



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

**Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental**

**INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y
NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ**

**FRECUENCIA DE LA DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY EN PACIENTES
DE LA CONSULTA EXTERNA DEL INN EN EL PERIODO DEL 2005 AL 2007.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:**

DR. FABIÁN DOLORES VELASCO

Asesores:

Dra. Ana Luisa Sosa Ortiz

Dr. Jesús Ramírez Bermúdez



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	III
ABREVIATURAS	IV
RESUMEN.....	V
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>1</u>
MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	1
JUSTIFICACIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	6
OBJETIVO GENERAL.....	6
<u>MATERIAL Y MÉTODOS.....</u>	<u>7</u>
TIPO DE ESTUDIO	7
POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	7
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	7
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.....	8
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	9
IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO.....	10
<u>RESULTADOS</u>	<u>11</u>
<u>DISCUSIÓN.....</u>	<u>18</u>
<u>CONCLUSIONES</u>	<u>21</u>
<u>AL SER EL INSTITUTO DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA UN CENTRO DE REFERENCIA DE PACIENTES, LA POBLACIÓN ESTUDIADA TIENE CARACTERÍSTICAS ESPECIALES QUE DIFICULTAN LA GENERALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS, POR LO QUE SERÁ NECESARIA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS A NIVEL COMUNITARIO PARA CONOCER LA PREVALENCIA DE LA DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY, ASÍ COMO DE OTROS SUBTIPOS DE DEMENCIA.</u>	<u>21</u>
<u>REFERENCIAS.....</u>	<u>22</u>

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Dra. Ana Luisa Sosa y al Dr. Jesús Ramírez y a la Dra. Catherine Boll por el apoyo en la realización de esta tesis. Agradezco también al personal de archivo clínico por su ayuda en la obtención de los datos obtenidos de las hojas diarias y los expedientes clínicos. Así mismo, quiero agradecer a mi novia, la Dra. Aurora Mercado por su gran ayuda y tolerancia durante la realización de mi trabajo de tesis.

ABREVIATURAS

CL: Cuerpos de Lewy.

DCLW: Demencia por cuerpos de Lewy.

DFT: Demencia Frontotemporal.

DX: Diagnóstico.

EA: Enfermedad de Alzheimer.

INNN: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

PA: Padecimiento Actual

SD: Desviación Estándar

RESUMEN

La demencia relacionada con la presencia de cuerpos de Lewy (CL) es considerada internacionalmente como la segunda causa de demencia degenerativa, después de la enfermedad de Alzheimer (EA)¹. Dicha relación no se ha observado en la población de la consulta del INNN y tampoco se ha encontrado información confiable en la población mexicana. **OBJETIVO:** Conocer la prevalencia de la demencia por cuerpos de Lewy en los pacientes de las clínicas de cognición y conducta, neurología y movimientos anormales del INNN en el periodo de enero del 2005 a diciembre del 2007, así como recabar los datos de los expedientes de los casos con demencia con cuerpo de Lewy para elaborar una base de datos y conocer sus características generales. **METODOLOGÍA:** Se revisaron las hojas diarias de la consulta externa de los servicios de Neurología General, las clínicas de Cognición y Conducta, y la de Discinesia y Movimientos Anormales de del INNN del periodo del 2005 al 2007 para detectar los casos con el diagnóstico clínico de demencia por cuerpos de Lewy. Posteriormente se revisaron los expedientes de los casos identificados para extraer las variables de estudio. **RESULTADOS:** Se encontraron 13 casos de demencia por Cuerpos de Lewy en las clínicas de Cognición y Conducta, el servicio de Neurología y Movimientos anormales de la Consulta Externa del INNN. **CONCLUSIÓN:** La demencia por cuerpos de Lewy ocupa una frecuencia menor al 5% entre los casos de demencia de la consulta externa del INNN. Es un padecimiento, al parecer, menos frecuente en comparación a lo reportado por algunas series internacionales.

INTRODUCCIÓN

Marco de referencia y antecedentes

La demencia relacionada con la presencia de cuerpos de Lewy (CL) es considerada internacionalmente como la segunda causa de demencia degenerativa, después de la enfermedad de Alzheimer (EA)¹. Sin embargo, existe una amplia variabilidad en la frecuencia reportada de esta enfermedad de acuerdo al escenario de estudio, poblacional o clínico y, a los criterios diagnósticos, histopatológicos o clínicos utilizados.

La demencia por cuerpos de Lewy (DCLW) se describió en 1913. Se demostró que existían las inclusiones eosinofílicas características en los núcleos troncoencefálicos de pacientes con enfermedad de Parkinson², los que posteriormente se acuñaron como Cuerpos de Lewy. Medio siglo después, se encontraron cuerpos de Lewy (CL) diseminados extensamente en la corteza cerebral de dos pacientes que en vida presentaron demencia progresiva y síntomas psiquiátricos. Ambos desarrollaron rigidez sin parkinsonismo franco, y en uno de los casos se describieron alucinaciones y desorientación en todas las esferas. En 1980, Kosaka planteó a la «Enfermedad por Cuerpos de Lewy» como una entidad clínica y patológica^{3,4}. En 1989, en el Reino Unido se publicaron 12 casos de pacientes con DCLW, que cumplían los criterios clínicos de Nottingham, la primera categoría operacional propuesta para el diagnóstico de esta enfermedad⁵. Un año después McKeith y Perry desarrollaron un segundo grupo de criterios clínicos en Newcastle.

