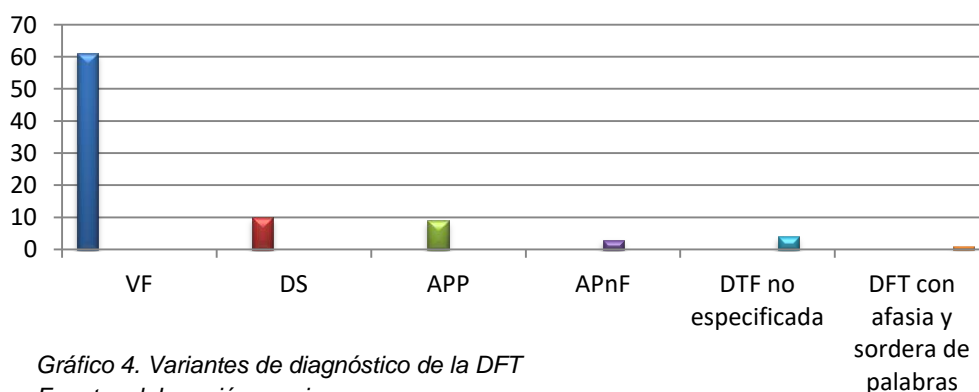


Gráfico 4. Variantes de diagnóstico de la DFT Fuente: elaboración propia.

Como podemos observar en el gráfico 3, predomina el sexo femenino con 10 casos más de mujeres que de hombres.

La edad de aparición de la demencia frontotemporal es más baja en mujeres que en hombres, siendo ésta de 45 años. En ninguno de los sexos la edad de aparición supera los 75 años de edad.

La edad media es prácticamente la misma con una desviación de 0,4 entre ambos sexos.

2. Examinar qué tipo de exploración neurológica se realiza a los pacientes para poder corroborar su diagnóstico.

En la exploración neurológica se han encontrado diferentes pruebas que han sido realizadas a los distintos pacientes para poder establecer así un diagnóstico.

No todos los pacientes han sido estudiados con las mismas pruebas complementarias y en alguno de los casos no se refleja el tipo de estudio realizado, solo el resultado de la exploración.

En este aspecto destacan la Resonancia Magnética Cerebral (RMC), la Tomografía Craneal Computarizada (TCC), la Tomografía axial computarizada (TAC), la Tomografía Computarizada por Emisión de Fotones (SPECT), y el Electroencefalograma (EEG). (Gráfico 5)

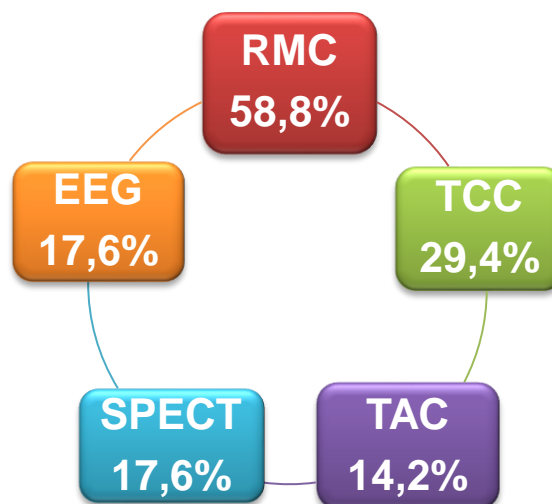


Gráfico 5. Pruebas realizadas en la exploración neurológica
Fuente: elaboración propia.



Además, para realizar un estudio más exhaustivo de la sintomatología de los pacientes, se han incluido en sus valoraciones, exámenes neurológicos básicos y exámenes físicos generales, los cuales, no mostraron alteraciones significativas. En uno de los casos, por las características clínicas, se añadió un examen audiológico y en otro de ellos un examen psicológico.

Las pruebas han reflejado que hay una afectación cerebral, con compromiso de los lóbulos frontal y temporal. Algunos de los hallazgos más comunes que se han encontrado son los siguientes:

- Atrofia frontotemporal bilateral.
- Atrofia temporal anterior asimétrica izquierda.
- Degeneración cortical a la altura del lóbulo temporal izquierdo.
- Existencia de alteraciones estructurales y funcionales en la región anterior e inferior de ambos lóbulos temporales, con mayor deterioro en predominio izquierdo.

3. Analizar las principales manifestaciones de la demencia frontotemporal centrándonos en las alteraciones de la comunicación y el lenguaje en cada una de sus variantes.

La evolución de la enfermedad sigue un curso muy parecido en todos los casos. Al inicio presentan una alteración progresiva que se ve reflejada en cambios en la conducta, el comportamiento y actividades en la vida diaria.

La mayoría de los pacientes hacen referencia a despistes, aislamiento, manías, pérdidas del tacto social, inseguridades, desorientación, impulsividad, euforia, apatía y desorganización.

Si nos centramos en los síntomas logopédicos, hemos encontrado alteraciones en la expresión y la comprensión oral, y la memoria, principalmente.

A continuación, se van a exponer las dificultades más frecuentes de cada una de sus variantes principales:



VARIANTE FRONTAL

En este estudio, la variante frontal ha sido presentada en un 69,3% de los casos analizados, convirtiéndose así en la variante de manifestación más común de la demencia frontotemporal. En ella se han encontrado distintas alteraciones, entre las que destacan el trastorno de la comprensión y un lenguaje logorreico. A continuación, se exponen algunos de los síntomas comunes en los artículos analizados:

- **Alteraciones en la expresión:** reducción progresiva de la producción del discurso, lenguaje estereotipado, logorrea, ecolalia, compromiso de la velocidad motora, discurso pobre de ideas y palabras funcionales con parafasias y perseveraciones.
- **Alteraciones en la comprensión:** comentarios irrelevantes, defecto en la comprensión auditiva, grave afectación en la flexibilidad cognitiva.
- **Alteraciones en la memoria:** pequeñas lagunas amnésicas, problemas en la memoria semántica y problemas en el aprendizaje verbal.
- **Otras alteraciones:** lectoescritura mecánica,

DEMENCIA SEMÁNTICA

Seguida de la variante frontal, la demencia semántica ha sido la segunda forma de presentación más común de la demencia frontotemporal en esta revisión. Dicha variante se ha visto reflejada en un 21,3% de los casos analizados. Entre sus principales manifestaciones destacan las alteraciones en la comprensión y en la expresión con un discurso poco informativo. A continuación, se exponen algunos de los síntomas comunes en los artículos analizados:

- **Alteraciones en la expresión:** alteraciones en la fluencia verbal, sustitución de sustantivos específicos por términos más vagos y genéricos, deterioro en la denominación, anomia, ecolalia, parafasias, circunloquios, habla desorganizada, neologismos, estereotipias, baja intención comunicativa.



- **Alteraciones en la comprensión:** comprensión defectuosa llegando a entender órdenes de un elemento; incapacidad de comprender estructuras gramaticales activas o pasivas, trastorno en la comprensión de carácter semántico.
- **Alteraciones en la memoria:** dificultad acentuada en las pruebas de memoria semántica y para almacenar, evocar y reconocer información novedosa.
- **Otras alteraciones:** dislexia superficial, aparición de errores ortográficos, errores fonológicos en la lectura, alteración en el lenguaje espontáneo.

AFASIA PROGRESIVA PRIMARIA

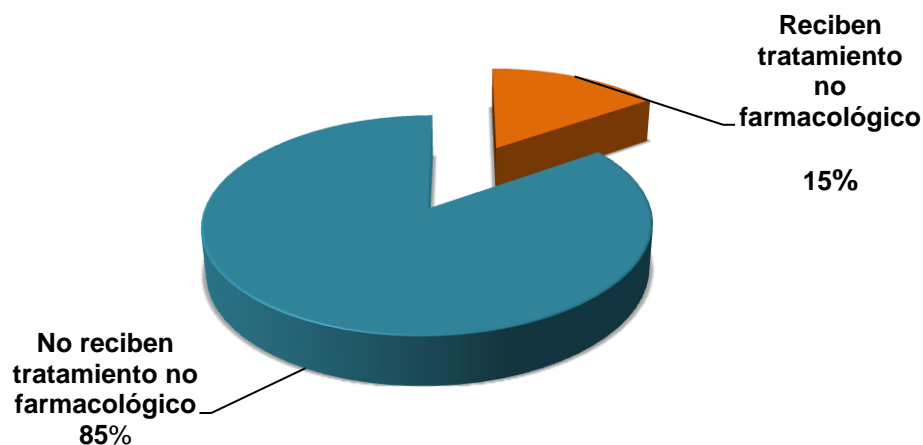
Tras la variante frontal y la demencia semántica, la afasia progresiva primaria es la tercera forma de presentación más común de la demencia frontotemporal. Esta variante ha sido reflejada en un 10,2% de los casos analizados en esta revisión. Entre sus principales manifestaciones destacan las alteraciones en la expresión, presentando un discurso estereotipado y las alteraciones en la comprensión. A continuación, se exponen algunos de los síntomas comunes en los artículos analizados:

- **Alteraciones en la expresión:** discurso fluente pero poco informativo con respuestas automáticas, parafasias semánticas y fonéticas, circunloquios, neologismos, perseveraciones y anomia.
- **Alteraciones en la comprensión:** refieren problemas en la comprensión, pero no están especificados.
- **Alteraciones en la memoria:** la mayoría de los casos no refleja trastornos en la memoria.
- **Otras alteraciones:** agramatismo, problemas en la lectoescritura.

4. Comprobar cuantos pacientes diagnosticados reciben un tratamiento y un seguimiento de éste y en qué consiste.

En cuanto a la intervención y el seguimiento una vez que ha sido diagnosticada la enfermedad, solo en un 15,3 % de los casos se hace referencia a una intervención que no sea farmacológica (*Gráfico 6*). Estas intervenciones han consistido en:

- Un programa de estimulación de las habilidades comunicativas que facilita al paciente la comprensión del lenguaje y el acceso a los nombres a través del reaprendizaje y mantenimiento de un set de vocabulario básico funcional y el diseño de un SAAC con el vocabulario esencial que el paciente necesita para comunicarse en su entorno familiar y en las actividades básicas de la vida diaria.
- Un programa de reaprendizaje de 20 sesiones de 15 minutos y con una periodicidad de cuatro sesiones semanales.
- Un programa de estimulación cognitiva y tres sesiones de psicoeducación familiar.
- Un programa de estimulación cognitiva, musicoterapia, terapia ocupacional y del lenguaje durante 9 meses.



*Gráfico 6. Pacientes que reciben tratamiento no farmacológico.
Fuente: elaboración propia.*



5. Valorar el papel que tiene la figura del logopeda durante todo el proceso de diagnóstico, intervención y seguimiento.

En este apartado no se han podido extraer resultados debido a la falta de información obtenida en los distintos artículos analizados.

Como se ha mencionado anteriormente, en esta revisión se han estudiado un total de 18 artículos de casos clínicos, los cuales reúnen información de 88 pacientes. En ninguno de estos casos se hace referencia a la figura del logopeda en alguna parte del proceso de diagnóstico, intervención o seguimiento.

Es cierto que un artículo, uno de los casos es derivado al Centro Asistencial del Grado en Logopedia de la Universidad Pontificia de Salamanca, pero no hace referencia directamente a este profesional.



DISCUSIÓN

En primer lugar, se ha de tener en cuenta que esta revisión ha sido realizada utilizando estudios e investigaciones cuyos objetivos eran muy diversos, lo que justifica la posible existencia de sesgos en los resultados.

Establecer un diagnóstico de demencia frontotemporal, es una tarea compleja debido a su gran variabilidad de síntomas³, llegando a confundirse en varias ocasiones con la enfermedad del Alzheimer o con una enfermedad psiquiátrica⁷. Por este motivo una evaluación neuropsicológica, además de las diferentes pruebas de neuroimagen, debería ser fundamental para poder determinar un diagnóstico de demencia.

Es evidente que ante la amplitud clínica y semiológica de las DFT, es necesario conocer no sólo las características propias de estos pacientes, sino las diferencias con otras demencias, en especial con la enfermedad del Alzheimer y por supuesto, con la población sana.⁷

Una de las principales características que más nos puede llamar la atención en esta patología podría ser el gran cambio comportamental que dan los pacientes en un breve periodo de tiempo, y al que de forma progresiva, se le van sumando otras alteraciones.

Posiblemente, en la mayoría de los casos los primeros en detectar estos cambios en una persona que hasta entonces no tenía ninguna alteración, son los familiares y las personas del entorno más cercanas. Contar con la historia clínica detallada del paciente, conocer el orden de aparición de los trastornos cognitivos y/o conductuales y como estos se manifiestan en las actividades diarias³ es una información muy valiosa que sería clave a la hora de detectar la demencia frontotemporal.

