

Karen Merizalde ¹

Deterioro de las praxias en pacientes con enfermedad de Alzheimer y demencia vascular



OPEN ACCESS

Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International

¹ Neuropsicóloga Clínica, Clínica La Merced; Hospital Carlos Andrade Marín.

Correspondencia: Karen Alicia Merizalde
E-mail: karen_mz12@hotmail.com

Recibido: 23 - Marzo - 2015

Aceptado: 22 - Mayo - 2015

Palabras clave: Adulto mayor, Apraxia, Demencia, Deterioro cognitivo.

Forma de citar este artículo: Merizalde K. Deterioro de las praxias en pacientes con enfermedad de Alzheimer y demencia vascular. Rev Med Vozandes 2015; 26: 57 - 59

Introducción

Las apraxias (dificultad o imposibilidad de ejecutar actos motores proposicionales aprendidos) son uno de los dominios cognitivos inicialmente alterados en las demencias^[1], a pesar de esto, son escasas las publicaciones sobre el tema. Según Liepmann, existe una sola forma de ejecutar movimientos cualificados, que se afecta en tres diferentes niveles: apraxia ideomotora (incapacidad para poner en práctica un acto motor), apraxia ideatoria (alteración del plan ideacional del acto), apraxia melocinética (afectación en la destreza del movimiento); esta última es actualmente discutida^[2]. Estos trastornos pueden ser fácilmente valorados con el test AST (Apraxia Screen of Tulia)^[3]. Posteriormente, Kleist describió a la apraxia construccional como una alteración del manejo del espacio evidente en la ejecución de dibujos^[4], que puede valorarse con el test FCR (Figura Compleja de Rey). Las apraxias de tipo ideatoria, ideomotora y construccional han sido ampliamente estudiadas y tienen su correspondiente correlato anatómico. La finalidad de este estudio fue establecer la diferencia en el patrón de deterioro de estos tres tipos de apraxias en los dos tipos de demencia más comunes: la Enfermedad de Alzheimer (EA) y la Demencia Vascular (DV).

Métodos

El estudio fue descriptivo y correlacional. Se inició con el análisis de la historia clínica de los pacientes que asistieron a consulta externa de Neurología del Hospital Carlos Andrade Marín durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2014. Para el estudio se incluyeron pacientes de ambos sexos, edad mayor a 65 años, diagnóstico confirmado de demencia (ya sea de tipo EA o DV), nivel de escolaridad mínimo 5 años e hispanohablantes. Se excluyó a pacientes con presencia o antecedentes de trastornos motores no relacionados con la demencia, trastornos perceptivos, psiquiátricos, metabólicos o con alteración en su estado de conciencia.

Las variables del estudio fueron: tipo de demencia, estadio de la demencia, tipo de apraxia (ideomotora, ideatoria y construccional). Posterior a la firma del consentimiento informado se procedió a la toma de test para diagnóstico de apraxia. Para precisar la gravedad de la demencia se utilizó la escala de deterioro global (GDS); en la valoración de la apraxia construccional se aplicó el test FCR y para las apraxias ideatoria e ideomotora el test AST. Los resultados fueron almacenados en una base de datos para su correspondiente análisis estadístico a través del paquete SPSS, considerando un nivel de significancia de 0.05 en la comparación.

