

## CAPÍTULO 4

### ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DE LAS ALTERACIONES VASCULARES CEREBRALES

ENRIQUE BACA BALDOMERO

*Servicio de Psiquiatría  
Hospital Universitario Clínica Puerta de Hierro  
Universidad Autónoma de Madrid*

Los problemas derivados del progresivo aumento de las expectativas de vida de la población de los países occidentales (el llamado Primer Mundo) centran cada vez más la atención de los planificadores y proveedores de los sistemas de salud, que ven en este tramo de la población la fuente de necesidades sanitarias más importante para las próximas décadas. Esto ha hecho que el número y calidad de los estudios sobre las patologías de la edad avanzada tengan un crecimiento exponencial y que determinados cuadros se hayan convertido en temas sobre los que la investigación biomédica (etiopatogénica, fisiopatológica y terapéutica) produce en la actualidad una cantidad casi inabarcable de datos y unos avances impensables hace sólo unas décadas. El caso más paradigmático en el terreno de la patología cerebral es la enfermedad de Alzheimer. Pero el envejecimiento plantea otros problemas igualmente relevantes que suelen merecer un interés aparentemente más discreto, al margen de que su morbilidad sea, en ocasiones, incluso más alta que la de los cuadros o síndromes “estrella”.

Es bien conocido que los cambios morfológicos y funcionales en el cerebro anciano suponen desde la disminución del peso y el volumen (se ha establecido que el cerebro de un hombre de 80 años pesa, por término medio, el 20% menos que el del adulto y que su volumen ha disminuido en un 6% aproximadamente en relación al que tenía a los 50 años) (Mark y cols., 1997), una serie de cambios microscópicos relacionados la mayoría de ellos con los procesos de apoptosis neuronal, un aumento variable del componente glial y alteraciones en la neurotransmisión colinérgica de las vías mesocorticales y dopaminérgica de las nigroestriadas (Porrás, 2002). Todo ello configura un escenario cerebral de vulnerabilidad en el que las alteraciones añadidas en otros sistemas orgánicos inciden de manera particularmente importante.

Un aspecto espacialmente interesante de la influencia que sobre el cerebro senil tienen las alteraciones sistémicas lo constituyen las repercusiones del buen o mal funcionamiento y, consecuentemente las patologías, del sistema cardiovascular en el anciano.

En esta breve revisión vamos a analizar someramente dos tipos de cuadros que tienen importancia por la frecuencia en la que a los síntomas estrictamente neurológicos se acompañan síntomas y síndromes psiquiátricos que no sólo exigen una actitud de atención para su correcta detección, sino también un adecuado diagnóstico diferencial y una colaboración necesaria del psiquiatra en la planificación de las intervenciones terapéuticas sobre el paciente.

Estos cuadros son los accidentes cerebrovasculares y la demencia vascular.

### **1. Aspectos psiquiátricos de los accidentes cerebrovasculares**

Es bien conocido que los accidentes cerebrovasculares (ACVA) presentan una morbilidad que aumenta linealmente con la edad y que, si bien la incidencia tiende a disminuir por el aumento de las medidas preventivas por la mejora general de la atención sanitaria a la población (p.e. los programas de control de la hipertensión arterial en la atención primaria), las cifras de prevalencia total en nuestro país se modifican poco en la medida que al aumentar la longevidad aumenta el número de población expuesta.

Por otra parte, también es bien conocido que la complicación psiquiátrica más frecuente en los casos de ACVA son los cuadros depresivos. Se calcula que las cifras oscilan entre un 50% en el período agudo postictus y un 30% en los períodos de recuperación cuando el paciente ya ha salido del hospital y está en tratamiento ambulatorio (Starkstein y cols., 1989), pero se han llegado a dar cifras de hasta el 68% de depresiones tras un ACVA, aunque, como es habitual en los estudios epidemiológicos en poblaciones clínicas, la variabilidad de los datos (también hay estudios que sólo encuentran no más del 11%) depende mucho del momento en que se hace la exploración, del tiempo transcurrido desde el accidente, de las consecuencias lesionales del mismo y de las circunstancias socioculturales del enfermo, destacando la mayor vulnerabilidad a la aparición de la depresión en personas con mayor nivel intelectual.

Se ha discutido si esta llamativa comorbilidad de los cuadros depresivos postictus puede ser entendida como una reacción psicológica ante la invalidez y/o las secuelas funcionales neuropsicológicas de la agresión cerebral sufrida o, por el contrario, si se trata de cuadros depresivos que fisiopatoló-

gicamente forman parte del cuadro del accidente cerebrovascular. No hay datos que permitan separar con fiabilidad ambas posibilidades, que parecen coexistir y potenciarse mutuamente. Los datos apuntan a que la extensión y localización de la lesión no son factores predictivos de la aparición del cuadro depresivo, aunque algunos trabajos parecen aportar pruebas (aún insuficientes) en sentido contrario.

Así, se ha descrito mayor riesgo de depresión en pacientes con lesiones en el córtex frontal izquierdo, con mayor gravedad del cuadro en la medida que la lesión es más anterior, patrón éste que se repite también en las lesiones subcorticales (mayor riesgo de depresión en lesiones subcorticales anteriores izquierdas: ganglios basales y específicamente cabeza del núcleo caudado). Pero hay que prevenir que estos patrones morfológicos no se corroboran en todas las investigaciones realizadas en las que las posibles variables de confusión (algunas ya citadas, como el tiempo transcurrido, y otras, como los criterios de depresión empleados) no estén debidamente controladas (Cardoner y Benlloch, 2000).

En cualquier caso, la gravedad de la depresión no se suele corresponder, como antes decíamos, con la gravedad y extensión de la lesión neurológica, ni tampoco con la incapacidad resultante. La influencia de otras variables, como los factores psicosociales, sólo parecen tener un valor predictivo de aparición del cuadro depresivo en lo que se refiere a la presencia o ausencia de soporte social, que, como puede comprenderse, es una variable bastante inespecífica.

La idea de que la depresión y el ACVA, sean cuales fueren los mecanismos fisiopatológicos que les relacionan, mantienen una muy frecuente comorbilidad está presente en las recomendaciones de la American Heart Association, que incluye las alteraciones afectivas dentro de los seis campos de la discapacidad generada por los accidentes cerebrovasculares. Asimismo, trabajos realizados por la Asociación Cardiológica Finlandesa, estudiando la influencia que los programas activos de rehabilitación postictus tienen en la aparición de los cuadros depresivos, encuentran que en programas de seguimiento a tres y doce meses tras el ACVA los pacientes sometidos a las técnicas de rehabilitación (que comprendían programas de apoyo psicológico al mismo tiempo que actuaciones sobre los déficits secundarios al accidente cerebrovascular) presentaban significativamente menos cuadros depresivos que los pacientes sin dicho tipo de ayuda, y esta diferencia se mantenía al año. Este estudio apoyaría indirectamente el papel que los citados déficits juegan en la génesis de la depresión postictus y, en consecuencia, apuntalaría la hipótesis de un origen reactivo de este tipo de trastornos. Hay que señalar que la prevalencia de cuadros depresivos que los

enfermos presentaban inmediatamente después del ACVA y antes de ser distribuidos en los dos grupos (rehabilitación versus tratamiento convencional) era similar a la descrita en la literatura y distribuida homogéneamente de toda la muestra estudiada.

También es interesante señalar que en otras muestras estudiadas la clásica diferencia de morbilidad entre los sexos también se observa en la depresión postictus. Así, las mujeres presentan una prevalencia doble que la de los hombres, pero este dato se acompaña de otro más interesante: también las mujeres presentan un número significativamente mayor de lesiones en el hemisferio izquierdo que los hombres, y ya vimos más arriba la correlación existente entre este tipo de lesiones y la aparición del cuadro depresivo en la patología que comentamos.

Esta relación tan sugerente ha hecho que algunos autores planteen la hipótesis de que en la mayoría (o en todas), las depresiones que aparecen en las edades avanzadas de la vida (incluidas las llamadas depresiones de comienzo tardío) puedan tener en su patogenia un origen vascular. En principio, todo el mundo parece estar de acuerdo en que las depresiones de comienzo tardío tienen menor carga genética y menores alteraciones estructurales de la personalidad que las depresiones de comienzo temprano. En la búsqueda de una posible etiopatogenia para estos cuadros, los hallazgos de alteraciones de la sustancia blanca y el dato de una mayor presencia de alteraciones cognitivas en los pacientes ancianos en los que el comienzo de la depresión había sido tardío, frente a los ancianos deprimidos cuyos cuadros debutaron en épocas más tempranas de la vida, ha hecho pensar en que las alteraciones del sistema nervioso central relacionadas con la vejez (aunque no sean claramente detectables morfológica ni funcionalmente) han de ser significativas en la producción de estos cuadros.

Con el objeto de precisar más, una serie de autores han propuesto diferenciar en el anciano dos tipos de depresiones que tendrían orígenes y mecanismos de producción distintos, así como características sintomatológicas, de curso y de respuesta terapéutica también diferentes. El criterio de distinción estaría en la participación vascular (depresiones vasculares frente a depresiones no vasculares).

Las depresiones vasculares presentarían de forma más intensa síntomas de apatía, anhedonia y deterioro funcional, mientras que las depresiones no vasculares presentarían menos déficits cognitivos, menos inhibición psicomotriz, más proclividad a episodios de agitación e inquietud, más sentimientos de culpa y mayor grado de "insight" (Alexopoulos y cols., 1997). Asimismo, las depresiones vasculares presentarían una peor evolución y una peor respuesta a los tratamientos.