Los criterios clínicos de Newcastle describían como características clínicas principales: la alteración cognitiva con fluctuaciones en el tiempo, síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones), signos

extrapiramidales, sensibilidad a neurolépticos, caídas frecuentes y síncope⁶. De forma simultánea con el desarrollo de los criterios clínicos, se comenzaron a describir lesiones propias de la EA como placas seniles (PS) y lesiones neurofibrilares (LN)⁷. La mayoría de los casos de DCLW tienen este último tipo de hallazgos patológicos con lo que se acuñó el término enfermedad de Alzheimer variante cuerpos de Lewy. Por otro lado, comenzó a definirse la «forma común» referida a la combinación de ambos tipos de hallazgos patológicos, en contraste con la «forma pura», cuando no se encontraban los correlatos patológicos de la EA.

Por otra parte, en octubre de 1995, se llevó a cabo el primer taller internacional del Consorcio de DCLW⁸ en Newcastle para revisar los criterios clínicos, patológicos y la nomenclatura. Desde entonces se ha utilizado el término genérico «demencia por cuerpos de Lewy» para referirse a esta entidad clinicopatológica. En 1999, se publicaron las conclusiones del segundo taller internacional del consorcio donde se revisaron los criterios clínicos, así como las técnicas histopatológicas oficiales para el estudio de la DCLW⁹. En el tercer taller se revisan nuevamente los criterios clínicos principales y se incorpora información acerca de las principales características clínicas y de los últimos métodos histopatológicos recomendados para evaluar esta entidad¹⁰.

El reconocimiento de la DCLW como una entidad neurodegenerativa independiente, con un fenotipo clínico y patológico correspondiente ha quedado establecido desde los primeros casos estudiados hace más de 50 años, alcanzando cifras de un 15-20% en series de autopsias hospitalarias. Sin embargo, existe una gran variabilidad en los diferentes estudios epidemiológicos de acuerdo al origen de los pacientes (clínico o poblacional) y al método de diagnóstico (clínico o patológico)¹¹.

En cuanto a la prevalencia de DCLW, existen varios estudios basados en series de autopsias en pacientes institucionalizados que reportan entre un 10.8 y un 26%^{12-15,19}. En investigaciones

realizadas en población general, es del 0% hasta el 30.5%^{22-26,31,32}. Las bajas frecuencias provienen de publicaciones que utilizaron los CL como único hallazgo patológico, mientras que en aquellas en las que se incluyeron tanto los CL como otros hallazgos patológicos relacionados con otras demencias (p. ej., placas seniles y ovillos neurofibrilares), presentaron frecuencias más elevadas. La frecuencia en centros psicogerítricos con poblaciones similares en edad, sexo y raza fue del 10 al 25% del total de casos de demencia^{20,21}. En un estudio realizado en una clínica psicogerítrica en Hong Kong, la frecuencia fue sólo del 2,9%²². Shergill y cols. señalaron una frecuencia de hasta 26% en una población geriátrica clínica cuando se aplicaron los criterios diagnósticos de Newcastle modificando el diagnóstico de más de un tercio de los pacientes que en un principio estaban diagnosticadas de EA²³. En una comunidad japonesa se diagnosticó al 3,8% de la población general con demencia. De estos, la frecuencia de DCLW fue solo 0,1%, lo que equivale al 2,6% del porcentaje de personas diagnosticadas con demencia²⁴. En otros estudios similares el rango fue del 3,5 hasta un 22%²⁵⁻²⁷ (ver tabla 1).

Autor	Población.	Tamaño de la población.	Criterios diagnósticos.	Prevalencia
Perry RH. 1990. ¹²	Reino Unido.	37 casos de autopsia.	Anatomo-patológico	13%
Drachl L. 1997. ¹⁴	Alemania.	59 casos, Postmortem con	Anatomo-patológico	13,6%

		demencia.		
Barker WW. 2002. ¹⁵	Estados Unidos.	382 casos de autopsia.	Anatomo-patológico	26%
Wakisaka. 2003. ¹⁹	Japón.	102 casos de autopsia.	Anatomo-patológico	22.5%
Jellinger KA. 2006. ¹³	Austria.	1050 casos de autopsia.	Anatomo-patológico	10.8%
Shergill. 1994. ²³	Reino Unido. Pacientes de la CE	114 Pacientes, con dx demencia durante un año.	Newcastle y Byrne	26,3% McKeith, 7% Byrne probable 16,6% posible.
Yamada. 2001. ²⁴	Japón. Población rural.	142 casos de demencia, diseño puerta a puerta.	McKeith	2.8%
Chan. 2002. ²²	Hong Kong. Población Clínica	102 pacientes hospitalizados en dos años.	McKeith	2.9%
Herrera. 2002. ³²	Brasil. Población gral.	1656 Mayores de 65 años	McKeith	1.7%
Stevens. 2002. ²⁶	Reino Unido Población gral.	1085 ancianos entrevistados, mayores de 65 años, 107 con demencia.	McKeith	30.5%
Yamada. 2002. ³³	Japón. Pob. Gral. Japonés-brasileña	157 Mayores de 65 años.	McKeith	0%
De Silva. 2003. ³¹	Sri Lanca. Población gral.	703 Mayores de 65 años	McKeith	3.6%
Rahkonen. 2003. ²⁵	Finlandia. Población gral.	601 sujetos, 137 con diagnóstico de demencia.	McKeith	5% en la población general y 22% de pacientes demenciados.

