

Enfermedad de Alzheimer

DANIEL VASCONCELOS*

La demencia degenerativa primaria tipo Alzheimer, denominación actual, representa un problema progresivo, tanto médica como social y económicamente. Su diagnóstico temprano, basado en criterios médicos, puede mejorar algunos aspectos de la evolución previsible de estos enfermos, hoy por hoy, desahuciados.

CLAVES: Alzheimer, demencia, frecuencia, diagnóstico.

SUMMARY

The primary degenerative demency of Alzheimer type, present denomination, represents a medical, social and economical problem. The early diagnosis, based on medical criteria, might improve some aspects of the expected evolution of these, up to date, hopeless patients.

KEY WORDS: Alzheimer, demency, frequency, diagnostics.

... se olvida prestar atención a lo que está ocurriendo. Y eso es tanto como no estar aquí ni ahora.

Aldous Huxley. The Island.

La historia natural de este trastorno cerebral corre prácticamente al parejo con el siglo desde que Alois Alzheimer lo describiera íntegro en 1906.¹ Esto ocupa hoy, con carácter preferencial, la atención de diversos especialistas en ciencias médicas y sociales, y repercute así mismo sobre la sociedad en general con efectos quizás apenas vislumbrados.

Haciendo gala de meticulosidd clínica, Alzheimer documentó la sintomatología y la evolución de una mujer que a partir de los 51 años de edad empezó con los síntomas cognitivos propios de la enfermedad, tales como desorientación, afasia, amnesia y apraxia, y que evolucionó con trastornos conductuales y síntomas no cognitivos, como delusiones y agitación, hasta su muer-

te en estado demencial cuatro años después. Pero además, Alzheimer también apuntó las características atomo-patológicas de la atrofia cerebral difusa y la morfología microscópica de la degeneración neuronal, peculiaridades que permiten tipificar al trastorno estructural y apoyar el diagnóstico clínico. Sus observaciones, confirmadas por multiplicidad de investigadores, son razón suficiente para que Kraepelin² propusiera en 1910 el eponímico de enfermedad de Alzheimer para designar lo que por mucho tiempo después se ubicara como demencia presenil progresiva. Sin embargo, en los últimos años se ha puesto de manifiesto que no es tanto la edad a la que comienza el padecimiento lo que puede ayudar a diferenciar ésta de las otras demencias seniles, sino que son ahora -ya más de ochenta años después- las aún

* Académico numerario.

aún hipotéticas condiciones fisiopatológicas, las que permitirán entender el porqué de esta degeneración neuronal, así como concretar los factores determinantes de su verdadero incremento entre la población. De aquí se derivan consideraciones técnicas, altamente especializadas, orientadas a buscar la etiología, pero que también le dan sentido a la nomenclatura y colocan al Alzheimer como la forma más significativa de la demencia degenerativa primaria. Pero además los problemas sucesivos estimulan intereses prácticos crecientes en los diversos sectores ocupados con lo relativo a la salud mental en el mundo. Esto se explica porque de haber sido una entidad más bien rara hasta frisar los años sesenta, el número de casos de Alzheimer crece con un promedio de cincuenta mil más por año, que llevan, de acuerdo a estadísticas, a duplicar para el año 2 000 los seiscientos mil calculados para la República Federal Alemana, o los dos a cuatro millones en los Estados Unidos.³⁴ Así, el Alzheimer remonta cual cuarto jinete apocalíptico y amenaza rebasar a sus tres compañeros, el cáncer, el infarto miocárdico y la arterioesclerosis. Un índice sensible de esta situación se obtiene al revisar el número de artículos aparecidos en revistas psiquiátricas y neurológicas que alcanzan a cuatro entre todas la registradas internacionalmente durante 1968, en tanto que importan ochenta para el mismo lapso en 1988.⁵

Estos datos resultan alarmantes entre otras cosas en función de costos, permiten prever que las necesidades de una población que aumenta sin control, sin conocimiento de causa, que, por definición, resulta imposterizable y progresivamente improductiva, dependiente total y a la fecha incurable, se habrán de contabilizar en miles de millones de pesos. De otra parte obligan a considerar como imperativo clínico el reconocer de manera confiable el padecimiento en sus fases tempranas pues si bien, desde un punto de vista formal, el diagnóstico se funda en el estudio anatómo-patológico, esto resulta práctica, social y familiarmente inútil ya que para entonces el nuevo verdugo habrá destruido los más caros anhelos por un ocaso apacible y digno. En este punto es necesario tomar en cuenta que no sólo y, quizás a modo de sátira sangrienta, los aspectos estrictamente económicos se elevan desmesurados como el mal, demandando recursos materiales y humanos sin que, reduciendo propositivamente el panorama, se valoren los efectos que puedan tener la presencia de un sólo enfermo sobre el núcleo familiar y cómo, adoptando una conducta acorde con la realidad médica, social y económica, se pueda atenuar, con sentido ético, el sufrimiento de todos los involucrados, incluido el paciente, haciendo conciencia de padecimiento crónico,

devastador e incurable a tiempo para aprovisionar la mente y los recursos ante lo ineludible de la situación.

Por estas razones a continuación se establecen los elementos de juicio para ubicar el término demencia degenerativa primaria tipo Alzheimer merced a tres estadios del proceso, condiciones susceptibles de ser identificadas mediante la práctica médica adecuada.^{6,7}

Fase I, *olvidadizo*: pérdida gradual de palabras con empobrecimiento de lenguaje, faltas inexplicables a citas y compromisos, errores itinerarios, apatía progresiva, mutismo, aislamiento;

Fase II, *deterioro mental*: dicción y contenido inadecuados aún en discursos simples, trastornos mnésticos anterógrados y retrógrados, desorientación en lugar y persona, síntomas psicóticos, especialmente depresión,⁸ aunque también pánico y alucinaciones;

Fase III, *desconocimiento total*: lenguaje fragmentario, incoherente, inapropiado, memoria borrada, detrimento motor hasta la inmovilidad e incapacidad absoluta para atenderse en lo elemental.

Resulta conveniente acentuar estos datos con los criterios que puntualizan el carácter demencial, de inicio insidioso y curso deteriorante progresivo del padecimiento a través de la historia clínica, el examen físico y las pruebas de laboratorio que excluyan todas las demás causas de demencia.⁹ Entre éstas cabe mencionar alcoholismo, secuelas de traumatismos craneo-encefálicos, intoxicaciones, parasitosis y neoplasias cerebrales como las más frecuentes. Los estudios de gabinete neurológico más útiles son el electroencefalograma con sus limitaciones,¹⁰ la tomografía craneal computarizada y, sobre todo, la resonancia magnética cerebral¹¹ que logra imágenes promisorias para la correlación entre disfunciones estructurales y metabólicas.

Desde el punto de vista práctico y de aplicación aparentemente menos complicada, es posible utilizar las pruebas de percepción visual y de funciones cognitivas, así como la identificación de colores o las pruebas olfatorias que, al parecer, se afectan desde las etapas iniciales. Mas, a últimas fechas se comunica de una prueba sumamente sencilla, aplicable casi en cualquier circunstancia, y que puede resultar de gran utilidad. Consiste en hacer dibujar una carátula de reloj marcando cierta hora.¹² Su validez permite adjudicarle, en asociación libre, un significado plástico a las palabras de Huxley y, como expresión pictórica del cierre brutal del ciclo de la vida que implica la total pérdida de esperanza para el enfermo de Alzheimer, la pintura surrealista de Salvador Dalí "La Persistencia de la Memoria".

Referencias

1. Alzheimer A. Ueber eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. *Cbl f Nervenhlk u Psych* 1907; 26: 177-179.
2. Hoff P, Hippus H. Alois Alzheimer 1864-1915. *Nervenarzt* 1989; 60: 332-337.
3. Franke K. Alzheimer, das unaufhaltsame Leiden. *Der Spiegel* 1989; 25: 156-170.
4. Chenet J. The Brain Killer. *Newsweek* 1989; Dec 18: 54-56.
5. Pardo M. The Alzheimers Disease Research Imperative (letter). *Am J Psychiatry* 1989; 146: 12.
6. Teri L, Borson S, Kiyak HA, Yamagishi M. Behavioral disturbance, cognitive dysfunction and functional skill. Prevalence and relationship in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37 (2); 109-116.
7. Katzman R. Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 1989; 314: 964-973.
8. Rovner BW, Broadhead J, Spencer M, Carson K and Folstein MF. Depression and Alzheimer Disease. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 350-353.
9. Demencias de inicio senil y presenil. En: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III-R*. Barcelona, Masson S.A., 1988.
10. Soininen H, Partanen JU, Laulumaa V, Helkala EL, Laakson M, Riekkinen PJ. Longitudinal EEG spectral analysis in early stage of Alzheimers disease. *Electronecephalogr Clin Neurophysiol* 1989; 72 (4): 290-297.
11. Bondareff W, Raval J, Colletti PM and Hauser DL. Quantitative Magnetic Resonance Imaging and the Severity of Dementia in Alzheimer's Disease. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 853-856.
12. Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, Lawlor BA, Gundersheimer J, Newhouse PA and Grafman JH. Clock Drawing in Alzheimer's Disease. A Novel Measure of Dementia Severity. *Am J Geriatr Soc* 1989; 37: 725-729.

