

Demencias: mitos y realidades para el internista

Dementia: Myths and realities for the internist

La enfermedad de Alzheimer es uno de los principales problemas de la salud pública porque tiene repercusiones enormes sobre los individuos, las familias, el sistema de atención de salud y la sociedad. En el 2009 se estimaron en 35,6 millones las personas con demencia en el mundo, con una proyección de incremento a 65 millones en el 2030 y 113 millones en el 2050, dos tercios de los cuales vivirán en los países en desarrollo. La demencia es la primera causa de discapacidad en adultos mayores y la que genera mayor dependencia, necesidad de cuidado, sobrecarga económica y estrés psicológico en el cuidador.

Las últimas 2 décadas han marcado un impresionante avance en la investigación de las demencias y la enfermedad de Alzheimer con una aplicación práctica. Por citar solo algunos ejemplos: el diagnóstico definitivo en vivo de la enfermedad de Alzheimer (EA), con 90 % de certeza, en centros especializados, utilizando pruebas neuropsicológicas con alta especificidad y biomarcadores es ya una realidad y un campo en constante investigación. La disminución de los niveles del beta amiloide e incremento de la proteína tau y la tau fosforilada en líquido cefalorraquídeo, la atrofia hipocampal en los estudios de resonancia magnética nuclear y los estudios mediante la tomografía de emisión de positrones (PET), utilizando el compuesto B de Pittsburgh B (PiB) para cuantificar la carga de amiloide, incrementan la exactitud en el diagnóstico de EA y permiten identificar mejor las personas con deterioro cognitivo leve (MCI) que evolucionarán a EA, identificando individuos en estadios presintomáticos, incluso 15 años antes de que los síntomas de la enfermedad se manifiesten.

La investigación epidemiológica identifica cada vez más factores de riesgo vasculares potencialmente modificables y relacionados con los estilos de vida, que incluyen hipertensión, diabetes, ictus, obesidad, bajo nivel de educación y bajo nivel socioeconómico en los primeros años de vida y factores protectores como la actividad física e intelectual y las redes e incorporación social a lo largo de la vida.

Sin embargo, paralelo a estos resultados alentadores, es necesario desmitificar algunas falsas concepciones, que hacen que los internistas consideren, en general, que las demencias no son tema central de su dominio. Algunas de estas falsas concepciones se enumeran a continuación:

1. El diagnóstico de las demencias y la enfermedad de Alzheimer es complejo. Ello es cierto, particularmente en los estadios iniciales, pero también lo son otros síndromes y enfermedades, por ejemplo, el síndrome icterico, la insuficiencia cardíaca, los síndromes hemipléjico y comatoso, la fiebre de origen desconocido,

por solo citar ejemplos aislados. Se han establecido criterios sólidos que permiten el diagnóstico con elevada sensibilidad y especificidad de las causas más frecuentes del síndrome demencial: enfermedad de Alzheimer, demencias vasculares, demencias por enfermedad de cuerpos de Lewy y las demencias frontotemporales.

2. La exploración del estado mental es difícil, particularmente en los ancianos. Parte de esta creencia se relaciona con el enfoque biologista y dualista de la medicina, que deja un erróneo mensaje no escrito, pero conservado en las cabezas de muchos médicos: la psiquis, la mente, es un problema aparte de los problemas biológicos del resto del cuerpo y un asunto de psicólogos, psiquiatras y sociólogos. Ello hace que los médicos, en muchos casos, no se apropien de herramientas y pruebas sencillas, fáciles de aplicar, que permiten realizar un diagnóstico en la mayoría de los casos, y continuar con una evaluación neuropsicológica más exhaustiva realizada por personal más especializado, en los casos que lo requieran. Lo cierto es que en la práctica médica diaria casi nunca se explora el estado mental de los pacientes con cierto detenimiento ni aun en aquellos que refieren quejas subjetivas de memoria.

3. Las demencias competen a los geriatras, neurólogos y psiquiatras; lo cual no es concebible en la época actual de envejecimiento demográfico y transición epidemiológica, con un aumento creciente en el número de personas con demencias, por lo que clínicos, internistas y médicos de familia, no podrán dejar de enfrentarse con frecuencia a personas afectadas en mayor o menor medida por el síndrome; y existe la tendencia a rechazar lo que no se conoce bien.

El internista es el especialista en mejores condiciones para enfrentar las demencias denominadas rápidamente progresivas, aquellas que evolucionan en periodos de semanas a meses, las cuales requieren una evaluación diferente que aquellos casos de evolución lenta y progresiva (enfermedad de Alzheimer, enfermedad de cuerpos de Lewy, demencias vasculares, entre otras). En estos pacientes, la rapidez del declinar cognitivo, requiere una evaluación más urgente y extensa, con vistas a establecer un diagnóstico etiológico. Muchas de estas demencias rápidamente progresivas son potencialmente curables, e incluyen cáncer primario, metastásico o manifestación paraneoplásica (encefalitis límbica), hematoma subdural, infecciones (encefalopatía por HIV, leucoencefalopatía multifocal progresiva, enfermedad de Whipple, meningitis por criptococos, neurosífilis), deficiencia nutricional (vitamina B12, folato, tiamina), toxinas (alcohol, medicamentos, drogas), complicaciones de enfermedades sistémicas como neurosarcoïdosis, enfermedad celíaca, lupus del sistema nervioso central, enfermedad de Sjögren, enfermedad de Behçet, púrpura trombocitopénica trombótica, síndrome de Sneddon, otras enfermedades inflamatorias que involucran al sistema nervioso central y causas misceláneas como hipotiroidismo, hidrocefalia a presión normal, síndrome hepatocerebral adquirido y encefalopatía portal sistémica.

4. Los síntomas conductuales y psicológicos en los pacientes con demencia son de difícil manejo, ello es cierto, 40-64 % de los pacientes con enfermedad de Alzheimer tienen uno o más síntomas no cognitivos o conductuales en su evaluación inicial y su incidencia aumenta con la progresión de la enfermedad, pero la inmensa mayoría son controlables con terapéuticas no farmacológicas y farmacológicas, y en los casos más complejos con asistencia más especializada.

5. Las demencias son incurables. Es cierto, que los tratamientos actuales para EA, como los inhibidores de la colinesterasa (donepezil, rivastigmina y galantamina), y los antagonistas de los receptores N-Metil-D-Aspartato (NMDA), como memantine, aún no son suficientes, por las siguientes razones: los efectos del tratamiento son modestos y limitados a largo plazo, no incide en la progresión subyacente del proceso ni evita los efectos indeseables frecuentes. Existe, por tanto, una necesidad, aún no resuelta, de terapéuticas más específicas para la EA, mejor toleradas, que proporcionen un amplio y ostensible beneficio clínico a través de los múltiples dominios: cognición, funcionamiento global y conducta. Algunos

ejemplos son los fármacos en ensayos dirigidos a la vía amiloidea, a la proteína tau y la inmunoterapia, los cuales tendrían un efecto modificador de la enfermedad de Alzheimer.

Las demencias en su conjunto presentan 2 características del quehacer cotidiano del internista: 1. su diagnóstico descansa sobre bases esencialmente clínicas y 2. requieren un enfoque multidisciplinario para su definición causal y su terapéutica.

Recibido: 8 de febrero de 2013.

Aprobado: 25 de febrero de 2013.

DR. C. JUAN DE JESÚS LLIBRE RODRÍGUEZ

Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras"