

DEMENCIA

*Dr. J. Américo Reyes Ticas **

INTRODUCCIÓN:

El término demencia no ha sido utilizado uniformemente en el devenir histórico de la psiquiatría y aún en nuestros tiempos su conceptualización sigue siendo controversial y en su nombre se cometen frecuentes errores clínicos.

Los autores franceses clásicos y Kraepelin hablaban respectivamente de "Demencia Vesánica" y "Demencia Precoz" indicando la existencia de un tipo de "locura" que en su proceso se acompañaba de una demencia; es decir se relacionaba el término a una enfermedad aparentemente funcional (1). En la actualidad reaparece la misma situación pero con la enfermedad depresiva (2). Por otro lado la demencia se ha relacionado a una alteración permanente de la función intelectual (3), es decir, la demencia se toma como un proceso irreversible. Lamentablemente este criterio equivocado aún persiste.

Popularmente demencia y demente (4) se ha tomado como sinónimo de locura o enajenación, concepto que también lo encontramos en los diccionarios (5).

La OMS en el Manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales en su Novena Revisión (6) la presenta dentro de las Psicosis Orgánicas, clasificación que puede llevar a frecuentes equivocaciones por cuanto se esperaría que el paciente tuviera psicosis, característica de la etapa media o final del trastorno, para ser diagnosticada, dejando por fuera los casos incipientes, y por lo tanto perdiéndose la posibilidad del diagnóstico y tratamiento precoz.

Psiquiatra. Director del Hospital de Agudos
Mario Mendoza.

2.- DEFINICIÓN-CRITERIOS:

Demencia (7) se deriva del latín dementia (de: privativo, mens: razón, inteligencia). Se conoce también como síndrome cerebral orgánico crónico e implica un deterioro global y persistente de las funciones mentales: intelectuales, conductuales y emocionales (8,9).

La característica esencial es la pérdida de las habilidades intelectuales de suficiente severidad para interferir con las funciones sociales y ocupacionales. El déficit es multifacético e involucra memoria, juicio, pensamiento abstracto y una variedad de funciones corticales superiores. Cambios en la personalidad y en la conducta también están presentes.

Los criterios diagnósticos para la demencia según el DSMIII (16) son los siguientes:

- 1.- Pérdida de las habilidades intelectuales lo suficientemente severo para interferir con su funcionamiento social y ocupacional.
- 2.- Amnesia.
- 3.- Al menos una de las siguientes:
 - a.) Alteración del pensamiento abstracto que se manifiesta por interpretaciones concretas de proverbios, inhabilidades para encontrar semejanzas y diferencias entre palabras; dificultad en definir palabras y conceptos u otras pruebas similares.
 - b.) Juicio comprometido.
 - c.) Otras alteraciones de las funciones corticales superiores, tales como afasia, apraxia, agnosia, "dificultad construccional" (ej.

inhabilidad para copiar figuras tridimensionales, ensamblar bloques u ordenar objetos en modelos específicos).

- d.) Cambios de personalidad, ejemplo, alteración o acentuación de rasgos premórbidos.
4. Estado de conciencia normal (por ejemplo, no presenta el criterio para Delirio o Intoxicación, aunque estos pueden superponerse).
- 5.- El (a) o el (b):
- a.) Evidencia de historia, examen físico o exámenes de laboratorio, de un factor orgánico específico que esté etiológicamente relacionado con el trastorno.
 - b.) En ausencia de dicha evidencia, un factor orgánico es necesario para el desarrollo del síndrome puede presumirse si otras condiciones de los desórdenes mentales orgánicos han sido razonablemente descartadas y si los cambios de conducta representan alteraciones cognitivas en una variedad de áreas.

3.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

La oligofrenia o retardo mental, presenta un déficit intelectual congénito o adquirido antes de la pubertad, y se habla entonces de una "detención del desarrollo intelectual" (10). La demencia en cambio presenta el déficit intelectual adquirido tardíamente.

En el Delirio la pérdida de la habilidad intelectual es secundario a las alteraciones de la conciencia, además de que los síntomas son fluctuantes y se desarrolla en forma aguda (11,16).

El Síndrome Amnésico como en la Demencia hay amnesia, sin embargo, en el primero se conservan las otras habilidades intelectuales y su personalidad.

4. ERRORES DIAGNÓSTICOS: (12,13,14,15)

El médico falla en reconocerla, usualmente al inicio del cuadro, y equivocadamente diagnostica un desorden funcional, este error ha sido bien documentado por Listón quien reportó que la cuarta parte de pacientes con demencia presenil habían

sido diagnosticados inicialmente como desórdenes depresivos.