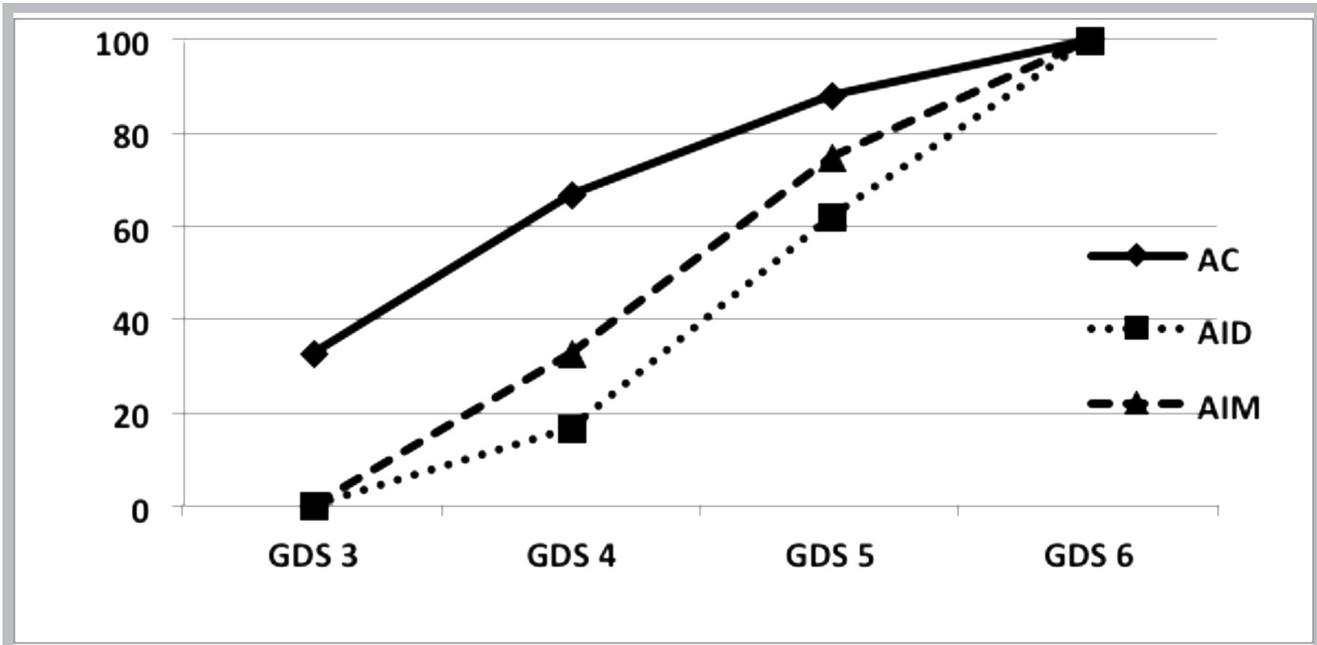


Figura 1 Comparación del tipo de apraxia de acuerdo a cada estadio en la Enfermedad de Alzheimer. Apraxia Construccional (AC): GDS-3 (n=2; 33%), GDS-4 (n=4; 67%), GDS-5 (n=7; 88%) y GDS-6 (n=5; 100%). Apraxia Ideatoria (AID): GDS-3 (n=0), GDS-4 (n=1; 17%), GDS-5 (n=5; 62%) y GDS-6 (n=5; 100%). Apraxia Ideomotora (AIM): GDS-3 (n=0), GDS-4 (n=2; 33%), GDS-5 (n=6; 75%) y GDS-6 (n=5; 100%).