## 2. Aspectos psiquiátricos de la demencia vascular

La demencia de origen vascular presenta una prevalencia en población general de alrededor del 2,5% de los individuos mayores de 65 años. Sin embargo, estas cifras son medias encontradas entre rangos mucho más dispersos (entre el 3,1% y el 20,8%, según los estudios), lo que indica las dificultades metodológicas que se encuentran los investigadores tanto en la definición de lo que es un caso de demencia vascular como en las propiedades psicométricas de los instrumentos empleados. Los estudios españoles disponibles ofrecen cifras de prevalencia entre el 0,6% (Lobo y cols., 1995) y el 6,2% (López Pousa y cols., 1995).

En general, se suele admitir que la demencia vascular es la segunda causa de deterioro cognitivo en población anciana y que entre el 10 y el 25% de los casos de demencia tienen este origen, aunque hay autores que refieren hasta un 50% en países específicos como Japón.

Los factores de riesgo más repetidamente mencionados están asociados, asimismo, al riesgo de padecer accidentes cerebrovasculares y son, además de la edad, la hipertensión, la diabetes, el consumo de alcohol, la obesidad, el tabaquismo, las hiperlipemias, las cardiopatías, especialmente aquellas que implican riesgo de alteraciones del ritmo cardíaco (fibrilación auricular), el hematocrito elevado y el sexo masculino (Morínigo, 2002), aunque esta última variable probablemente sea secundaria a la concentración en este sexo del resto de factores de riesgo.

Las demencias vasculares pueden presentar, bien como sintomatología incluíble dentro del cuadro clínico propio, bien como sintomatología comórbida, toda una serie de trastornos psiquiátricos, no excesivamente variados, que acompañan y colorean el cuadro básico cognitivo y pueden, en ocasiones, enmascararlo.

Así, se han descrito síntomas psicopatológicos relativamente inespecíficos, como apatía y depresión, fundamentalmente en la demencia de pequeño vaso, y alteraciones de la conducta en las afectaciones frontotemporales. Tampoco es rara la presencia de síntomas psicóticos, muchas veces con un carácter temporal en este tipo de demencias, donde la aparición de síntomas delirantes y/o de alucinaciones ha de ser tenida en cuenta.

Pero el cuadro psiquiátrico comórbido más frecuente en la demencia vascular es la depresión

No se conoce si existe relación patogénica específica entre los trastornos depresivos y el cuadro demencial, aunque todo apunta a que aquéllos no aparecen como una simple reacción adaptativa ante la conciencia de la progresión de las alteraciones cognitivas. Se puede aplicar aquí lo dicho para las

depresiones postictus, y en ese sentido la extensión y localización de las lesiones parecen correlacionar con la intensidad y resistencia al tratamiento de la depresión. Asimismo, las alteraciones neuroquímicas descritas, si bien son muy poco específicas, podrían orientar hacia la disminución del turnover de la serotonina en estructuras subcorticales, sin que estos hallazgos y otros relacionados con la dopamina en núcleo caudado y putamen y con los sistemas noradrenérgico o colinérgico sean consistentes.

Las acciones de la medicación antidepressiva sobre la depresión postictal y también sobre las depresiones comórbidas con la demencia vascular pueden orientar acerca de algunos de los mecanismos etiopatogénicos. Así, la acción reparadora sobre los tejidos cerebrales dañados atribuida a los fármacos noradrenérgicos y la interferencia de los agentes que antagonizan los receptores alfa-1 adrenérgicos (como es la amitriptilina) sobre la recuperación motora en los casos de ACVA, pueden ser datos que orienten no sólo hacia las precauciones que hay que adoptar en el tratamiento de estos pacientes, sino también sobre posibles vías de investigación sobre la posible fisiopatología común de estos cuadros.

## Bibliografía

- Alexopoulos G.S., Meyer, B.S., Young R.C., et als. *Vascular depression hypothesis*. Archives of General Psychiatry, 54:915-922, 1997.
- Baca E. *Psicopatología en el anciano*. En: Martínez Lage J.M., Khachaturian Z.S. (Eds). "Alzheimer XXI: Ciencia y Sociedad". Masson, Barcelona, 2001.
- Bauer M., Whybrow P. *Depression and other psychiatric illnesses associated with medical conditions*. Current Opinion in Psychiatry, 12:325-329, 1999.
- Cardoner N., Benlloch L. *Depresión orgánica*. En: Vallejo J., Gastó C. (eds). "Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión". Masson, Barcelona, 2000.
- Moriñigo A. *Demencias vasculares*. En: Agüera L., Martín M., Cervilla J. (eds). "Psiquiatría Geriátrica". Masson, Barcelona, 2002.
- Starkstein S.E., Robinson R.G. *Affective disorders and cerebral vascular disease*. British Journal of Psychiatry, 154:170-182.