TABLA 1. ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY

En el 2005 fue publicada la prevalencia e incidencia de demencia por cuerpos de Lewy en una revisión sistemática multirracial. En el cual hubo variaciones en las prevalencias del 0 al 30.5% de los casos de demencia. La prevalencia más baja fue registrada en el estudio de Herrera del 2002, en población brasileña, con dos casos entre 118 pacientes con diagnóstico de demencia. En segundo lugar, el de Yamada del 2001, en una población japonesa rural, encontrando una prevalencia de

2.8%, con cuatro casos entre 142 pacientes con diagnóstico de demencia. La más alta fue la de Stevens del 2002, con un total de 22 casos de demencia por cuerpos de Lewy entre 72 pacientes con demencia³⁰.

En México, en el año 2003 se realizó en la consulta externa del INNN un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo cuyo objetivo fue determinar la frecuencia clínica de los diferentes subtipos de demencia (entre ellos la DCLW), encontrándose la siguiente prevalencia: 1. Demencia mixta (Alzheimer/vascular) 189 casos (35%), 2. Demencia vascular 109 (20%), 3. Demencia asociada a enfermedades degenerativas principalmente Parkinson y Huntington 81 (15%), 4. Infecciosas por VIH, priones u otros virus 43 (8%), 5. Metabólicas; principalmente hipotiroidismo 32 (5.9%), 6. Alzheimer 23 (4.2%), 7. Cuerpos de Lewy 17 (3.1%) y 8. Demencias no diagnosticadas 45 (8.34%).

En la misma sede, en el año 2007 se realizó un reporte acerca de la frecuencia de las demencias en la consulta de dicha institución durante el año 2004. Se revisaron las 237 historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta externa por la consulta de Cognición y Conducta (n=163) y neurología de los movimientos anormales (n=74). El diagnóstico más frecuente fue enfermedad de Alzheimer (26,6%) seguido de demencia vascular (21,1%) y demencia mixta (17,7%). La demencia frontotemporal fue la segunda causa de demencia degenerativa observándose en un 10,5%. Solamente se encontró un caso de DCLW difusos (0,4% de la muestra)²⁹.

Planteamiento del problema

¿Será menor la frecuencia de la DCLW en la consulta externa del INNN que la reportada en los estudios internacionales?

Objetivos

Objetivo General

Conocer la frecuencia de los casos diagnosticados como “Demencia por Cuerpos de Lewy” en el periodo comprendido entre el año 2005 y el 2007 en la Consulta Externa del INNN.

Objetivos Específicos

1. Conocer las características sociodemográficas y la frecuencia de aparición de las manifestaciones clínicas descritas de acuerdo a los criterios de Consenso de los pacientes con diagnóstico de demencia por cuerpos de Lewy en las clínicas de Cognición y Conducta, Neurología General y Parkinson y Discinesias en la consulta externa del INNN del 2005 al 2007.

Justificación

Aunque hay estudios que hablan sobre la frecuencia de la demencia por cuerpos de Lewy a nivel mundial, y hacen notar que hay diferencias en las mismas dependiendo de la población estudiada, en México, los pocos estudios que existen indican una menor frecuencia que la reportada en las series a nivel mundial, aunque en uno de ellos no se exploran las características sociodemográficas ni clínicas de los pacientes con DCLW específicamente, y en el otro solo se revisa un año. Por lo que en esta investigación se aumentó el número de años de revisión y por lo tanto la muestra, para conocer las principales características clínicas de los pacientes con DCLW, de acuerdo a los criterios de Consenso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio observacional, retrospectivo, de serie de casos.

Población en estudio

Se revisaron las hojas diarias de la consulta externa de los servicios de Neurología general, las clínicas de Cognición y Conducta, y la de Discinecias y Movimientos Anormales de del INNN del periodo del 2005 al 2007, encontrando 866 casos con diagnóstico de deterioro cognitivo o demencia. El diagnóstico clínico de demencia de Cuerpos de Lewy se encontró en 13 pacientes. Al revisar por año se tuvieron que descartar las consultas subsecuentes para cada paciente, teniendo que escoger el último diagnóstico emitido en el año.

Criterios de inclusión, exclusión.

INCLUSION :

- Mayores de 18 años.
- Diagnóstico clínico de demencia por cuerpos de Lewy.
- Seguimiento por el médico tratante y padecimiento de al menos 6 meses de duración.

EXCLUSION :

Que se hubieran diagnosticado posteriormente como otro subtipo de demencia o como un estado de delirium.

Variables y escalas de medición

Se buscaron variables demográficas tales como el género, el lugar de origen, edad, escolaridad, duración del padecimiento actual, tiempo de seguimiento desde el ingreso a la institución, antecedentes familiares y personales de importancia.

Variable Nominal : La Demencia con Cuerpos de Lewy es una condición degenerativa y progresiva con características clínicas y patológicas que se traslapan con la enfermedad de Alzheimer y la Enfermedad de Parkinson⁸.

Variable Operacional de la Demencia por Cuerpos de Lewy : Se utilizaron los criterios de Consenso de McKeith, que requieren que esté presente deterioro cognitivo que interfiere con la función social y ocupacional, además de dos de las siguientes para DCLW probable y una para posible DCLW: Fluctuaciones cognitivas con variaciones en la atención y en el estado de alerta, alucinaciones visuales recurrentes bien estructuradas y datos espontáneos de parkinsonismo. Las características que apoyan el diagnóstico (No indispensables) son las siguientes: Caídas frecuentes, síncope, pérdida transitoria de la conciencia, sensibilidad a neurolépticos, delirios sistematizados, alucinaciones en otras modalidades.