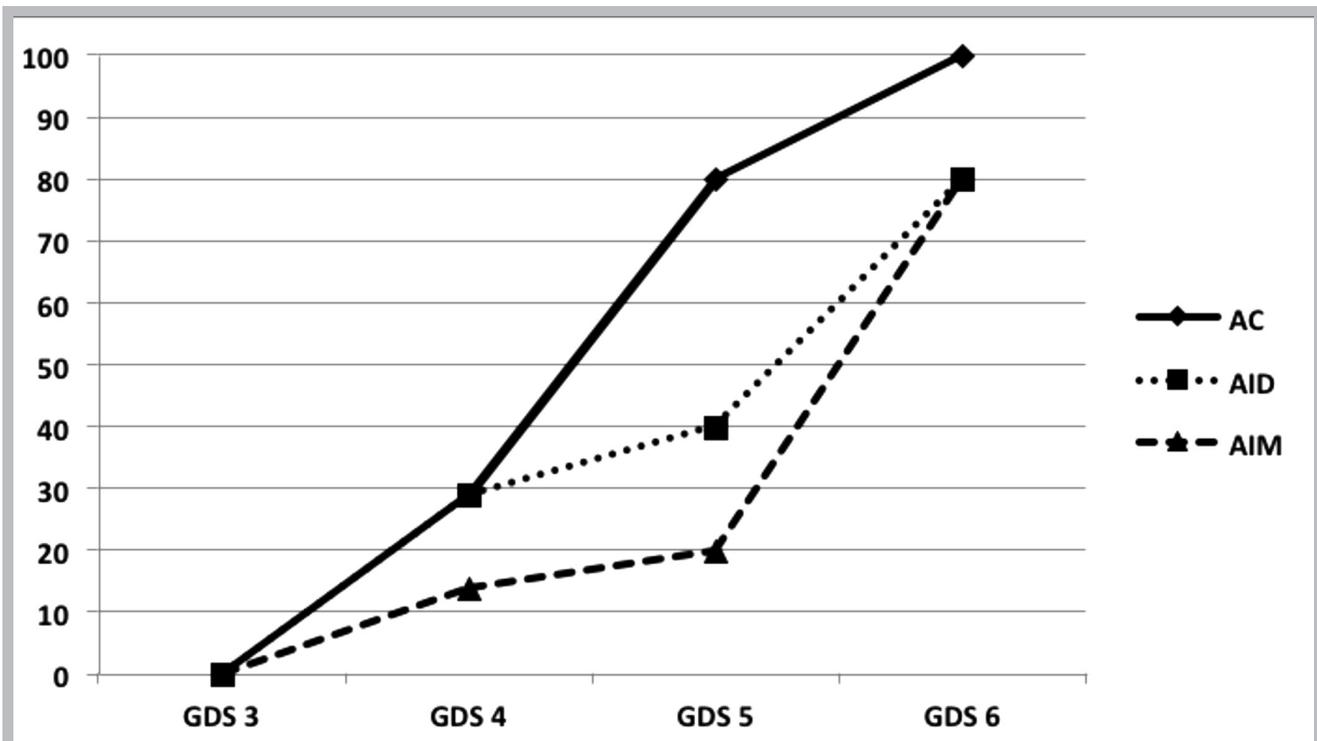


Figura 2 Comparación del tipo de apraxia de acuerdo a cada estadio en la Demencia Vascular. Apraxia Construccional (AC): GDS-3 (n=0), GDS-4 (n=2; 29%), GDS-5 (n=4; 80%) y GDS-6 (n=5; 100%). Apraxia Ideatoria (AID): GDS-3 (n=0), GDS-4 (n=2; 29%), GDS-5 (n=2; 40%) y GDS-6 (n=4; 80%). Apraxia Ideomotora (AIM): GDS-3 (n=0), GDS-4 (n=1; 14%), GDS-5 (n=1; 20%) y GDS-6 (n=4; 80%).

Resultados

Se evaluaron un total de 47 pacientes de los cuales 25 tenían diagnóstico de EA y 22 DV. A la valoración del GDS se registró 11 pacientes en estadio GDS-3, 13 en GDS-4, 13 en GDS-5 y 10 en GDS-6. Posterior a la valoración con la FCR y AST se evidenció que 61.7% de los sujetos presentaron apraxia construccional, 40.4% apraxia ideomotora y 40.4% apraxia en ambos tipos de demencia, independientemente a su nivel de gravedad.

En los pacientes con EA la apraxia construccional estuvo presente desde etapas tempranas de la patología con la presencia del 30% en GDS-3. Por su lado, la apraxia ideomotora se encontró ausente en esta etapa, en GDS-4 surgió con un 33% de casos, mientras que la apraxia ideatoria apareció también en el GDS-4 pero con un porcentaje mucho menor (17%). Los tres tipos de apraxia continuaron aumentando con mayor severidad del GDS, con un incremento drástico en GDS-5 y finalmente confluyendo en GDS-6 alcanzando un 100% de casos con apraxia; **figura 1**.