Se ha comprobado que las demencias no sólo afectan a los que las padecen, sino que también afectan a sus cuidadores y su entorno. Una serie de estudios ha identificado el impacto en los ámbitos sociales, económicos y sobre todo en la salud mental y física de los cuidadores a cargo de un paciente con demencia. Por esta razón se deberían crear programas destinados a las familias que les ayude y les aporte las herramientas necesarias para controlar mejor esta situación.



Por otro lado, nos encontramos con las alteraciones de la comunicación y el lenguaje presentes en todos los casos diagnosticados de demencia frontotemporal.

Estas alteraciones deberían ser evaluadas e intervenidas por un profesional especialista en este ámbito, concretamente por un logopeda. La labor de este profesional es algo que actualmente no recibe la importancia ni el valor que necesita. Este hecho se puede confirmar en esta revisión ya que en ninguno de los artículos analizados se hace mención a este profesional y a su función. En la mayoría de los estudios analizados se especifican problemas del lenguaje como uno de los síntomas principales, pero posteriormente no se ocupan de rehabilitar esos problemas, olvidándose de ellos y centrándose solamente en las alteraciones en el resto de áreas clínicas.

Este desconocimiento es una gran desventaja debido a que hoy en día no existe un tratamiento farmacológico específico para la demencia frontotemporal, solo algunos fármacos para el manejo de las alteraciones comportamentales ¹¹, por lo que la intervención no farmacológica debería ser esencial. Son pacientes que a nivel farmacológico están muy bien controlados, pero que a nivel cognitivo no reciben el tratamiento adecuado.

Este suceso es una lástima, puesto que ciertas medidas podrían modular el curso de la enfermedad o mejorar algunos de sus síntomas. Un ejemplo, podría ser la intervención logopédica con programas terapéuticos de prevención y psicoestimulación de la memoria y lenguaje, con el fin de mantener las funciones cognitivas el máximo tiempo posible y a la vez mejorar su calidad de vida. ¹

Finalmente, para futuras investigaciones es necesario profundizar en las características de la demencia frontotemporal y en su tratamiento no farmacológico y así poder observar los beneficios que aporta a los pacientes que lo reciben.



CONCLUSIONES

1. A pesar de que la DFT es una de las principales demencias degenerativas, no es mucho lo que se conoce acerca de ella, por esta razón el conocimiento y la divulgación sobre sus síntomas y complicaciones por parte de todos los profesionales sanitarios y personas en riesgo de padecerla debería ser necesario.
2. Pese a tener un componente genético ninguna persona está exenta de padecer esta patología de manera que ante cualquier cambio comportamental o del lenguaje que no esté justificado se debería acudir a un especialista.
3. Es importante saber detectar los síntomas de la DTF desde el primer momento y diferenciarlos de otras posibles alteraciones para así poder diseñar cuanto antes una intervención adaptada al grado de déficit y capacidad de las funciones cognitivas del paciente.
4. No existe actualmente un tratamiento farmacológico que pueda paliar los síntomas de esta demencia por lo que el tratamiento no farmacológico debería ser fundamental sobre todo en las alteraciones del lenguaje debido a que con el paso del tiempo estas dificultades irán aumentando.
5. Se necesita un equipo multidisciplinar que trabaje de forma coordinada en el proceso de diagnóstico, intervención y seguimiento ya que es una patología que cursa con múltiples y diversos síntomas a los que se les debe dar un tratamiento global que garantice el mantenimiento de sus funciones durante el mayor tiempo posible.
6. Uno de los grandes problemas que se han podido observar a la hora de analizar los artículos es la falta de alusiones que se hacen a la figura del logopeda y a su tratamiento a pesar de que en todos se hacen referencia a problemas y alteraciones del lenguaje.
7. La familia juega un papel muy importante en el diagnóstico y progreso de la enfermedad por lo que se la debería dar una mayor importancia y ayudarla a través de programas destinados a ellas.