El deterioro cognitivo fue valorado por medio del test breve de Folstein, que es una prueba de tamizaje que se aplica en 5 a 10 minutos, dependiendo del entrenamiento del entrevistador. Dentro de las escalas cognitivas-conductuales para confirmar y cuantificar el estado mental de una persona es una de las más utilizadas. Evalúa la orientación, el registro de información, la atención y el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la construcción. Cada ítem tiene una puntuación, llegando a un total de 30 puntos. Un resultado menor de 24 sugiere deterioro cognitivo, entre 23-21 deterioro leve, entre 20-11 moderado y menor de 10, deterioro severo³⁴.

En México se realizó la traducción, adaptación y validación para la población de adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en individuos de la consulta externa de psiquiatría, en un hospital de 2º nivel de psiquiatría y en individuos institucionalizados del Distrito Federal. Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.89, Kappa de 0.90, En la Curva Roc el punto de corte fue de 23-24, por lo que los que tienen 23 o menos tienen algún daño cognitivo y los que tienen 24 o más no lo tienen. La sensibilidad fue de 0.98, la especificidad de 0.70 y la tasa de falsos positivos 0.29³⁵.

Se recabaron algunos signos neurológicos de parkinsonismo y de alteración frontal. Así mismo se revisaron los resultados de los estudios de Resonancia magnética y tomografía, electroencefalograma.

Recolección de datos y análisis de los resultados

Se realizó una revisión exhaustiva de los casos de demencia en las hojas diarias de las clínicas de Cognición y Conducta, Neurología General y la de Parkinson y Discinecias para conocer el número total de las mismas durante el periodo del 2005 al 2007 y el número de casos en cada grupo. Posteriormente se localizaron los expedientes de los pacientes con el diagnóstico clínico de demencia por cuerpos de Lewy para posteriormente hacer una base de datos con las características clínicas más sobresalientes, buscando propositivamente si cumplían o no con los criterios diagnósticos. Cabe señalar que también se revisaron los diagnósticos de egresos hospitalarios en el mismo periodo y en las mismas clínicas, no encontrándose nuevos casos de DCLW. Se realizó un análisis estadístico de frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar utilizando el programa SPSS versión 10.

Implicaciones Éticas del Estudio

El estudio se considera sin riesgo de acuerdo a la Declaración de Helsinki.

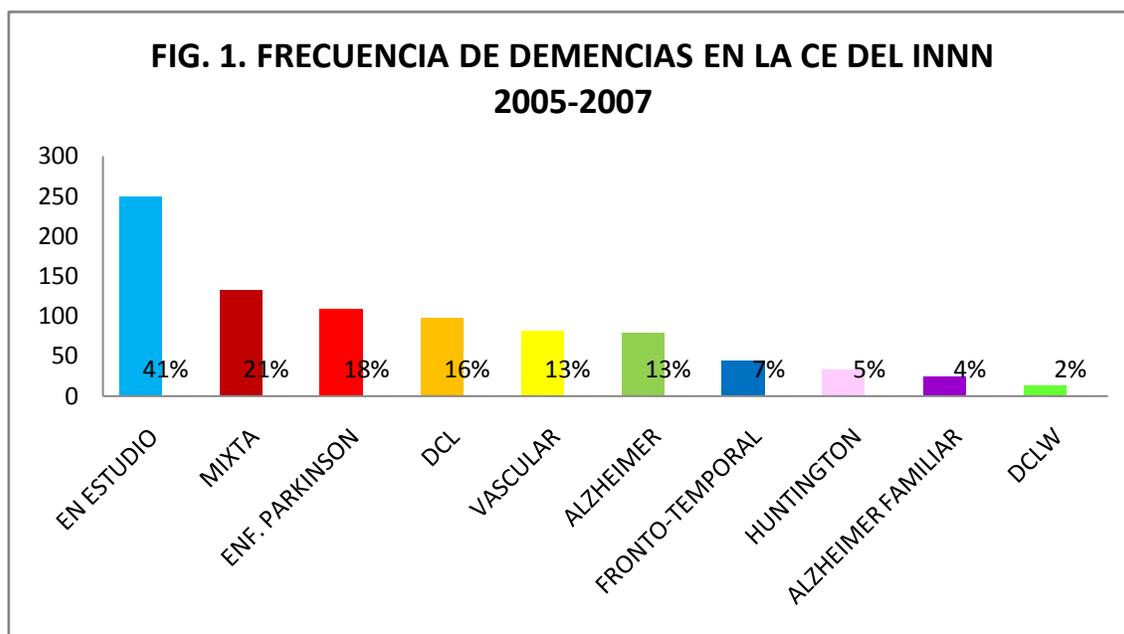
Sólo se utilizaron técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se identificó al paciente ni se trataron aspectos sensibles de su conducta.

Consideraciones financieras.

Los gastos relacionados con la investigación corrieron a cargo del investigador principal.

RESULTADOS

Al hacer la revisión de las hojas diarias de la Consulta Externa de los servicios de Cognición y Conducta, Neurología y Parkinson y Discinecias se encontró un total de 866 casos de demencia, de los cuales 14 (2%) fueron diagnosticados clínicamente con demencia por Cuerpos de Lewy. Se ofrece el detalle de la frecuencia de los subtipos de demencia (ver FIG.1).