En la DV las apraxias estuvieron completamente ausentes en los inicios de la demencia, en el estadio GDS-4 se pudo observar pocos casos. En GDS-5 la apraxia construccional ascendió llamativamente, mientras que las apraxias ideatoria e ideomotora mantuvieron un ascenso gradual según el estadio. Finalmente en el estadio GDS-6 el 80% de los pacientes mostraron apraxias ideatoria e ideomotora y el 100% una apraxia construccional; **figura 2**.

Comentario

Tomando en cuenta los dos tipos de demencia más frecuentes (EA y DV), las apraxias mostraron un curso de deterioro diferente. La apraxia construccional es la variante con mayor presencia en las demencias, especialmente en la EA, donde no solamente inicia en etapas tempranas sino también adquiere relevancia diagnóstica en etapas moderadas y graves alcanzando el 100% de casos. La apraxia ideatoria al parecer es la que ejerce menor impacto, tiene un inicio lento en etapas moderadas-graves; sin embargo asciende bruscamente y alcanza la totalidad de casos en etapas graves.

En la DV se observa un patrón diferente. Las apraxias estuvieron completamente ausentes en los inicios de la demencia, en el GDS-4 aparecen pocos casos sin una clara relevancia. En GDS-5, considerada una fase tardía de la enfermedad, la apraxia construccional se presenta de forma más elevada que las apraxias ideatoria e ideomotora, las cuales aumentan en un estadio GDS-6.

Conforme los resultados obtenidos, estos dos tipos de demencia llevan un patrón de deterioro práctico diferente, pero el tipo apraxia más afectada en ambas demencias es la construccional. Esta diferencia en el patrón de deterioro práctico puede deberse al compromiso temprano de las regiones temporo-parietales más evidente en demencias primarias como la EA, al tratarse de zonas que están directamente involucradas con la ejecución del movimiento

intencionado cuyo déficit produce apraxia^[9]. En la DV la manifestación dependería mucho de las zonas cerebrales afectadas que aligeran o empeoran el cuadro apráxico.

Hay que tener en cuenta que estos resultados no abarcan pacientes con estadios GDS-1, 2 y 7 al no haber sido identificados. Tampoco se ha efectuado una comparación con pacientes adultos mayores sin demencia, ni en pacientes de los servicios de Geriatría o Medicina Interna. Realizar un estudio más amplio con este tipo de subgrupos permitiría caracterizar mejor las apraxias investigadas.

Conflictos de interés

La autora declara no poseer conflictos de interés.

Agradecimiento

A los participantes de la investigación y al personal médico del Servicio de Neurología del HCAM.

Financiamiento

Estudio Autofinanciado.

Contribuciones de los autores

KM fue responsable de la idea, diseño, recolección de datos, interpretación de resultados y redacción del artículo.

Referencias

1. Labos E, Slachevsky A, Fuentes P, Manes F. Tratado de Neuropsicología Clínica: bases conceptuales y técnicas de investigación. Buenos Aires: Akadia; 2008, pp. 233-35, 509-13.
2. Chatterjee A, Coslett B. The roots of the cognitive neuroscience. New York: Universidad de Oxford; 2014.
3. Vanbellingen T, Kersten B, Van de Winckel A, Bellion M, Baronti F, Müri R, Bohlhalter S. A new bedside test of gesture in stroke: the apraxia screen of Tullia (AST). J Neurol Neurosurg Psychiatry 2011; 82: 389-92.
4. Brown J. Agnosia and Apraxia: Selected Papers of Liepmann, Lange, and Potzl. New York: Psychology Press; 2013, pp. 62-67.
5. Heilman K, Valesstein E. Clinical Neuropsychology. 5th ed. New York: Oxford University; 2012.