

DEMENCIA: ENFOQUE CLINICO.

Dr. Salvador Vidal Revé¹, Dra. María Victoria de la Torre Roses², Dr. José Franco Laudín¹, Dr. Regino Rodríguez Boti¹.

RESUMEN

Se abordan las características clínicas de la demencia, y se ofrecen los criterios para establecer su diagnóstico. Se muestra un procedimiento para determinar su naturaleza etiológica, basado en la historia clínica, la evaluación del estado mental y neuropsicológico, el examen neurológico y los estudios complementarios, haciendo énfasis en el valor de las neuroimágenes, por la existencia de demencias potencialmente reversibles, mediante la terapéutica médica.

Palabras clave: DEMENCIA/diagnóstico; DEMENCIA/etiología.

DEMENCIA: APROXIMACION CLINICA.

Definición: Es un síndrome clínico caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas suficientemente severo como para interferir con las actividades sociales y ocupacionales, en un individuo previamente competente.

Las demencias constituyen un problema de salud en países industrializados, estudios realizados en Estados Unidos, Japón y países de Europa Occidental señalan cifras de prevalencia entre 1,3% y 6,2% para las formas severas y entre 2% y 15,4% para las formas moderadas.

El déficit cognitivo afecta a múltiples áreas, que incluyen el aprendizaje y la

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto".

² Especialista de I Grado en Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo.

¹ Especialista de I Grado en Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico Docente "Luis Ramírez López"

memoria, el lenguaje expresivo y receptivo, la lectura, la escritura y las praxias, la capacidad de interpretar lo que sucede en el entorno y, a la vez, poder apreciar y manipular información visual-espacial, que no son debidas a una alteración del nivel de conciencia.

Criterios Diagnósticos:

1. Demostración de carencias cognitivas.
 - Fallos de memorias.
 - Alteración del lenguaje, apraxia, agnosia.
 - Desorientación temporoespacial.
 - Pérdida de la capacidad del juicio.

2. Exclusión de otras situaciones:
 - Depresión u otra alteración psíquica.
 - Focalidad cognitiva (afasia fluente, síndrome de Korsakoff).
 - Confusión con fluctuación del nivel de atención y conciencia.
 - Olvidos del envejecimiento.

El establecimiento del diagnóstico de demencia requiere uno de los siguientes puntos:

- Valoración de la función cognitiva actual del individuo y documentar que su rendimiento intelectual ha sido superior en el pasado.

- Documentar un declinar de la función intelectual mediante una exploración seriada en el tiempo.

Procedimiento Diagnóstico.

1. Historia clínica.
2. Evaluación del estado mental y neuropsíquico.
3. Examen neurológico.
4. Exámenes complementarios:
 - a) Analítica básica: hemograma, glicemia, creatinina/BUN, electrolitos en suero, función hepática y tiroidea, niveles séricos de Vitamina B₁₂, serología luética y para VIH.

 - b) Neuroimágenes: TAC, RMN, tomografía por emisión de positrones (PET), tomografía por emisión de fotones (SPECT).

 - c) Estudios del líquido cefalorraquídeo.

 - d) Estudios neurofisiológicos: Potenciales relacionados a eventos (ERPs)-->P300, EEG.

La historia clínica y el examen neuropsicológico son los pilares sobre los cuales se basa el diagnóstico de las demencias, ya que las alteraciones neuropsíquicas constituyen el aspecto clínico básico de esta afección, y el deterioro de la función cognitiva es la única evidencia que posibilita su diagnóstico.

Los datos de la anamnesis, el examen físico general y, en particular, el examen neurológico, permiten establecer el diagnóstico etiológico del síndrome demencial. Los estudios complementarios y, en particular, las técnicas de neuroimagen, posibilitan, en muchas oportunidades, confirmar la naturaleza etiológica de la demencia.

El establecimiento de la patogenia es importante, ya que permite reconocer las causas tratables del síndrome, tales como tumores resecables, hematoma subdural crónico, abuso de medicamentos o alcohol, hidrocefalia comunicante, trastornos endocrinos y metabólicos (hipotiroidismo, déficit de Vitamina B₁₂). El adecuado tratamiento de estas causas puede llevar a la reversibilidad del cuadro y la recuperación del paciente.

Historia Clínica:

- a) APP y APF. El establecimiento de los APF resulta de gran valor en la demencia de tipo Alzheimer de comienzo temprano, en la que existe una agregación familiar y ha sido claramente establecido un patrón de transmisión hereditaria de tipo autosómica dominante. El APP de ECV previa o de factores predisponentes de daño vascular (HTA, diabetes mellitus), apoyan el diagnóstico de demencia vascular. Una historia de enfermedades de transmisión sexual, conductas de riesgo (promiscuidad, homosexualidad, drogadicción) pueden ser indicativas de neurolúes o SIDA.
- b) Forma de comienzo y curso evolutivo. El inicio insidioso y lento, pero inexorablemente progresivo, caracteriza la demencia tipo Alzheimer; el comienzo agudo del deterioro cognitivo o funcional, con una evolución a saltos, es propio de la demencia vascular.

Evaluación del estado mental y neuropsíquico.

El examen del estado mental incluye una valoración del estado de atención, orientación, memoria, lenguaje, paráisi, capacidad visual-espacial, cálculo, capacidad de juicio y adecuación social del individuo.

Existen diferentes instrumentos de exploración neuropsicológica: Mini Mental State Examination (MMSE), Miniexamen Cognoscitivo (MEC), Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG), y otros que pueden ser de gran ayuda para demostrar la presencia de deterioro cognitivo y diferenciar la demencia de un cuadro de depresión.