Un segundo error es, el diagnóstico de demencia cuando el desorden es primariamente funcional. Nott y Fleminger y Ron y Colaboradores estudiaron por varios años pacientes que habían sido diagnosticados como demencia presenil y encontraron que el diagnóstico original era incorrecto en un gran porcentaje de casos.

Esto en gran parte es debido a que la alteración cognitiva es considerada exclusivamente como manifestación de enfermedad orgánica cuando lo es también de muchas enfermedades funcionales (Folstein, Weingertner, Wells),

Errores de ambos tipos pueden darse frecuentemente cuando coexiste en el paciente depresión y demencia.

En la actualidad se acepta a la demencia como un síndrome bien definido secundaria a causas orgánicas reconocibles (16) adquiridas en la vida adulta y de las cuales del 10 al 15o/o pueden ser recuperables. (Cuadro No. 2) (17).

5.- CLASIFICACIÓN:

1.- Por la edad de presentación:

A. Demencia Presenil: Antes de los 65 años
B. Demencia Senil: Después de los 65 años (17)

2.- Por su Etiología:

A. Primarias: Enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Pick y la Demencia Senil pura (1,18).
b. Secundarias: Traumáticas, infecciosas, carenciales, neoplásicas, intoxicaciones, metabólicas, epilépticas, vasculares, dinámicas y quirúrgicas (17,18,19,20).

3.- Por su Topografía (Cuadro No. 1):

a. Demencia Cortical: Enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Pick, enfermedad de Jakob Creutzfeldt (2).

b. Demencia Subcortical: Enfermedad de Parkinson, Corea de Huntington, parálisis supranuclear progresiva, enfermedad de Wilson, degeneración espino cerebelosa, calcificación ideopática de ganglios basales, esta do lacunar y depresión (?) (2).

CUADRO No. 1

DEMENCIA (2)

CARACTERISTICAS	SUBCORTICAL	CORTICAL
ESTADO MENTAL:		
Lenguaje Memoria	No Afasia Olvidos (Dificultad para recordar material aprendido)	Afasia Amnesia (Dificultad para aprender material nuevo).
Cognición	Moderadamente alterada (Incapacidad para solucionar problemas a causa de la lentitud y los olvidos, y por pobreza en la estrategia y planificación)	Severamente alterado (Agnosia, Afasia, Acalculia y Amnesia)
	Tiempo de procesamiento lento.	Tiempo de respuesta relativamente normal.
Personalidad	Apática Depresión o	Indiferencia o Eufórica
Afecto	Manía	Normal
SISTEMA MOTOR:		
Habla	Disartria	Normal (*)
Postura	Anormal	Normal (*)
Marcha	Anormal	Normal (*)
Agilidad	Lento	Normal (*)
Trastornos del Movimiento	Común; Corea, Temblor, Rigidez y Ataxia.	Ausente
ANATOMÍA:		
Corteza G. Básales, Tálamo, Mesencéfalo	Bastante conservada Involucrado	Involucrada Bastante conservado.
METABOLISMO		
Tomografía con Oxiglucosa	Hipometabolismo subcortical (Corteza bastante conservada)	Hipometabolismo cortical (subcortical menos involucrado).
NEUROTRASMISORES:		
Preferentemente involucrados	E. de Huntington (GABA) E. de Parkinson (Dopamina)	E. de Alzheimer Acetilcolina

Involucramiento del sistema motor ocurre tardíamente en las enfermedades de Alzheimer y Pick.

CUADRO No. 2

CAUSAS TRATABLES DE DEMENCIA
(17,18,20)

- 1 - TRAUMA
 - Traumatismo Craneoencefálico
- 2 - INFECCIONES
 - Neurosífilis
 - Torulosis
 - Absceso Cerebral Criptogénico
- 3 - ESTADOS CARENCIALES
 - Vitamina B 12
 - Vitamina del Complejo B (B1, B6)?
 - Acido Fólico
 - Acido Nicotínico
- 4 - NEOPLASIAS
 - Primarias o Metastásicas
 - Meningitis Carcinomatosa
- 5 - INTOXICACIONES
 - Barbitúricos, Bromuros
 - Alcohol
 - Anfetaminas y Alucinógenos?
 - Cannabis?
- 6.- METABOLICAS
 - Hipotiroidismo
 - Hipopituitarismo
 - Hipercalcemia
 - Síndrome de Cushing
 - Insuficiencia Renal Crónica
 - Encefalopatía Hepática
- 7 - DINÁMICAS
 - Hidrocefalia Normotensa
 - Embolias
- 8 - QUIRÚRGICAS
 - Psicocirugías {Lobotomía Pre-Frontal}

6. - CUADRO CLÍNICO (21).

Masculino de 48 años, sin ocupación, diestro, casado, católico, con escolaridad hasta 6o. de primaria. Tiempo de hospitalización: 16 días.

CUADRO CLÍNICO: 4 años de evolución habiéndose iniciado con pérdida de la memoria para hechos recientes y antiguos, incapacidad para sostener una conversación ya que "perdía el hilo y era necesario recordarle el tema", estos síntomas fueron progresivos. Hace 3 años equivoca medios de transporte para llegar a su casa ó trabajo y un año después tiene que abandonar su empleo (empleo federal) por incapacidad para realizarlo. Desde hace dos años muestra dificultad en la marcha dando la impresión de "tener los pies pegados al suelo", notándose además, temblor distal de extremidades superiores, rigidez generalizada más notable en el lado derecho, conversación incongruente con voz baja y monótona, presentó además incontrol de esfínter vesical. Desde un año antes de su ingreso sólo pronuncia monosílabos. Estudiado en otra Institución informándosele que presentaba un Síndrome de Parkinson, dando tratamiento sin mejoría. Controlado en la Consulta Externa de éste INN, desde cuatro meses antes, habiéndose administrado L-Dopa que mejoró algunos de los síntomas pero ocasionó "inquietud" e insomnio por lo que se substituyó por Tofranil, Artane y Bendaril con lo cual no presentó mejoría.

ANTECEDENTES: Tabaquismo: 5 cigarros diarios, desde los 18 años hasta 2 años antes de su ingreso. Alcoholismo: embriaguez 2 veces por semana desde los 18 años hasta 2 años antes de su ingreso. Trauma craneal 5 años antes de su ingreso, (golpeado por automóvil en movimiento) con pérdida de conciencia durante 20 minutos y cefalea posterior durante varios días. Hermana y madre con padecimiento "Similar".

EXPLORACIÓN: T.A. 120/80; P-80x', Temp. 36.4oC, Est. 1.57 mts. Peso 49 Kgs. Campos pulmonares bien ventidados, corazón rítmico. Conciente, con afasia motora disfasia sensitiva, seborrea facial, amimia, sialorrea, xifosis dorsal, marcha a pasos cortos, hipertonia generalizada con rueda dentada más notable en lado derecho, temblor de "cuenta monedas*" bilateral de predominio izquierdo. No se encontró signología en pares craneales, percibe dolor no pudiéndose explorar otros tipos de sensaciones.

ROT +++ en forma generalizada con respuestas plantares flexoras. No Hoffman ni palmomentoniano, signo de glabella presente.

EVOLUCIÓN:

Paciente muere al 16o día de internamiento
EXAMENES: LCR: Tensión Inicial 60 mm hg, Cel.

CUADRO No. 2

CAUSAS TRATABLES DE DEMENCIA
(17,18,20)

- 1 - TRAUMA
 - Traumatismo Craneoencefálico
- 2 - INFECCIONES
 - Neurosífilis
 - Torulosis
 - Absceso Cerebral Criptogénico
- 3 - ESTADOS CARENCIALES
 - Vitamina B 12
 - Vitamina del Complejo B (B1, B6)?
 - Acido Fólico
 - Acido Nicotínico
- 4 - NEOPLASIAS
 - Primarias o Metastásicas
 - Meningitis Carcinomatosa
- 5 - INTOXICACIONES
 - Barbitúricos, Bromuros
 - Alcohol
 - Anfetaminas y Alucinógenos?
 - Cannabis?
- 6 - METABOLICAS
 - Hipotiroidismo
 - Hipopituitarismo
 - Hipercalcemia
 - Síndrome de Cushing
 - Insuficiencia Renal Crónica
 - Encefalopatía Hepática
- 7 - DINÁMICAS
 - Hidrocefalia Normotensa
 - Embolias
- 8 - QUIRÚRGICAS
 - Psicocirugías (Lobotomía Pre-Frontal)

6. - CUADRO CLÍNICO (21).

Masculino de 48 años, sin ocupación, diestro, casado, católico, con escolaridad hasta 6o. de primaria. Tiempo de hospitalización: 16 días.

CUADRO CLÍNICO: 4 años de evolución habiéndose iniciado con pérdida de la memoria para hechos recientes y antiguos, incapacidad para sostener una conversación ya que "perdía el hilo y era necesario recordarle el tema", estos síntomas fueron progresivos. Hace 3 años equivoca medios de transporte para llegar a su casa ó trabajo y un año después tiene que abandonar su empleo (empleo federal) por incapacidad para realizarlo. Desde hace dos años muestra dificultad en la marcha dando la impresión de "tener los pies pegados al suelo", notándose además, temblor distal de extremidades superiores, rigidez generalizada más notable en el lado derecho, conversación incongruente con voz baja y monótona, presentó además incontrol de esfínter vesical. Desde un año antes de su ingreso sólo pronuncia monosílabos. Estudiado en otra Institución informándosele que presentaba un Síndrome de Parkinson, dando tratamiento sin mejoría. Controlado en la Consulta Externa de éste INN, desde cuatro meses antes, habiéndose administrado L-Dopa que mejoró algunos de los síntomas pero ocasionó "inquietud" e insomnio por lo que se substituyó por Tofranil, Artane y Bendaril con lo cual no presentó mejoría.