En cuanto a los subtipos de demencia, 132 (15%) tenían diagnóstico de Demencia Mixta, 108 (12%) casos de Enfermedad de Parkinson, Deterioro Cognitivo 98 (11%) casos, Demencia Vascular 82 (9%) casos, Enfermedad de Alzheimer 80 (9%) casos, Demencia Frontotemporal 44 (5%), Síndrome demencial en estudio 250 (29%) casos, Enfermedad de Huntington 33 (4%) casos, Enfermedad de Alzheimer Familiar 25 (3%) casos y Demencia por Cuerpos de Lewy 14 (2%) casos.

Finalmente, con los 14 casos restantes, con diagnóstico de demencia por cuerpos de Lewy, se hizo una revisión exhaustiva de los expedientes para conocer sus características demográficas, clínicas y de imagen de resonancia magnética.

Uno de los casos fue excluido por falta de revisión por médico adscrito y falta total de estudios de laboratorio y gabinete, así como de pruebas neuropsicológicas, debido a que se encuentra en la fase de espera para las citas de dichas valoraciones.

Del análisis de los datos anteriores se obtuvieron los siguientes resultados: 7 (53.8%) pacientes son femeninos y 6 (46.2%) masculinos, en edades que van de 50 a 82 años, con una media de 72. La escolaridad es de 4.23 años en promedio, con un rango de 0 a 12 años. En cuanto a la duración de su padecimiento actual, la media es de 6 años, con un rango de 2 a 12 años (DS 3.42) y se les ha dado seguimiento por un mínimo de 3 meses y un máximo de 84 meses, con una media de 32.6 (TABLA 2.).

TABLA 2. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES CON DX. CLÍNICO DE DCLW EN EL INNN.

	MEDIA	MEDIANA	DS	RANGO
EDAD	71	72	8.89	50-82
ESCOLARIDAD	4.23	6	4.28	0-12
DURACIÓN PA (AÑOS)	6	5	3.4	2-12
SEGUIMIENTO (MESES)	32.6	19	28	3-84

PA : Padecimiento actual, DS : Desviación estandar.

Se describen los antecedentes heredofamiliares y personales patológicos de los casos, encontrando que en 4 (30.8%) de los pacientes había antecedente familiar de diabetes mellitus.

En cuanto a comorbilidad con algún otro padecimiento, se encontró que la hipertensión arterial sistémica estuvo presente en 4 (30.8%) de los pacientes (TABLA 3).

TABLA 3. ANTECEDENTES MEDICOS PACIENTES CON DCLW.

AHF	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DM	4	44%
HAS	2	22%
EVC	1	11%
DEMENCIA	1	11%
PAKINSON	1	11%
APP		
HAS	4	80%
DM	1	20%

AHF, APP, HAS, DM, EVC:
 Antecedentes heredo-familiares, antecedentes
 personales patológicos, hipertensión arterial
 sistémica, diabétes mellitus, evento vascular cerebral.

A continuación se describen las variables clínicas encontradas: 11 (84.6%) tenían temblor, bradicinesia 7 (53.8%) y rigidez 6 (46.2%), la frecuencia de signos atáxicos fue: palmomentoniano en 7 (53.8%) de los casos y glabellar y chupeteo en 4 (30.8%) (TABLA 4).

TABLA 4. SIGNOS NEUROLÓGICOS ENCONTRADOS EN PACIENTES CON DCLW.

SIGNOS	FREC.	%
TEMBLOR	11	84.6
RIGIDÉZ	6	46.2
BRADICINESIA	7	53.8
GLABELAR	4	30.8
PALMOMENTONIANO	7	53.8
CHUPETEO	4	30.8

En cuanto al funcionamiento cognoscitivo, este fue evaluado mediante el Test de Folstein, en esta muestra, 10 tuvieron deterioro cognitivo, de los cuales 5 (38.5%) presentaron una puntuación de deterioro severo y 5 (38.5%) con deterioro leve (TABLA 5).

TABLA 5. CLASIFICACIÓN DE DESEMPEÑO EN EL MINIMENTAL DE FOLSTEIN .

	FREC.	%
NORMAL	0	0
DETERIORO		
Leve	5	38.5
Moderado	0	0
Severo	5	38.5
NV	3	23
Total	13	100

NV : No valorable.

En cuanto a las variables obtenidas de los criterios diagnósticos de consenso para demencia por cuerpos de Lewy, todos los pacientes presentaron deterioro cognitivo, definido por una puntuación en el desempeño en el minimal de Folstein menor o igual a 25, y algún signo de parkinsonismo, 10 (76.9%) presentaron fluctuaciones cognitivas o en el estado de alerta, 10 (76.9%) reportaron alucinaciones visuales y 9 (69.2%) mayor sensibilidad a los antipsicóticos, no encontrándose ningún caso con alucinaciones diferentes a las visuales (TABLA 6).

TABLA 6. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LEWY

	FREC.	%
DET COG	13	100
PARKINSONISMO	13	100
FLUCTUACIONES	10	77
AL. VISUALES	8	61.5
SENSIBILIDAD A NL	4	30.7
CAÍDAS	5	38.4
DELIRIOS	5	38.4
PEA	1	7.7
SÍNCOPE	1	7.7
OTRAS ALUCINACIONES	1	7.7

DET COG: Deterioro cognitivo, PEA: Pérdida del estado de alerta, NL: Neuroléptico.

