

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DEMENCIAS Y PSEUDODEMENCIAS O DETERIORO NEUROCOGNOSCITIVO LEVE Y RELACIONADO CON LA EDAD

Dra. D^a. Purificación Beltrán Aleu

Médico Forense.

Jefe de Sección de Psiquiatría del Instituto de Medicina Legal de Valencia

Resumen

En la presente ponencia, se detalla pormenorizadamente las características diferenciales de una serie de enfermedades, que generan una alteración en las funciones cognitivas del sujeto. Se subraya la necesidad, desde el punto de vista médico forense, de establecer un diagnóstico diferencial de las patologías que pueden cursar con defectos de tipo cognoscitivo para evitar confundirlas como un tipo de demencia o estados de demencia en fase precoz. Se finalizan con una serie de conclusiones: a) no todo deterioro cognitivo implica estadios iniciales de demencia; b) existen enfermedades psiquiátricas que cursan con deterioro cognitivo; c) la forma de aparición, la evolución y las características de la afectación cognitiva, se constituyen, como pilares fundamentales para el diagnóstico diferencial y, d) el diagnóstico diferencial con entidades sistémicas, neurológicas y psiquiátricas.

PALABRAS CLAVE: *Demencias, diagnóstico diferencial.*

Abstract

In this paper, a detailed presentation is provided of the differential characteristics of a series of illnesses that cause an alteration of the subject's cognitive functions. From a the viewpoint of a forensic doctor, the need is stressed to establish differential diagnosis of pathologies that may evolve with cognitive defects in order to avoid confusing them with some kind of dementia or with states of dementia in an early stage. A series of conclusions are reached: a) not all cognitive deterioration implies initial states of dementia; b) there are psychiatric illnesses that evolve with cognitive deterioration; c) the emergence, course, and characteristics of the cognitive limitation are the fundamental pillars for differential diagnosis; and d) differential diagnosis with systemic, neurological, and psychiatric entities.

KEY WORDS: *dementias, differential diagnosis.*

Ante la valoración de un deterioro cognitivo, nos encontramos ante un grupo de enfermedades, cuya principal característica es que generan una alteración en las funciones cognoscitivas del sujeto, que en mayor o menor grado suponen una merma de la actividad general previa de tipo laboral, social y familiar que tenía el sujeto y que, obviamente, van a repercutir, desde el punto de vista civil, sobre su capacidad de obrar. Esto supone, ante todo, un descenso del nivel de actividad previo que el sujeto tenía.

Desde el punto de vista médico forense, podemos caer en el error de considerarlo como un tipo de demencia o estados de demencia en fase precoz, por lo cual vamos a establecer un diagnóstico diferencial de las patologías que pueden cursar con defectos de tipo cognoscitivo.

Concepto de deterioro mental

Se define cuando una persona no es capaz de proseguir sus trabajos o sus actuaciones de tipo intelectual con la misma rapidez, precisión o eficacia, que anteriormente caracterizaban su nivel de funcionamiento intelectual. Este deterioro mental puede ser:

- patológico: cuando existe alguna noxa cerebral específica.
- fisiológico: como consecuencia de un progresivo debilitamiento de las funciones mentales por la edad.

La medida del deterioro mental es un concepto psicométrico, que nunca debe ser entendido como medida exacta de un posible cuadro demencial, pues el deterioro puede ser debido a otros trastornos psiquiátricos como neurosis de angustia y graves cuadros de melancolía. Esta medida del deterioro mental sirve para el diagnóstico, pero nunca tendrá un valor etiológico o de pronóstico. El deterioro mental patológico progresa con más rapidez que el deterioro mental fisiológico.

Diagnóstico diferencial entre entidades psiquiátricas que cursan con deterioro intelectual

Las entidades médicas que integran los llamados deterioros cognitivos son:

- Demencias: en la enfermedad de Alzheimer existe una demencia.
- Pseudodemencias: donde nunca integraríamos una enfermedad de Alzheimer.
- Deterioro cognoscitivo leve: donde la pérdida de capacidad intelectual es discreta con afectación de la memoria y se mantiene la capacidad de juicio.
- Deterioro cognoscitivo por la edad: es un envejecimiento normal en los sujetos, igual que envejece la piel, disminuye la agudeza visual, la potencia muscular, se tiene más defectos mnésicos de los normales, una disminución de la velocidad del proceso mental, pero se mantiene el nivel de actividad ya que el sujeto se va adaptando a través de la riqueza de experiencias acumuladas durante los años.

