

Enfermedad De Parkinson

Autora:

Dra. Alejandra Vilchez M.P.N° 19.574/2

Especialista en Neurología N° 7.528

Miembro del Comité de Contralor de Neurología del CMPC

1) Concepto y Definición

La enfermedad de Parkinson (EP; también conocida como parálisis agitante) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva crónica; descrita por primera vez en el año 1817 por James Parkinson.

Tradicionalmente, se la ha considerado un trastorno del sistema motor, sin embargo, actualmente se reconoce que es una afección compleja con diversas características clínicas que incluyen manifestaciones neuropsiquiátricas y otras no motoras además de su sintomatología motora

Se estima que la prevalencia mundial de la EP es del 0,3 % en la población general de 40 años o más+

En el año 2016, la prevalencia mundial estimada fue de 6,1 millones de personas.

Las estimaciones de la incidencia de la EP (número de casos nuevos por año) oscilan entre 8 y 18,6 por 100 000 años-persona

Se ha observado una preponderancia masculina de la EP en muchos, pero no en todos, los estudios epidemiológicos, lo que sugiere que los hombres tienen un mayor riesgo que las mujeres de desarrollar la EP.

2) Manifestaciones clínicas

Las características cardinales de la EP son temblor, bradicinesia y rigidez, en casos más avanzados también lo es inestabilidad postural.

Temblor: Se presenta durante el reposo; a diferencia del temblor esencial o esclerosis múltiple, que suelen ser temblores de acción.

En estadios tempranos, suelen ser unilaterales, intermitente y es posible que los demás no lo noten. A medida que avanza la enfermedad, el temblor suele hacerse evidente y se va propagando de manera contralateral durante los años. Afecta preferentemente extremidades, sin embargo puede afectar labios o mandíbula, rara vez cabeza.

Es la presentación inicial en el 70 al 80 por ciento de los pacientes con EP, y lo presentaran durante el curso de la enfermedad entre el 79 y el 100 de los pacientes.

Bradicinesia: Es la lentitud de movimiento generalizada y está presente al inicio de la EP en aproximadamente el 80 % de los pacientes. Podría decirse que es la principal causa de discapacidad en la EP y finalmente se observa en casi todos los pacientes.

Rigidez: la rigidez es una mayor resistencia al movimiento pasivo sobre una articulación y ocurre en aproximadamente el 75 al 90 por ciento de los pacientes con EP a menudo comienza unilateralmente y, por lo general, en el mismo lado que el temblor, si lo hay, y eventualmente progresa hacia el lado contralateral y permanece asimétrica a lo largo de la enfermedad. La rigidez en rueda dentada se puede ver en la EP, y el término se refiere a un patrón de resistencia y relajación de trinquetes.

Inestabilidad postural: Aparece en estadios avanzados de la enfermedad, es importante su evaluación a través de prueba de tracción, ya que, de aparecer a

inicios de la enfermedad , probablemente tengan otro síndrome parkinsoniano, como parálisis supranuclear progresiva o atrofia multisistémica (MSA).

Otros síntomas motores comunes :

- Craneofacial: Hiponimia, Disminución de parpadeo , Alteraciones del habla, , Disfagia, Sialorrea
- Visual: Visión borrosa, Deterioro de la sensibilidad al contraste, - Sacádicos hipométricos , Reflejo vestibuloocular alterado, Alteración de la mirada hacia arriba y la convergencia, apraxia del párpado
- Musculoesquelético: Micrografía, Distonía , Mioclonía, postura encorvada ,Camptocormia (flexión anterior severa de la columna toracolumbar- Síndrome de Pisa (distonía axial subaguda con flexión lateral del tronco, la cabeza y el cuello) ,Cifosis, Escoliosis, Dificultad para girar en la cama
- Marcha: Marcha arrastrando los pies, paso corto , Congelación , Festinación

Síntomas no motores :

- Suelen estar presente hasta en el 97% de los pacientes al momento del diagnóstico.
- Disfunción cognitiva y demencia: Es una demencia subcortical, con retraso psicomotor, dificultad de memoria y alteración de la personalidad.Los déficits en el funcionamiento ejecutivo son a menudo los primeros indicadores
 - Psicosis y alucinaciones: Alucinaciones visuales y delirio paranoicos son los síntomas psicóticos más comunes propios de la enfermedad. Además todos los medicamentos antiparkinsonianos inducen psicosis , que suelen revertir al suspender la droga.
 - Trastornos del estado de ánimo que incluyen depresión, ansiedad y apatía/abulia.
 - Trastornos del sueño
 - Disfunción autonómica: incluyen ortostasis, estreñimiento, disfagia, diaforesis, dificultades urinarias y disfunción sexual
 - Disfunción olfativa
 - Disfunción gastrointestinal
 - Dolor y alteraciones sensoriales
 - Hallazgos dermatológicos: Dermatitis seborreica, hiperhidrosis y dermatofitosis