Se realizó un análisis de las características clínicas de los pacientes diagnosticados con DCL, tomando en cuenta la información documentada en las notas del expediente de los mismos y su relación con los criterios de Consenso. Lo anterior con el objetivo de conocer las características principales que utilizaron los clínicos para apoyar su impresión diagnóstica. De lo anterior, se desprende que de los 13 pacientes seleccionados, 11 de ellos cumplen con criterios para un

diagnóstico probable de DCL, ya que cuentan con deterioro cognitivo y al menos uno de los criterios del apartado B. Dos de ellos cumplen criterios para posible DCL. Por otro lado, 7 de ellos cuentan con todos los criterios diagnósticos principales. Solo uno de ellos contó con 4 criterios de apoyo y otro con 3 de los mismos. Los criterios principales más frecuentes fueron el deterioro cognitivo (100%), el parkinsonismo (100%), definido por la presencia de temblor, rigidez o bradicinecia y las fluctuaciones cognitivas (76.9%) reportadas. Entre los criterios de apoyo, se encontraron con mayor frecuencia: Caídas frecuentes (38.5%) y los delirios sistematizados (38.5%). El dato de sensibilidad a neurolépticos no se encontró reportado en el expediente en 5 de los pacientes, aparentemente por falta de exposición a los mismos (TABLA 7).

TABLA 7. RESUMEN DE SINTOMAS DE LOS CRITERIOS DE CONSENSO EN LOS 13 PACIENTES.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	%
Det. Cognitivo	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	100
Fluctuaciones cognitivas	-	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	77
Alucinaciones visuales recurrentes	-	-	+	-	+	+	+	+	+	+	-	-	+	61.5
Parkinsonismo	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	100
Caídas frecuentes	-	-	-	+	-	+	+	-	-	+	-	-	+	38.4
Síncope	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	7.7
Pérdida transitoria de conciencia	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7.7
Sensibilidad a neurolépticos	?	?	+	-	-	-	+	-	+	+	?	?	?	30.7
Delirios sistematizados	-	-	+	-	+	-	+	-	+	+	-	-	-	38.4
Alucinaciones, otras modalidades	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	7.7

Los datos obtenidos de los reportes de estudios de neuroimagen por tomografía y resonancia magnética nos muestran que el hallazgo más frecuentemente encontrado fue la atrofia, la cual estuvo presente en todos los pacientes a los que se les realizó el estudio (no se encontró estudio de

neuroimagen en uno de los casos). La mayoría (84.6%) presentó también leucoaraiosis y la mitad de ellos presentó enfermedad de pequeño vaso (TABLA 8).

TABLA 8. HALLAZGOS EN EL ESTUDIO DE NEUROIMÁGEN.

	FREC.	%
ATROFIA	12	92.3
LEUCOARAIOSIS	11	84.6
ENF. PEQUEÑO VASO	6	46.2
INFARTO ANTIGUO	2	15.4

DISCUSIÓN

En la primer parte del estudio, que tiene que ver con la frecuencia de los diferentes padecimientos que producen deterioro cognitivo en el adulto mayor, es notorio que durante los 3 años, el diagnóstico de demencia mixta fue el que se emitió en un mayor número de pacientes, y con una tendencia al aumento del 2005 al 2007.

En este estudio, de igual forma que en el realizado en el 2003 por Flores²⁸, se encontró que la demencia por cuerpos de Lewy ocupa un porcentaje menor al 5% del total de casos de demencia vistos en la consulta externa, con resultados entre 0.5% y 2%, semejantes a los hallados en poblaciones: china, japonesa, brasileña y brasileño-japonesa (Yamada 2001, 2002, Herrera 2002). Aunque hay variaciones importantes por año en las frecuencias de los distintos tipos, de deterioro cognitivo y demencias, se nota que la demencia por enfermedad de Alzheimer no representó la forma predominante, aún entre las demencias degenerativas.

Al revisar los casos de los 13 pacientes con diagnóstico clínico de demencia por cuerpos de Lewy, los antecedentes familiares de demencia y de parkinsonismo se presentaron en un caso cada uno de ellos. En su cuadro clínico, todos presentaron deterioro cognitivo y al menos un signo de parkinsonismo, lo que da lugar a que sean vistos por el servicio de Neurología y/o por los clínicos más experimentados en Movimientos Anormales, o en la clínica de Cognición y Conducta.

y la diabetes mellitus en uno de los casos, siendo las dos factores de riesgo para desarrollar patología vascular. Además en la mayoría de los casos en el estudio de imagen se encontró alguna alteración debida a

Cabe señalar que la HAS (80%), la DM (20%) y los hallazgos de imagen (leucoaraiosis 84.6%, enfermedad de pequeño vaso 46.2% e infarto antiguo 15.4%) que se encontraron implican afectación vascular. Probablemente, debido a lo anterior, la demencia mixta (degenerativa y vascular) resultó ser el diagnóstico más frecuente entre los subtipos de demencia en la población estudiada, pero falta realizar más estudios que apoyen dicha hipótesis.

En cuanto a los resultados del análisis de las variables de los casos de demencia por cuerpos de Lewy cabe señalar que se presentaron en general a edades avanzadas, mayores de 65 años y con padecimientos de larga duración. Los datos más encontrados por los clínicos fueron los de parkinsonismo (100%), el deterioro cognitivo (100%), las alucinaciones visuales (61.5%), las fluctuaciones de la atención (77%) y la sensibilidad a neurolépticos (30.7%).