Previamente, conviene valorar cómo son considerados los estados demenciales dentro de las clasificaciones estandarizadas de las enfermedades mentales, el DSM-IV-TR y la CIE-10. La CIE-10 se muestra más restrictiva a la hora de valorar los estados demenciales estableciéndose la no afectación de la conciencia o del estado de alerta, lo cual hace necesario el diagnóstico diferencial con los síndromes confusionales.

Ambas clasificaciones, hablan del deterioro intelectual, estableciendo el DSM-IV-R, sintomatologías clínicas específicas y la CIE-10 áreas cognitivas que se afectan y esta clasificación establece la necesidad de progresión o cronificación de la enfermedad “enfermedad cerebral generalmente progresiva”. Ambas clasificaciones, establecen la valoración sobre cómo el deterioro cognitivo, repercute sobre el nivel de actividad previo del sujeto, de acuerdo al entorno socio cultural del mismo.

CRITERIOS DE DEMENCIA EN EL DSM-IV	CRITERIOS DE DEMENCIA EN LA CIE-10
Déficit cognitivo múltiple que afecta a la memoria y al menos uno de los siguientes: afasia, apraxia, agnosia o deterioro de las funciones ejecutivas (planificación y secuenciación)	Enfermedad cerebral generalmente progresiva, que cursa con afectación de la memoria y una o más funciones intelectivas superiores incluyendo: pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio.
	No hay alteración del nivel de conciencia o alerta
Causa un deterioro significativo en el funcionamiento social y ocupacional respecto al nivel previo	Interferencias con las actividades de la vida diaria, lo que depende del ambiente social y cultural del paciente
No se presentan en el curso de un delirium y no son causados por una depresión	Se acompaña del deterioro en el control emocional, comportamiento social o motivación

El DSM-IV-TR, habla en uno de sus criterios del diagnóstico diferencial con los cuadros delirantes y con las depresiones, y la CIE-10 nos indica que no siempre el proceso demencial se inicia con alteración cognitiva, sino que, a veces, los primeros síntomas en acontecer son los de tipo emocional o del comportamiento, lo cual nos puede hacer pensar en otras entidades psiquiátricas.

El síndrome demencial

Se desarrollan múltiples déficits cognoscitivos, que incluyen un deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones: afasia, apraxia, agnosia o alteración de la capacidad de ejecución. Son sujetos que presentan, ante todo, una incapacidad para aprender información nueva y olvidan el material aprendido previamente.

La demencia, propiamente dicha, debe distinguirse del deterioro fisiológico de las funciones cognoscitivas que se producen por el propio envejecimiento (o déficit cognoscitivo generado por la edad). El diagnóstico de demencia, sólo se podrá hacer, si se puede demostrar que el deterioro cognoscitivo y de la memoria es mayor que el que cabe esperar, debido al proceso normal de envejecimiento, y si los síntomas provocan un deterioro de la actividad laboral, social y familiar.

Concepto de pseudodemencia

Son cuadros de alteración cognitiva que van asociados a alteraciones psiquiátricas. Las principales enfermedades mentales que pueden generar cuadros de pseudodemencia son, los cuadros depresivos, los estados confusionales agudos delirium y las psicosis esquizofrénicas.

Diagnóstico diferencial entre depresión y demencia

Demencia con una depresión. Cuando el sujeto tiene una demencia incipiente y es consciente de lo que le está ocurriendo, se puede generar en el mismo un cuadro afectivo de tipo depresivo. Se requiere, para ello, una indemnidad neuronal.

Depresión como síntoma inicial de la demencia. Es una forma especial de desarrollo de la demencia, donde acontecen antes los síntomas afectivos que los síntomas cognitivos o comportamentales. Es una alteración de la afectividad dentro del cuadro demencial, y nunca deberá ser considerada como entidad específica. Frente a una depresión en un sujeto de edad avanzada, sin otros antecedentes depresivos previos, y con antecedentes familiares de demencia, habrá que hacer valoraciones cognitivas de forma regular.

Depresión primaria o pseudodemencia depresiva. Es una depresión de forma primaria en pacientes de edad avanzada. En este caso, el deterioro cognitivo viene dado por el déficit de atención con fuerte repercusión sobre la memoria. La forma de aparición del cuadro clínico, duración del mismo, valoración de antecedentes del sujeto, teniendo en cuenta cuál ha sido el primer síntoma manifestado por el mismo, unido a una valoración específica de la alteración de la memoria, junto a cómo vive el sujeto dicho proceso, se constituyen en los parámetros para hacer el diagnóstico diferencial de ambas entidades psiquiátricas.