3) Diagnóstico:

Si bien el verdadero "estándar de oro" para un diagnóstico definitivo es el examen neuropatológico, el estándar de oro para un diagnóstico clínico, se basa en evaluación del paciente a través de la escala de calificación de enfermedad de Parkinson unificada de MDS .

Esta evaluación debe complementarse con estudios a fin de, excluir imitaciones de esta enfermedad.

- RMN de cerebro: Permite excluir imitaciones como accidente cerebrovascular o hidrocefalia. Debe ser solicitada en la primer consulta
- Pruebas olfatorias: Se consideran útiles para diferenciar la EP de otros trastornos parkinsonianos. Realizar en primer consulta, y durante seguimiento

Otros estudios útiles, en caso de duda diagnóstica :

- DaTscan : (imágenes del transportador de dopamina estriatal) Pueden ser útiles para pacientes ocasionales para quienes el diagnóstico clínico no está claro, ya que pueden distinguir de manera confiable a los pacientes con EP y otros síndromes parkinsonianos asociados con la degeneración nigroestriatal.

- Ecografía transcraneal: En parkinsonismo temprano sugieren que la hiperecogenicidad de la sustancia negra, pero se necesita más investigación para establecer la utilidad y la precisión diagnóstica de esta técnica
- Pruebas autonómicas : la denervación simpática cardíaca, tal como se documenta en la gammagrafía miocárdica con MIBG, es relativamente sensible y específica para distinguir la EP de otras causas neurodegenerativas de parkinsonismo

4) Conducta inicial

- Establecer diagnóstico sindrómico de parkinsonismo a través de anamnesis y examen físico
- Realizar escala de MDS
- Buscar criterios de exclusión y banderas rojas para el diagnóstico
- Solicitar estudios complementarios para excluir imitadores de la enfermedad
- Recomendar inicio de tratamiento no farmacológico a todos los pacientes, y evaluar requerimiento de tratamiento farmacológico

5) Tratamiento

- Inicio de terapia

Los pacientes con signos y síntomas muy leves de la EP no necesariamente necesitan terapia anti parkinsoniana si los síntomas no interfieren con la calidad de vida y prefieren evitar los efectos secundarios de los medicamentos, ya que, muchos de ellos desarrollan complicaciones motoras relacionadas con la levodopa dentro de los 5 a 10 años posteriores al inicio de la levodopa.

En caso de que los síntomas interfieran con la calidad de vida, y el paciente este dispuesto a iniciar terapia antiparkinsoniana se plantea la estrategia terapéutica farmacológica o quirúrgica de ser candidato, para ello se recomienda evaluación y seguimiento por médico especializado, y de ser posible en un ámbito de tercer nivel.

- Fármacos disponibles

En orden descendente de potencia dopaminérgica:

1. Levodopa, más comúnmente en forma de carbidopa-levodopa
2. Agonistas dopaminérgicos no ergotamínicos (AD) como pramipexol , ropinirol y rotigotina .
3. Inhibidores de la monoamino oxidasa tipo B (MAO B) (rasagilina , safinamida y selegilina)
4. Amantadina , un promotor de la dopamina con efectos anticolinérgicos

- Selección de Fármaco

Predominantemente rígido – bradicinesia

1. Menor a 65 años cognitivamente sano: AD o IMAOB, si no responde agregar levodopa
2. Menor a 65 con deterioro cognitivo o mayor a 65 años: levodopa

Predominantemente temblor:

1. Cualquier edad con deterioro cognitivo: levodopa
2. Sin deterioro cognitivo mayor a 65 años: Amantadina, si no mejora, agregar levodopa
3. Sin deterioro cognitivo, menor a 65 años: trihexifidilo(antimuscarínico) si no responde suspenderlo e iniciar amantadina , si no mejora agregar levodopa, si aun persiste , evaluar ECP .

