

# 1º de Diciembre: Día Mundial del SIDA

## Demencia asociada al Sida



El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) puede causar una gran variedad de déficits, tanto motores como cognitivos, aun en ausencia de infecciones oportunistas y es característico del SIDA. Desde los primeros tiempos se atendió a los cuadros "encefalopáticos" que se presentaban en el curso de la infección por VIH. En 1986 se denominó "complejo Sida-Demencia" a la asociación de los trastornos cognitivos con desórdenes motores y conductuales, reconociendo el papel etiopatogénico del virus. A partir de allí, distintas denominaciones fueron utilizadas para referirse a este complejo.

### Prevalencia

Los estudios de prevalencia e incidencia de esta entidad resultan escasos. Se sabe que la prevalencia de la demencia asociada al VIH aumenta a medida que la enfermedad avanza. Es muy infrecuente en el período asintomático. El complejo "SIDA-Demencia, afecta aproximadamente entre un 7 y un 11 % de los pacientes adultos norteamericanos con SIDA (Janssen 1992). No todos los pacientes desarrollan un cuadro demencial con el avance de la infección.

Muchos investigadores señalan que el VIH es la principal causa de demencia en adultos jóvenes.

### Factores de riesgo

Se señalan, dentro de los factores de riesgo para la demencia asociada al VIH:

- Baja concentración de hemoglobina
- Edad avanzada
- Plaquetas < 100.000

- Bajo índice de masa corporal

### Manifestaciones Clínicas

Esta demencia se presenta combinando signos y síntomas de la esfera cognitiva, conductual y también del área motora.

Acerca del [perfil cognitivo](#), se lo suele clasificar como fronto-subcortical. Predomina el enlentecimiento psicomotor, se objetivan déficits en la memoria verbal y visual (dificultad en retener nueva información) y se registra dificultad en las tareas que requieren actividades mentales secuenciales de cierta dificultad. También existe deterioro de la capacidad de concentración y en la flexibilidad mental y las pruebas de control motor revelan anomalías. La fluidez verbal está disminuida.

Con relación a la [esfera conductual](#), usualmente son características la apatía y la pérdida del interés. Esto conlleva al retraimiento y aislamiento social. Los lazos interpersonales se reducen progresivamente, generando gran deterioro de la calidad de vida de los pacientes. También pueden presentar síntomas de depresión, ansiedad, irritabilidad y labilidad emocional.

Las [manifestaciones motoras](#) tempranas implican; Trastornos en la coordinación (alteración de los movimientos coordinados con las manos), inestabilidad en la marcha, bradicinesia, hiperreflexia y temblor.

El avance de las alteraciones cognitivas y motoras es lento y continuo, de modo que pueden culminar en un gran deterioro global. No obstante, no existen manifestaciones corticales (afasia, apraxia o agnosia) hasta fases muy avanzadas de la evolución.

### Alteraciones neuropsicológicas en niños infectados con VIH

Los niños presentan diferencias complejas con respecto a la afectación neurológica producida por el VIH. Los niños infectados padecen tanto afectación neurológica como neuropsicológica.

La encefalopatía progresiva de la infancia es la enfermedad neurológica principal asociada con el VIH en niños, puede ser la presentación inicial del SIDA en el 18% de los casos y afecta al 30-60% de los niños y adolescentes infectados (Mark M, 1996).

A nivel neuroanatomopatológico se ha hallado notable disminución del peso bruto cerebral con respecto a la edad, degeneración de la médula espinal y de las vías corticoespinales y mala diferenciación entre sustancia gris y blanca.

El estudio de los déficits neuropsicológicos en los niños revelaría que éste está relacionado con la infección misma del VIH en el sistema nervioso central. En niños se ha reportado enlentecimiento en el desarrollo de las funciones cognitivas y motoras o pérdida de las capacidades adquiridas, con declinación del rendimiento intelectual.

#### Efectos del VIH sobre el desarrollo cognitivo y motor

La mayoría de los trabajos con niños menores a los tres años de edad, han evaluado las capacidades cognitivas globales, más que áreas neuropsicológicas concretas.

Un estudio de seguimiento del neurodesarrollo revela que la infección está asociada con un déficit tanto mental como motor. Estos déficits parecen predominar en los niños que desarrollan enfermedades definitivas de SIDA en los dos primeros años de vida. Estos problemas del desarrollo son usualmente influenciados por múltiples factores; ambientales, psicosociales y nutricionales. En un trabajo (Nozyce et al 1994) acerca de los efectos de la infección perinatal de VIH, se compara niños seropositivos con niños seronegativos nacidos de madres infectadas y con controles. Entre los hallazgos, se reportó que todos los niños infectados presentaban retraso en la evaluación. Las áreas afectadas fueron; el lenguaje, el desarrollo cognitivo, la psicomotricidad fina y gruesa y el desarrollo social. Aquellos niños que presentaban sintomatología más severa por la infección parecían tener gran riesgo de sufrir alteración del desarrollo. Los niños infectados sin gran sintomatología neurológica tenían un desarrollo relativamente normal. Finalmente, los niños no infectados, nacidos de madres infectadas, no revelaron sufrir ninguna alteración del desarrollo.

Otro trabajo con lactantes (Boivin et al 1995) también compara el desarrollo de las habilidades motoras y cognitivas en niños seropositivos, versus niños seronegativos, ambos nacidos de madres infectadas y controles. Concluyen que los niños infectados tienen déficits motores y también de la memoria espacial.

La infección por VIH afecta estructuras del sistema nervioso central que median el desarrollo motor y del desarrollo de la memoria espacial, aún en niños aparentemente asintomáticos. Otras investigaciones con niños mayores (entre 5 y 12 años de edad) encontraron que los sujetos infectados puntuaban significativamente más bajo en tareas de memoria a corto plazo de la escala de inteligencia de Stanford-Binet, en el razonamiento cuantitativo y en escalas compuestas, con relación a los seronegativos.

Otro trabajo (Bisiacchi et al, 2000) estudió niños de 6 a 15 años, de los cuales 29 eran seropositivos, nacidos de madres seropositivas, en distintos estadios de la enfermedad, y 13 eran seronegativos, nacidos de madres seropositivas. Los resultados revelan presencia de déficit en las funciones ejecutivas en todos los niños infectados. Además, se registraron alteraciones mnésicas y visuopráxicas sólo en aquellos niños que habían desarrollado SIDA. Las habilidades lingüísticas y la inteligencia general estarían conservadas. Los niños seropositivos, rindieron dentro del rango normal. Estos hallazgos sugieren que aún en niños neurológicamente asintomáticos, la evaluación neuropsicológica puede identificar el deterioro precoz de funciones cognitivas específicas.

Varios estudios indagan el déficit neuropsicológico en niños infectados a través de transfusiones de sangre. Cohen et al (1991) compara niños que habían sufrido transfusiones durante el período neonatal, resultando infectados con el VIH, con otro grupo de niños de características similares pero seronegativos. Utilizan una batería neuropsicológica amplia. Los resultados fueron similares para ambos grupos tanto en el coeficiente intelectual global. Sí se observó mejor rendimiento en los niños seronegativos en tareas de memoria visual y secuencial, lectura y aritmética. También se registraron diferencias significativas en la velocidad motora, la exploración visual y la flexibilidad cognitiva. Nótese que este perfil de progresión de déficits

neuropsicológicos tiene más similitud con el del adulto seropositivo.

Frecuentemente, el habla y el lenguaje se deterioran en los niños en la fase sintomática. Puede haber retroceso, de modo que habiendo adquirido el uso de frases completas, se vuelva a la palabra-frase. También son usuales los problemas de articulación.

En adolescentes infectados con VIH se ha reportado, a nivel neuropsicológico, alteración en la atención y concentración, aumento de los tiempos de reacción, en la memoria visual y auditiva. Con relación a las funciones motoras, las alteraciones son leves al inicio, pero progresan conforme avanza la enfermedad. En el habla y el procesamiento del lenguaje puede haber regresión, pérdida completa del habla y habla farfullante. Pueden aparecer dificultades a nivel de la lectura y de la comprensión lectora. También la escritura suele afectarse con la progresión de la enfermedad. La resolución de problemas y las funciones ejecutivas también sufren alteración progresiva.

### La Evaluación Neuropsicológica

El valor de la Evaluación Neuropsicológica es fundamental, dado que, según revelan las investigaciones, tanto en niños como en adultos seropositivos pueden existir alteraciones cognitivas, aún en ausencia de sintomatología neurológica.

A los fines de obtener valores acerca de la inteligencia general, tanto para adultos, como para niños, se destacan las Baterías de Wechsler:

- Escala de Inteligencia para adultos (de 16 a 89 años de edad): WAIS III
- Escala de Inteligencia para niños (de 6 a 16 años de edad): WISC III
- Escala de Inteligencia para pre-escolar y primaria (de 3 a 7 ½ años de edad): WIPPSI-R

También se consideran en la bibliografía el Test de Matrices progresivas de Raven y la escala de Stanford-Binet entre otras. Además, dentro de las pruebas que evalúan funciones neuropsicológicas específicas, se destacan:

✂ Funciones ejecutivas: Trail Making Test, parte B (TMT B), Test de clasificación de cartas de Wisconsin (WCST), Test de la Torre de Londres, etc.

✂ Memoria: Test de Retención visual de Benton, Test de aprendizaje auditivo-verbal de Rey, Figura Compleja de Rey (reproducción de memoria).

✂ Visuoconstrucción: Test de copia de la Figura Compleja de Rey, Subtest de Diseño con cubos (WAIS).

✂ Atención: Trail Making Test, parte A, Test de Rendimiento Continuo (CPT), Subtest de Dígitos (WAIS), Subtest de Dígito Símbolo- Codificación (WAIS), STROOP, etc.

Por: Lic. Leticia Fiorentini

Referencias Bibliograficas:

Bisiacchi PS, Suppiej A, Laverda A. *Neuropsychological evaluation of neurologically asymptomatic HIV-infected children*. Brain Cogn. 2000 Jun-Aug;43(1-3):49-52.

Boivin MJ, Green SD, Davies AG, Giordani B, Mokili JK, Cutting WA. *A preliminary evaluation of the cognitive and motor effects of pediatric HIV infection in Zairian children*. Health Psychol. 1995 Jan;14(1):13-21

Cohen SE, Mundy T, Karassik B, Lieb L, Ludwig DD, Ward J. *Neuropsychological functioning in human immunodeficiency virus type 1 seropositive children infected through neonatal blood transfusion*. Pediatrics. 1991 Jul;88(1):58-68

Janssen RS, Nwanyanwu OC, Selik RM, Stehr-Green JK. *Epidemiology of human immunodeficiency virus encephalopathy in the United States*. Neurology. 1992 Aug;42(8):1472-6.

Mangone CA, Allegri RF, Arizaga RL, Ollari JA. *Demencia: enfoque multidisciplinario*. Ediciones Sagitario, Buenos Aires, 1997

Mintz M. *Neurological and developmental problems in pediatric HIV infection*. Journal of Nutrition . 1996 Oct;126(10 Suppl):2663S-2673S

Millana Cuevas, Portellano y Martínez Arias. *Alteraciones neuropsicológicas en niños infectados por el virus de inmunodeficiencia humana*. Revneurol 2007; 44 (6): 366-374

Nozyce M, Hittelman J, Muenz L, Durako SJ, Fischer ML, Willoughby A. *Effect of perinatally acquired human immunodeficiency virus infection on neurodevelopment in children during the first two years of life*. Pediatrics. 1994 Dec;94(6 Pt 1):883-91

Willen EJ. *Neurocognitive outcomes in pediatric HIV*. Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 2006;12(3):223-8.



ONU SIDA : [www.unaids.org](http://www.unaids.org)

Fundación Huésped: [www.huesped.org.ar](http://www.huesped.org.ar)

Sociedad Argentina de Sida: [www.sasnac.org.ar](http://www.sasnac.org.ar)

Asociación Redes Nueva Frontera: [www.redesnuevafrontera.org.ar](http://www.redesnuevafrontera.org.ar)

Centro Nacional de Referencia Para el SIDA: [www.cnrsida.org.ar/](http://www.cnrsida.org.ar/)

Red Latinoamericana de Personas Viviendo Con VIH/Sida:  
[www.redla.org](http://www.redla.org)

Para más información comuníquese con la Lic. Leticia Florentini  
a [fiorentinil@hotmail.com](mailto:fiorentinil@hotmail.com)

---