En cuanto a las debilidades del presente estudio, es importante señalar que los datos de frecuencias totales fueron obtenidos de las hojas diarias de la consulta externa de las clínicas ya mencionadas, las cuales suelen tener errores en la transcripción de los datos del paciente y también diagnósticos diferentes de los mismos luego del seguimiento por el clínico. Por otro lado, aunque los casos de pacientes con diagnóstico de demencia Lewy fueron corroborados en los expedientes clínicos, aun cabe la duda de si los pacientes con diagnóstico de demencia por cuerpos de Lewy realmente corresponden a tal diagnóstico, lo que no se puede saber a ciencia cierta sino por medio del estudio histopatológico.

Convendría proponer que se realice una tabla con los criterios clínicos de la demencia por cuerpos de Lewy, en donde de manera inicial y de seguimiento, en las revisiones subsecuentes, se constate y no haya dudas al menos en el diagnóstico clínico de estos pacientes.

Por último, llama la atención el elevado predominio del diagnóstico de síndrome demencial en estudio durante los años de revisión, ya que si se establece un diagnóstico en menos tiempo, es muy probable que pueda cambiar la frecuencia de las demencias.

Este estudio intenta ser el antecedente para otros que estudien con más profundidad este interesante grupo de pacientes en nuestro país.

CONCLUSIONES

-El diagnóstico de demencia por cuerpos de Lewy es poco frecuente en la población estudiada, encontrándose una prevalencia del 2%, semejante a las encontradas en poblaciones japonesas y brasileñas.

-El diagnóstico de demencia mixta y deterioro cognitivo leve se realizan en el INNN cada vez más con mayor frecuencia.

Al ser el Instituto de Neurología y Neurocirugía un centro de referencia de pacientes, la población estudiada tiene características especiales que dificultan la generalización de los resultados obtenidos, por lo que será necesaria la realización de estudios en otros escenarios clínicos nacionales y de la población general para conocer la prevalencia de la demencia por cuerpos de Lewy, y así proporcionar información de gran importancia clínica al momento del abordaje diagnóstico de este padecimiento.

Referencias

1. McKeith IG. Dementia with Lewy bodies. Br J Psychiatr. 2002; 180:144-7.
2. Lewy FH. Zur Pathologischen Anatomie der Paralysis agitans. Dtsch Ztschr Nervenheilk. 1913; 50:50-5.
3. Kosaka K, Matsushita M, Oyanagi S, Mehraein P. A cliniconeuropathological study of «Lewy body disease». Seishin Shinkeigaku Zasshi. 1980; 82:292-311.
4. Kosaka K. Diffuse Lewy body disease in Japan. J Neurol. 1990; 237:197-204.
5. Byrne EJ, Lennox G, Godwin-Austen RB. Dementia associated with cortical Lewy bodies: proposed clinical diagnostic criteria. Dementia. 1991; 2:283-4.
6. McKeith IG, Perry RH, Fairbairn AF, Jabeen S, Perry EK. Operational criteria for senile dementia of Lewy body type (SDLT). Psychol Med. 1992;22:911-22.
7. Dickson DW. Dementia with Lewy bodies: Neuropathology. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2002;15:210-6.
8. McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, Perry EK, Dickson DW, Hansen LA, et al. for the Consortium on Dementia with Lewy bodies. Consensus Guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB). Report of the Consortium on DLB international workshop. Neurology.1996;47:1113-24.
9. McKeith IG, Perry EK, Perry RH. Report of the second dementia with Lewy body international workshop: diagnosis and treatment. Consortium on Dementia with Lewy Bodies. Neurology. 1999;53:902-5.

10. McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, O'Brien JT, Feldman H, et al. Diagnosis and Management of dementia with Lewy bodies. Third report of the DLB consortium. *Neurology*. 2005;65:1863-72.
11. Heidebrink JL. Is Dementia with Lewy Bodies the Second Most Common Cause of Dementia? *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2002;15:182-7.
12. Perry RH, Irving D, Blessed G, Fairbairn A, Perry EK. Senile dementia of Lewy body type. A clinical and neuropathologically distinct form of Lewy body dementia in the elderly. *J Neurol Sci*. 1990;95:119-39.
13. Jellinger K, Danielczyk W, Fischer P, Gabriel E. Clinicopathological analysis of dementia disorders in the elderly. *J Neurol Sci*. 1990;95:239-58.
14. Drach LM, Steinmetz HE, Wach S, Bohl J. High proportion of dementia with Lewy bodies in the postmortem of a mental hospital in Germany. *Int Geriatr Psychiatry*. 1997;12:301-6.
15. Barker WW, Luis CA, Kashuba A, Luis M, Hargwood DG, Loewenstein D, et al. Relative frequencies of Alzheimer disease, Lewy body, vascular and frontotemporal dementia and hippocampal sclerosis in the State of Florida Brain Bank. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2002;16:203-12.
16. Lim A, Tsuan D, Kukull W, Nochlin D, Leverenz J, McCormick W, et al. Clinico-neuropathological correlation of Alzheimer's disease in a community based series. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:564-9.
17. Neuropathology Group. Medical Research Council Cognitive Function and Aging Study. Pathological correlates of late-onset dementia in a multi-centre, community-based population in England and Wales. *Lancet*. 2001;357:169-75.
18. Colmes C, Cairns N, Lantos P, Mann A. Validity of current clinical criteria for Alzheimer's disease, vascular dementia, and dementia with Lewy bodies. *Br J Psychiatry*. 1999;174:45-50.

19. Wakisaka Y, Furuta A, Tanizaki Y, Kiyohara Y, Iida M, Iwaki T. Age-associated prevalence and risk factors of Lewy body pathology in a general population: the Hisayama study. *Acta Neuropathol (Berl)*. 2003;106:374-82.
20. Collerton D, Davies C, Thompson P. Lewy body dementia in clinical practice. En: Perry RH, McKeith IG, Perry EK, editors. *Dementia with Lewy bodies: clinical, pathological and treatment issues*. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1996. p. 171-96.
21. Ballard CG, Mohan RN, Patel A, Bannister C. Idiopathic clouding of consciousness: do the patients have cortical Lewy body disease? *Int J Geriatr Psychiatr*. 1993;8:571-6.
22. Chan SM, Chiu H, Lam L, Leung V. Prevalence of dementia with Lewy bodies in an in-patient psychogeriatric population in Hong Kong Chinese. *Int J Geriatr Psychiatr*. 2002;17:847-50.
23. Shergill S, Mullan E, D'Ath P, Katona C. What is the clinical prevalence of Lewy body dementia? *Int J Geriatr Psychiatr*. 1994;9:907-12.
24. Yamada T, Hattori H, Miura A, Tanabe M, Yamori Y. Prevalence of Alzheimer's disease, vascular dementia and dementia with Lewy bodies in a Japanese population. *Psychiatr Clin Neurosc*. 2001;55:21-5.
25. Rahkonen T, Elioniemi-Sulkava U, Rissanen S, Vatanen A, Viramo P, Sulkava R. Dementia with Lewy bodies according to the consensus criteria in a general population aged 75 years or older. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 2003;74:720-4.
26. Stevens T, Livingston G, Kitchen G, Manela M, Walker Z, Katona C. Islington study of dementia subtypes in the community. *Br J Psychiatr*. 2002;181:168-9.
27. Del Ser T, Hachinski V, Merskey H, Munoz DG. Clinical and pathologic features of two groups of patients with Lewy bodies: effect of coexisting Alzheimer-type lesion load. *Alz Dis Assoc Disord*. 2001; 15:31-44.
28. Flores Hernández Ricardo. Prevalencia de la demencia en el INNNMVS de 1995-2003. Cartel.

29. Mariana Espínola Nadurille, Fabián Dolores Velasco, Jesús Ramírez-Bermúdez, Ana Luisa Sosa Ortiz y Margarita Becerra Pino. Baja frecuencia clínica de la demencia por cuerpos de Lewy en el Instituto de Neurología de México. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007; 42(6):319-324.
30. Zaccai J, Mcracken C, Brayne C. A systematic review of prevalence and incidence studies of dementia with Lewy bodies, *Age and Ageing* 2005; 34: 561–566.
31. De Silva HA, Gunatilake SB, Smith AD. Prevalence of dementia in a semi-urban population in Sri Lanka: report from a regional survey. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 711–5.
32. Herrera E, Jr, Caramelli P, Silveira AS, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2002; 16: 103–8.
33. Yamada T, Kadekaru H, Matsumoto S et al. Prevalence of dementia in the older Japanese-Brazilian population. *Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 56: 71–5.
34. MMSE por Folstein MF, Folstein S, Mchugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *J. Psych. Res.* 1975; 12 (3):189-198.
35. Becerra, Ortega-Soto et al. Validez y reproducibilidad del examen cognoscitivo breve (Mini-mental State Examination) en una unidad de cuidados especiales de un hospital psiquiátrico. *Salud Mental.* Vol. 15 (4.): 41-45, Diciembre, 1992.

Anexos

DIAGNOSTICOS DE DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY

CRITERIOS DE NEWCASTLE

A. Alteración cognitiva fluctuante que afecta el lenguaje y las funciones corticales superiores (tales como lenguaje, habilidades visoespaciales, praxias y razonamiento). Marcada fluctuación con recurrencia de episodios de confusión y de lucidez, tal como en delirium y evidente en las pruebas cognitivas o por una ejecución variable en las actividades de la vida diaria.

B. Por lo menos uno de los siguientes:

1. Alucinaciones visuales y/o auditivas acompañadas por delirios paranoides.
2. Síntomas extrapiramidales leves espontáneos o síndrome de sensibilidad a los neurolépticos.
3. Caídas repetitivas inexplicables y/o pérdida del conocimiento

C. A pesar del patrón fluctuante, los síntomas clínicos persisten y progresan, rápidamente, a un estadio final de demencia grave.

D. Exclusión de otras causas de delirium y causas vasculares para la declinación de las funciones.

CRITERIOS CERAD

A. Clinical Dementia Rating Scale mayor o igual a 0,5

B. Por lo menos dos de los siguientes:

1. Ideas delirantes o Alucinaciones
2. Signos extrapiramidales
3. Caídas inexplicables y/o cambios en el estado de alerta.

C. Uno o más de los siguientes:

1. Curso fluctuante
2. Mala respuesta a levodopa
3. Síntomas cognitivos más graves que los signos extrapiramidales
4. Caquexia, disfagia, depresión o distimia

D. Exclusión de otras causas de demencia.

CRITERIOS DE CONSENSO

A. Deterioro cognitivo que interfiere con la función social y ocupacional.

B. Dos de las siguientes para DCLW probable y una para posible DCLW:

1. Fluctuaciones cognitivas con variaciones en la atención y en el estado de alerta
2. Alucinaciones visuales recurrentes bien estructuradas
3. Datos espontáneos de parkinsonismo

C. Características que apoyan (No indispensables):

1. Caídas frecuentes
2. Síncope
3. Pérdida transitoria de la conciencia
4. Sensibilidad a neurolépticos
5. Delirios sistematizados
6. Alucinaciones en otras modalidades