- Dosificación

1. Levodopa: inicialmente medio comprimido de IR de 25 mg/100 mg , dos o tres veces al día. Se debe aspirar a usar la dosis más baja de levodopa que produzca una respuesta clínica útil, la mayoría logra una respuesta clínica con el uso de 300 a 600 mg diarios
2. AD:

Pramipexol : se inicia con 0.125 mg tres veces al día. La dosis debe aumentarse gradualmente en 0,125 mg por dosis cada cinco a siete días. La mayoría de los pacientes pueden manejarse con dosis diarias totales de 1,5 a 4,5 mg. Se requieren ajustes de dosis para la insuficiencia renal.

Ropinirol : Se inicia con 0.25 mg tres veces al día. La dosis debe aumentarse gradualmente en 0,25 mg por dosis cada semana durante cuatro semanas hasta una dosis diaria total de 3 mg.

Rotigotina: un parche de una vez al día que generalmente se inicia con 2 mg/24 horas y se titula semanalmente aumentando el tamaño del parche en incrementos de 2 mg/24 horas hasta una dosis de 6 mg/24 horas.

3. IMAOB:

Selegilina : LA dosis mas usada es 5 mg dos veces al día

Rasagilina : Se inicia con 0,5 mg una vez al día y luego se aumenta a 1 mg una vez al día, siempre que se tolere bien.

Safinamida : se inicia con 50 mg una vez al día y se puede aumentar a 100 mg al día después de 14 días según la tolerabilidad

4. Amantadina:

La dosis de amantadina IR es de 100 mg dos o tres veces al día; no hay evidencia de que las dosis más grandes tengan un beneficio adicional. Las formulaciones de ER se dosifican una vez al día.

- Reacciones adversas:

1. Levodopa: las náuseas, la somnolencia, mareos, cefalea, confusión, alucinaciones, delirios, agitación, psicosis e hipotensión ortostática
2. AD: como náuseas, vómitos, somnolencia, hipotensión ortostática, confusión y alucinaciones, edema periférico, juego patológico, el comportamiento sexual compulsivo o la compra compulsiva en hasta el 50 por ciento de los pacientes con uso a largo plazo, pueden generar síndrome de abstinencia ante su suspensión brusca.
3. IMAOB: náuseas, cefalea, caídas, insomnio y discinesia
4. Amantadina: livedo reticularis , edema de tobillo, La confusión, las alucinaciones y las pesadillas

- Reajuste frente a reacciones adversas

Discinesias: ajustar levodopa disminuyendo dosis e intervalos, o añadir amantadina , si persisten , evaluar ECP (estimulación cerebral profunda)

Trastornos psiquiátricos: reducir fármacos dopaminérgicos o añadir quetiapina

Nauseas, mareos, etc : reemplazar por levodopa de acción prolongada

6) Control y seguimiento de tratamiento:

- Paciente sin tratamiento farmacológico: valorar cada 3 a 6 meses
- Paciente con tratamiento farmacológico: inicialmente debe titularse la levodopa según la respuesta subjetiva de los síntomas, a travez del examen físico y la impresión general de la respuesta del paciente y del cuidador . Dependiendo del paciente, se recomienda valorarlo cada 3 meses.

7) IATROGENIA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

La iatrogenia con relación a la enfermedad de Parkinson puede estar relacionada en primera instancia a error diagnóstico. La falta de este puede generar perdida en la calidad de vida, caídas, (con el consiguiente riesgo de fracturas por la edad de los pacientes), compromiso postural y deglutorio

Otro aspecto a tener en cuenta son los efectos adversos más comunes de los medicamentos utilizados para tratar esta enfermedad:

Dopamina: lo más frecuente es la intolerancia gástrica con náuseas y vómitos. Alucinaciones visuales en pacientes ańosos o con exceso de dosis.

Pramipexole: Este agonista dopaminérgico puede generar insomnio, agitación psicomotriz y alucinaciones. También ludopatía

Razagilina: al tratarse de otro agonista dopaminérgico de la misma familia del pramipexole los efectos adversos son similares

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Initial-pharmacologic-treatment-of-parkinson-disease. Up to date. Meredith A. Spindler, MD. Dr. Daniel Tarsy. 2023
- 2- Clinical-manifestations-of-parkinson-disease. Up to date. Kelvin L. Chou. 2023.
- 3- Tratado de geriatría para residents, Sociedad Argentina de Geriatría. Enfermedad de parkinson 2006. Cap. 19 .507-518/ M. Teresa Díaz.
- 4- Toma de desiciones en neurología. Brett L. cucchiara.moviemoto anormales. Tratamiento inicial de enfermedad de Parkinson. 2015 . 234