BIBLIOGRAFÍA

1. Maldonado S. Perfil de alteraciones del lenguaje en diferentes tipos de demencias. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. 2017; 35 (2): 31-38.
2. Garre J. Criterios diagnósticos de demencia: a las puertas del cambio de paradigma. Alzheimer. Real Invest Demenc. 2007; 35: 4-11.
3. Molina M. El rol de la evaluación neuropsicológica en el diagnóstico y en el seguimiento de las demencias. Rev Med Clin Condes. 2016; 27 (3): 319-331.
4. Malagón C, Rodríguez J, Hernández J, Pardo R. Análisis del lenguaje en sujetos con demencia tipo Alzheimer. Rev Fac Med Univ Nac Colomb. 2005; 53 (1): 3-9.
5. Golimstok A. Actualización en enfermedad con cuerpos de Lewy. Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2017; 37(3): 105-111.
6. Donoso A, Salinas P. Demencias frontotemporales: Tres casos de la variante frontal. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2009; 47 (4): 286-292.
7. Cano C.A, Ramírez R.A. Avances nosológicos de las demencias. Caracterización de los pacientes con demencia frontotemporal. Med Unab. 2004; 7 (20): 84-88.
8. Lillo P, Leyton C. Demencia frontotemporal, cómo ha resurgido su diagnóstico. Rev Med Clin Condes. 2016; 27(3): 309-318.
9. Garzón N, Méndez A, Benito M.M. Un caso de demencia Frontotemporal en su variante lingüística fluente. Psychologia: avances de la disciplina. 2011; 5 (1):107-119.
10. Charro-Gajate C, Diéguez-Perdiguero E, González-Martínez L.A. La demencia más psiquiátrica: demencia frontotemporal, variante frontal. Psicogeriatría. 2010; 2 (4): 227-232.
11. Irigorri A.M. Demencia frontotemporal. Rev. Colomb. Psiquiat. 2007; 36 (1): 139-156.
12. Pérez M.C, García S. Demencia frontotemporal: fronteras diagnósticas. INFAD Revista de Psicología. 2018; 3 (1): 67-76.



13. Ostrosky-Solís F, Madrazo I, Vélez A. Demencia Frontotemporal: Estudio Neuropsicológico y Neuroradiológico de un Caso. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 2008; 8 (1):127-139.
14. Domínguez M.E. Revisión teórica sobre las demencias de tipo cortical. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2012; 15 (1): 40-54.
15. Donoso A, González R, González P et al. Demencia semántica. Presentación de dos casos y revisión de la literatura. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2008; 46 (4): 280-287.
16. González-Nosti M, Cuetos F, Martínez C. Alteraciones léxico-semánticas en dos variantes de la demencia fronto-temporal. *Revista Española de Neuropsicología*. 2006; 8 (3-4): 105-119.
17. Caixeta L, Mansur L. Demência semântica: avaliação clínica e de neuroimagem. Relato de caso. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005; 63 (2-A): 348-351.
18. González R, Vásquez C, Venegas P et al. Afasia progresiva fluente: ¿Una forma de presentación inicial de demencia semántica? *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2007; 45 (1): 43-50.
19. Donoso A, Arecheta González R. Lenguaje oral en demencias frontotemporales. Experiencia personal y revisión del tema. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2009; 47 (2): 114-123.
20. Matallana D, Reyes P, Palacio K et al. Demencia y creatividad: emergencia de una actividad pictórica en un paciente con afasia primaria progresiva. *Rev. Colomb. Psiquiat*. 2011; 40 (4): 807-817.
21. Méndez L.F, Medina J. M. Demencias frontotemporales: casos ilustrativos de las diferentes presentaciones de una misma enfermedad. *Acta Neurol Colomb*. 2010; 26 (3): 21-28.
22. Montagut N, Sánchez-Valle R, Castellví M, Rami L, Molinuevo JL. Reaprendizaje de vocabulario. Análisis comparativo entre un caso de demencia semántica y enfermedad de Alzheimer con afectación predominante del lenguaje. *Rev Neurol* 2010; 50 (3): 152-156.
23. Gómez P.G, Politisa D.G. Severidad de la demencia y apraxia en demencia frontotemporal variante frontal. *Neurol arg*. 2011; 3 (4):203–209.



24. Pérez C, Castillo N, González S. Reaprender a comunicarse. Intervención en un caso de demencia semántica. *INFAD Revista de Psicología*. 2012; 3 (1) :385-392.
25. Gibbons C, Oken B, Fried-Oken M. Augmented input reveals word deafness in a man with frontotemporal dementia. *Behavioural Neurology*. 2012 ; 25 (2) :151–154.
26. Kindell J, Sage K, Keady J, Wilkinson R. Adapting to conversation with semantic dementia: using enactment as a compensatory strategy in everyday social interaction. *Int J Lang Commun*. 2013 ; 48 (5): 497-507.
27. Moreira S, Duarte S, Moreira I, Santos E. Variante comportamental da demência frontotemporal: relato de caso. *Rev Port Med Geral Fam*. 2017; 33 (2): 155-161.