DEPRESION	DEMENCIA
Inicio abrupto	Inicio lento e insidioso
Breve duración	Larga duración
Historia psiquiátrica previa	No historia psiquiátrica
Destaca la discapacidad (quejas de pérdida de memoria)	Oculto o niega la discapacidad (no es consciente)
Pérdidas cognitivas fluctuantes	Pérdidas cognitivas estables
Primer síntoma: humor depresivo	Primer síntoma: trast. de memoria
Afecta tanto la memoria de fijación como la de evocación	Afecta de forma principal a la memoria de fijación
Se genera situación de angustia	Muestra indiferencia

Diagnóstico diferencial entre el síndrome confusional agudo o delirium y la demencia

El término preferido al de delirium, designa un cuadro de naturaleza orgánica, que cursa con alteraciones de las funciones cognitivas y de forma característica y diferencial con respecto a la demencia con alteración de la conciencia. Es una entidad de gran trascendencia, por su frecuencia y por sus connotaciones epidemiológicas, pronósticas, sociales y económicas. La característica esencial del síndrome confusional agudo es la alteración de la conciencia que se manifiesta por una disminución para centrar, mantener o dirigir la atención, que puede llegar a ser muy severa en forma de estupor. Este cuadro siempre obedece a causa orgánica o causa tóxica y, en algunos casos, pueden coexistir dichos procesos de forma conjunta, lo cual dificulta el diagnóstico.

Las claves del diagnóstico diferencial residen en el curso agudo/subagudo, el curso fluctuante y el predominio de las alteraciones atencionales, sensorceptivas (alteración del ciclo vigilia-sueño) y neuroconductuales (agitación). Es de trascendental importancia el diagnóstico correcto de esta entidad y su diagnóstico por su carácter en general tratable y reversible.

SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (DELIRIUM)	DEMENCIA
Inicio con fecha determinada	Inicio lento, insidioso y gradual
Enfermedad aguda (días, semanas)	Enfermedad crónica
Variación a lo largo del día	Estable a lo largo del día
Generalmente, tratable y reversible	Generalmente, irreversible
Desorientación temprana	Desorientación tardía
Atención muy alterada	Atención poco alterada
Alteraciones de la percepción en forma de alucinaciones de forma frecuente	Son raras las alteraciones de la percepción
Afectividad con ansiedad e irritabilidad	Afectividad normal o lábil
Cambios psicomotores importantes (hipo o hiperactividad)	Cambios psicomotores tardíos
Pobre adaptación al déficit	Relativa buena adaptación
Grave alteración de la conciencia fluctuante	Conciencia no alterada

Diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y demencia

La esquizofrenia ha sido definida como la demencia precoz. Es una enfermedad psiquiátrica en la que no se suelen dar francas alteraciones intelectivas, aunque se puede dar una merma cognoscitiva relacionada con el lóbulo frontal y, más raramente, con el lóbulo temporal.

Dado que existe una mayor expectativa de vida para los sujetos afectados de esquizofrenia, existen autores que hablan de las psicosis esquizofrénicas de aparición tardía, si aparecen entre los 45 a 60 años, y las psicosis esquizofrénicas de aparición muy tardía si acontecen a partir de los 60 años.

El criterio de ausencia de trastorno cognitivo generalizado y progresivo, las diferencia conceptualmente de la demencia. Técnicas complementarias como el Spect señalan zonas de hipoperfusión del flujo cerebral a nivel frontal y temporal.

El Consenso Español sobre Demencias de la Sociedad Española de Psiquiatría, celebrado en el año 2000, establece dos grupos de trastornos:

1. Trastornos selectivos de memoria relacionados con el envejecimiento, entendidos con un carácter fisiológico. Sin embargo, el rendimiento de la memoria del anciano puede alterarse por diferentes causas y no todas ellas conllevan el diagnóstico de demencia. Los factores de riesgo para un menor rendimiento de la memoria en los ancianos son muy variados e incluyen la propia edad, un nivel educativo bajo,

enfermedades sistémicas como la diabetes o la hipertensión y otras enfermedades psiquiátricas como los trastornos afectivos o los trastornos de conversión.

2. Trastornos cognitivos menores, entendidos como un envejecimiento patológico, consisten en cuadros de deterioro cognitivo que afectan a la memoria y a alguna otra área del funcionamiento intelectual, pero que no alcanzan la intensidad suficiente como para merecer el diagnóstico de demencia.

ESQUIZOFRENIA	DEMENCIA
Edad juvenil	Edad avanzada
Sutil. Funciones frontales	Muy aparente y generalizado
Historia psiquiátrica previa	No historia psiquiátrica
Complejos y extravagantes	Simples. Poco elaborados
Alucinaciones auditivas	Alucinaciones visuales
Apatía, desconexión social, falta de iniciativa	Incapacidad funcional en las actividades de la vida diaria
Curso inestable	Curso estable
Dificultad de nueva información	Grave déficit de recuerdo

Dentro de cada uno de estos trastornos, se establecen una serie de entidades psiquiátricas, pero cuando las mismas son definidas, los límites no están claros, se solapan y se superponen entre ellos y no hay consenso entre todos los autores. Por otro lado, no se conoce su significación como paso previo hacia estados demenciales.

Dentro de los Trastornos selectivos de memoria relacionados con el envejecimiento se nos habla de:

1. Olvido benigno de la vejez. Existen personas cuyo funcionamiento de la memoria es menor a medida que avanza la edad, pero que no tienen otras dificultades. Se trataría de una disminución funcional benigna de la memoria que no se agrava y que no progresa hacia otros cuadros clínicos (es la persona que con la edad le cuesta más memorizar).

2. Trastorno de la memoria asociado al envejecimiento. Consiste en una alteración de la memoria, más severa que el trastorno anterior, que supone una pérdida de esta capacidad que, media mediante test psicométricos se aparta de la desviación típica esperable para un adulto de su misma edad. El trastorno aparecería en personas de más de 50 años con alteraciones preferentemente de la memoria a corto plazo y ausencia de otro tipo de deterioro cognitivo y de enfermedades neurológicas, psiquiátricas o sistémicas, que lo produzcan. Este trastorno no se acepta por todos los autores y no está clara su significación como paso previo al desarrollo de una demencia.

3. Deterioro cognitivo leve. Los pacientes que se incluyen en este apartado presentan las siguientes características: a) queja de pérdida de memoria; b) actividades de la vida diaria normales; c) función cognitiva general normal; d) trastorno de memoria superior al normal para su edad y, e) no otros síntomas de demencia. Este grupo de pacientes puede diferenciarse, tanto de la población normal, como de la demencia incipiente, ya que, aunque su tasa de evolución hacia demencia es superior a la de la población normal, existen sujetos que no desarrollan un síndrome demencial. Presenta, como vemos, grandes similitudes con la entidad anterior y, también, está sujeta a cuestionamiento.

En el apartado de los deterioros cognitivos menores encontramos:

1. Trastorno cognitivo asociado a la edad. La Asociación Internacional de Psicogeriatría realizó una reelaboración de los criterios empleados en los trastornos selectivos de memoria del anciano, con el fin de mejorar su aplicabilidad. Se elimina, en primer lugar, el criterio de la edad límite a partir de la cual puede realizarse el diagnóstico. El inicio del declinar cognitivo ha de ser gradual y estar presente durante al menos seis meses. Se puede afectar cualquiera de las siguientes funciones: memoria y aprendizaje, atención y concentración, pensamiento, lenguaje y funciones visoespaciales, con un déficit de rendimiento superior a una desviación típica al de los controles pareados en edad, sexo, raza y nivel educativo. Estos déficits no deben ser lo bastante intensos como para que se cumplan los criterios de demencia.

2. Trastorno cognoscitivo leve. Es una categoría diagnóstica caracterizada por la presencia de una disminución del rendimiento cognitivo, que puede incluir deterioro de la memoria y dificultades de aprendizaje o de concentración. Estas anomalías suelen detectarse en las pruebas objetivas, y su evolución depende de la enfermedad casual. Tanto en el caso de los déficits selectivos de memoria, como de los trastornos cognitivos globales, pero que no sobrepasan el dintel para una demencia, la diferenciación es difícil, tanto entre sí, como con la demencia incipiente. La propia existencia de estos cuadros está en discusión.

En definitiva, es el criterio evolutivo el que va a tener mayor peso, por lo que, en cualquier caso, es obligado el seguimiento regular de las capacidades cognitivas del paciente.

Las evaluaciones cognitivas hechas dentro de estudios epidemiológicos permiten separar a las personas de edad avanzada en tres grupos: portadores de demencia (es decir, con un deterioro de distintas áreas cognitivas que altera el funcionalismo diario), sin demencia y los no clasificables. Este último grupo, incluye pacientes que bien tienen alteraciones en un área específica como puede ser la memoria, pero mantienen un buen nivel de actividad y se mantienen el resto de funciones cognitivas, o, en otros casos, se alteran varias, pero con una profundidad que no alcanza a definir un estado demencial.

Hablaríamos, entonces, de dos entidades, el deterioro cognitivo relacionado con la edad y el deterioro cognitivo leve. Estas entidades son recogidas en las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales como:

- El DSM-IV nos habla de trastorno cognoscitivo no especificado, reservándose esta categoría para los trastornos caracterizados por disfunciones cognoscitivas,

probablemente debidas a un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, pero que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos específicos recogidos en la clasificación.

- El DSM-IV-TR en el apartado de problemas que pueden ser objeto de atención médica nos habla del deterioro cognoscitivo relacionado con la edad y del trastorno neurocognoscitivo leve.

- La CIE-10 recoge el apartado de trastorno cognoscitivo leve.

Diagnóstico diferencial entre el deterioro cognitivo relacionado con la edad y el deterioro cognitivo leve

El deterioro cognitivo relacionado con la edad, es una categoría diagnóstica que puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un deterioro de la actividad cognoscitiva, demostrado objetivamente, a consecuencia de la edad y que está dentro de los límites normales de esa edad. Los individuos con este déficit pueden tener problemas para recordar nombres, fechas o citas y experimentar dificultades para solucionar problemas complejos.

D. C. RELACIÓN EDAD	DETERIORO COGNITIVO LEVE
Alteración cognitiva	Deterioro cognitivo
Agravamiento por la edad	Agravamiento superior al normal
Carácter fisiológico-adaptación	Carácter patológico-esfuerzo adicional
Desviación estándar	Fuera de la desviación típica
No hay criterio de afectación	Afectación de dos áreas-2 semanas
Valoración del entorno sociocultural	Diga. dic. tóxicos, síndrome postconmocional y postencefálico.
Buena adaptación	Dificultad de adaptación.
No hay malestar	Malestar clínicamente significativo

El deterioro cognitivo relacionado con la edad, tendría un carácter fisiológico, sufriendo un agravamiento conforme a la edad del sujeto y no tendría carácter patológico, dada la adaptación del sujeto a esta circunstancia.

En el deterioro cognitivo leve, hablaríamos de deterioro y no de alteración, sería un envejecimiento patológico, que se agrava a mayor intensidad que el envejecimiento del sujeto, según el paso de los años, encontrándose los estudios psicométricos realizados fuera de las desviaciones estándar. Esta circunstancia dificultaría la capacidad de adaptación del sujeto y generaría un malestar clínicamente significativo.

Diagnóstico diferencial entre deterioro cognitivo leve y demencia

Aunque no existe una frontera clara que diferencie, perfectamente, la demencia del trastorno neurocognoscitivo leve, este último da lugar a un menor deterioro y un menor impacto en el quehacer diario y el individuo es capaz de compensar, parcialmente, este deterioro cognoscitivo mediante un esfuerzo adicional. Se produce afectación de al menos dos áreas cognoscitivas, déficit que debe ser corroborado mediante test neurosicológicos o técnicas estandarizadas de evaluación. Las alteraciones únicamente de la memoria no constituyen un requisito imprescindible para efectuar el diagnóstico. El deterioro cognoscitivo leve, no necesariamente debe agravarse o ser progresivo. En las demencias, se establecen subtipos en forma de presencia o no de alteraciones del comportamiento y, según su aparición, sea de inicio temprano o tardío. Dado que el deterioro cognoscitivo insidioso se suele asociar a enfermedades mentales, este trastorno sólo debe establecerse cuando la afectación cognoscitiva se explique mejor por los efectos directos de una enfermedad médica que por los de un trastorno mental.

DETERIORO COGNITIVO LEVE	DEMENCIA
Puede no progresar	Crónico y progresivo
Deterioro de la actividad cognitiva	Múltiples déficits cognitivos
No subtipos	Subtipos: inicio temprano y tardío
No alteración del comportamiento	Con o sin alteración del comportamiento
No factores predisponentes	Antecedentes familiares
Diag. dic. tóxicos, síndrome postconmocional y postencefálico	Diag. dif. Delirium y depresión
Malestar significativo	Incapacidad para actividades de la vida diaria
Dificultad de adaptación	Indiferencia

La repercusión sobre el nivel de actividad previo del sujeto y la vivencia de enfermedad del mismo, es diferente en ambos trastornos dada la existencia de indemnidad neuronal en el primero de ellos.

Conclusiones

No todo deterioro cognitivo implica estadios iniciales de demencia. Con la edad, existe una menor funcionalidad de los diferentes órganos y sistemas, con sus correspondientes repercusiones tanto físicas como psíquicas.

Entidad propia o síntoma de otra enfermedad. Existen enfermedades psiquiátricas que cursan con deterioro cognitivo.

Forma de aparición, evolución y características de la afectación cognitiva, se constituyen, como pilares fundamentales para el diagnóstico diferencial.

Diagnóstico diferencial con entidades sistémicas, neurológicas y psiquiátricas.