ANTECEDENTES: Tabaquismo: 5cigarros diarios, desde los 18 años hasta 2 años antes de su ingreso. Alcoholismo: embriaguez 2 veces por semana desde los 18 años hasta 2 años antes de su ingreso. Trauma craneal 5 años antes de su ingreso, (golpeado por automóvil en movimiento) con pérdida de conciencia durante 20 minutos y cefalea posterior durante varios días. Hermana y madre con padecimiento "Similar",

EXPLORACIÓN: T.A. 120/80; P-80x\ Temp. 36.4oC, Est. 1.57 mts. Peso 49 Kgs. Campos pulmonares bien ventidados, corazón rítmico. Conciente, con afasia motora disfasia sensitiva, seborrea facial, amimia, sialorrea, xifosis dorsal, marcha a pasos cortos, hipertonia generalizada con rueda dentada más notable en lado derecho, temblor de "cuenta monedas" bilateral de predominio izquierdo. No se encontró signología en pares craneales, percibe dolor no pudiéndose explorar otros tipos de sensaciones.

ROT +++ en forma generalizada con respuestas plantares flexoras. No Hoffman ni palmomentoniano, signo de glabella presente.

EVOLUCIÓN:

Paciente muere al 16o día de internamiento

EXAMENES: LCR: Tensión Inicial 60 mm hg, Cel.

1, Cisti y Wassermann negativas BH: Hb. 17.4 Ht. 53 Leucocitos 5,500; Urea 32, Creat, 0.9 Gluc. 105, VDRL: Negativo. Orina: Densidad 1012, aspecto turbio, Ph 6, bacterias +, Leucos: 4-6 por campo.

DIAGNOSTICO ANATOMO-PATOLOGICO:
Enfermedad de Alzheimer.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Barcia D : Psicosis de Fundamento Corporal. Psiquiatría, II Tomo, Primera Edición, Ediciones Toray, 1982.
- 2.- Cummings, J Benson, F.: Subcortical Dementia. Aren Neurol, Vol. 4 }Aug 1984.
- 3.- Noyes, A. Kolb, L. Psiquiatría Clínica Moderna. Segunda Edición La Prensa Médica Mexicana. 1961.
- 4.- Reyes, A.: La Locura. Revista X Aniversario Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza". 1983.
- 5.- De Toro y Gisbert, M. Pequeño Larouse Ilustrado. Quinta Edición, Editorial Larouse, 1969.
- 6.- OMS. Manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales. Novena Revisión. 1979-1988.
- 7.- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Tomo I., Vigésima Edición. 1984.
- 8.- Leigh, D. Pare, C, Marks, J. A Concise Encyclopaedia of Psychiatry. 1977.
- 9.- Hughes, C , Berg, L., Danziger L., Coben L. Martin, R.: A New Clinical Scale for the Staging of Dementia. Brit J. Psychiat (1982). 140, 566.
- 10.- Vallejo - Nájera, J. Introducción a la Psiquiatría. Séptima Edición. 1974.
- 11.- AmJ. Psychiatry 135:1, Jan 1978.
- 12.- Wells, C: Refinements in the Diagnosis of Dementia. Editorial Am J Psychiatry 139:5, May 1982.
- 13.- Reding, M., Haycox J.: Depression in Patients Referred to a Dementia Clinic. Aren Neurol ■ Vol. 42, Sep. 1985.
- 14.- Mcallister, T., Price, T.: Severe Depressive Pseudodementia with and without Dementia. Am J. Psychiatry 139:5 May. 1982.
- 15.- Mcallister, T., Ferrell, R., Price, T.: The Dexamethasone Suppression Test in two Patients with Severe Depressive Pseudodementia. Am J. Psychiatry 139:4, Aprí, 1982.
- 16.— APA. Diagnostic Statical Manual of Mental Disorders, Third Edition, DSM-III 1980.
- 17.- Pearce, J.: Dementia. Medicine (Disorders of the nervous sistem) 1980.
- 18 - Espínoza, D. Reyes, A., Padilla, A., Herrera, D. y de García, M.: Introducción a la Psicopatología. UNAH 1984.
- 19.- Haase, G : Diseases Presenting as Dementia. Neurology Contemporary.
- 20.- Reyes, A : Psicocirugía. Diez años de experiencia en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), México. 1977.
- 21.- Caso Clínico Patológico. INNN.