Estos instrumentos de valoración del estado cognitivo del individuo no proporcionan elementos para el diagnóstico etiológico de la demencia, y sus resultados pueden estar influidos por la escolaridad, la edad y el lenguaje del sujeto, por lo que hay que tener en cuenta estos aspectos al aplicarlos e interpretarlos.

Examen neurológico.

Los signos de daño focal (hemiparesia, hemianestesia, hemianopsia), hiperreflexia, de Babinski y otros aparecen en pacientes con una demencia vascular. Las manifestaciones extrapiramidales: rigidez, acinesia, temblor, movimientos coreicos y trastornos de la marcha, se ven en las demencias degenerativas no Alzheimer (Parkinson, corea de Huntington, enfermedad de los cuerpos de Lewy). La existencia de manifestaciones de hipertensión endocraneana hacen sospechar una hidrocefalia comunicante. Una combinación de signos de daño focal, hipertensión endocraneana o convulsiones, o su aparición aislada, son las claves para el diagnóstico de una lesión en masa (tumor, hematoma subdural).

Neuroimágenes.

Las neuroimágenes permiten realizar el diagnóstico de certeza de causas tratables y reversibles, tales como tumores resecables, hematoma subdural e hidrocefalia comunicante; también, de la demencia vascular, al demostrar la existencia de infartos cerebrales. De igual manera, contribuyen al diagnóstico de la demencia del tipo Alzheimer; la RMN muestra la presencia de fisura perihipocampal, incremento de la distancia interuncal, atrofia cortical y ventriculomegalia.

Clasificación etiológica.

1. *Demencia tipo Alzheimer*
 - a) Inicio temprano
 - b) Inicio tardío

2. *Demencia degenerativa no Alzheimer*
 - a) Con manifestaciones extrapiramidales
 - Parkinson
 - Corea de Huntington
 - Enfermedad de los cuerpos de Lewy

 - b) *Sin manifestaciones extrapiramidales*
 - Enfermedad de Pick

3. *Demencia vascular*

- a) Multiinfarto
 - b) Lesión única estratégicamente localizada
 - c) Enfermedad de pequeños vasos (enfermedad de Binswanger)
4. *Hidrocefalia comunicante*
5. *Infecciones del SN*
- a) Neurolúes
 - b) SIDA
 - c) Enfermedad de Creutzfeld-Jakob
6. *Abuso de fármacos y alcohol*
7. *Trastornos endocrinos y metabólicos*
- a) Déficit de vitamina B₁₂
 - b) Hipotiroidismo.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder Brded (DSM - III R) DC. 1987.
2. Coffey CE, Wilkinson WE, Parashos IA, *et al.* Quantitative cerebral anatomy of the ageing human brain: a cross-sectional study using magnetic resonance imaging. *Neurology* 1992; 42: 527-36.
3. Cornejo W, Lopera F, Uribe C, *et al.* Descripción de una familia con demencia presenil Alzheimer. *Acta Médica Col* 1987; 12: 55-61.
4. Duque-Castano A, Roldán MI, Arango-Viana JC, Arcos M, Cubillo H, Lopera F. Hallazgos neuropatológicos en la enfermedad de Alzheimer de inicio temprano (Mutación E 280 A - PS 1). *Rev Neurol* 1999; 29 (1): 1-6.
5. Field SJ, Jackson HJ, Hasset AM, Pattinson P. Ability of the Mini-Mental State Examination to discriminate diagnostic entities in a psychogeriatric population. *Int J Geriat Psychiatric* 1995; 10: 47-53.
6. Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. Minimental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 89-98.
7. Gómez N, Rivero E, Pérez J, Beguera R, Arias W, Rarteris J. Caracterización clínica e imagenológica de la demencia vascular. Estudio preliminar. *Rev Cubana Med* 1997;36 (3-4): 154-60.
8. Harrell LE, Caelaway R, Chandra Sekar B. Magnetic resonance imaging and the diagnosis of

dementia. *Neurology* 1987; 37: 540-8.

9. Lemere C, Lopera F, Kosik K, *et al.* The E 280 A presenilin 1 Alzheimer's mutation produces increased Ab 42 deposition and severe cerebellar pathology. *Nat Med* 1996; 2: 1146-50.
10. Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Salas JM, Seva A. El miniexamen cognoscitivo. Un test sencillo, práctico para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1979; 3: 189-202.
11. Lopera F, Arcos M, *et al.* Demencia tipo Alzheimer con agregación familiar en Antioquia, Colombia. *Acta Neurol Col* 1994; 2:173-87.
12. Lopera F, Ardila A, Martínez A, *et al.* Clinical Features of early-onset Alzheimer's disease in a large kindred with a E 280 A presenilin 1 mutation. *JAMA* 1997; 277: 793-9.
13. Lozano M, Vilalta J, Llinas J, Lopez Pousa S. El Cambridge Cognitive Examination como instrumento de detección de demencia. *Rev Neurol* 1999; 28(4):348-52.
14. Nalbantoglu J, Lacoste-Royal G, Gauvreaux D. Genetic factor in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 564-8.
15. Rossellini R, Ardila A. Caracterización imagenológica de la mutación E 280 A - PS1. Estudio caso-control: hallazgos en la Resonancia Magnética. *Rev Neurol* 1999; 29:6-12.
16. Roth M, Tym E, Mounjoy CQ, Hupprt FA, Hendrie H, Verma S. CAMDEX. A standardized instrument for diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to early detection of dementia. *Br J Psychiatric* 1996; 149: 698-709.
17. Scheltonsph P, Leys D, Barkhot F, Holo D, Weinstein HC, Vermersch P, *et al.* Atrophy of the medial temporal lobes on MRI in probable Alzheimer's disease and normal ageing: diagnostic value and neuropsychological correlates. *J Neurol Neurosurg Psychiatric* 1992; 55: 967-72.