

---

## Enfermedad de Parkinson (EP)

### 1. CONSIDERACIONES GENERALES

#### Definición y epidemiología

La EP es una enfermedad neurodegenerativa relacionado con la edad. Su prevalencia en España es 270/ 100.000 habitantes. Los síntomas se inician habitualmente a partir de la 6ª década de la vida, con frecuencia similar en hombres y mujeres. La EP constituye más del 70% de los síndromes rígido-acinéticos.

#### Clasificación

Al tratarse de una enfermedad crónica y progresiva, es importante conocer en qué **fase** de la enfermedad se encuentra el paciente:

- **Inicial:** signos y síntomas con escaso impacto sobre calidad de vida. Precisan rehabilitación y educación sanitaria.
- **Intermedia:** el paciente responde a agonistas dopaminérgicos o L-dopa, sin fluctuaciones ni complicaciones
- **Avanzada:** mejoría sintomática de las alteraciones del paciente pero ésta es insuficiente, limitada en el tiempo y se asocian movimientos involuntarios, trastornos cognitivos u otros efectos secundarios como fluctuaciones.
- **Final:** ausencia de respuesta o toxicidad medicamentosa a dosis subterapéuticas.

La progresión se mide en **estadios evolutivos** con distintas escalas, siendo la de Hoehn y Yahr la más utilizada. Para medir la respuesta al tratamiento se utiliza la escala UPDRS (Unified Parkinson Disease Rating Scale).

#### Fisiopatología

Se basa en la disfunción del sistema nigro-estriado: al lesionarse las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra, disminuye la producción de dopamina, con el consiguiente predominio de los sistemas colinérgicos. En las neuronas supervivientes se forman cuerpos de inclusión: cuerpos de Lewy.

#### Etiología

Actualmente se valoran:

- Origen familiar (susceptibilidad genética).
- Causas exógenas, de forma aislada (tóxicos como MPTP)
- Asociadas a defectos defensivos endógenos.

### 2- EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

#### Síntomas y signos

El diagnóstico de la EP es clínico

El cuadro clínico se caracteriza por bradicinesia y al menos uno de los siguientes: temblor de reposo, rigidez o inestabilidad postural.

Son criterios que apoyan el diagnóstico: comienzo unilateral, curso progresivo, asimetría persistente, excelente respuesta a levodopa, presencia de corea inducida por levodopa, respuesta a levodopa durante 5 años ó más y curso clínico de 10 años ó más.

Los síntomas se pueden clasificar en fenómenos "positivos" (temblor y rigidez) y otros "negativos" (bradicinesia, abolición de los reflejos posturales y congelación de la marcha), siendo estos últimos los más invalidantes para el paciente.

Los síntomas iniciales son de instauración lenta e insidiosa: fatiga, pérdida de destreza manual, temblor, etc. suelen ser inicio unilateral aunque posteriormente se hacen bilaterales y de curso lentamente progresivo.

Características de los síntomas y signos:

- **Temblor: de reposo**: es la forma de presentación más habitual. De predominio distal y en extremidades superiores inicialmente; afecta posteriormente a labios, mentón, lengua y extremidades inferiores. Es característico el temblor de "contar monedas" y poco habitual el temblor cefálico. Puede incrementarse con el nerviosismo y la realización de movimientos repetitivos con el miembro contralateral. El temblor desaparece con el sueño.
- **Rigidez**: aumento del tono durante el movimiento pasivo de una extremidad; puede ser continua (tubo de plomo), entrecortada (diente de sierra o rueda dentada). También es de predominio distal. Plantea diagnóstico diferencial con contracción voluntaria u oposición frontal.
- **Bradicinesia**: lentitud en la ejecución del movimiento con reducción progresiva de la velocidad y amplitud de los movimientos.
- **Inestabilidad postural**: se trata de una afectación propia de fases tardías, aunque puede afectarse en fases iniciales de otros síndromes rígido-acinéticos (PSP). Se exploran habilidad para la bipedestación, reflejos posturales de enderezamiento, reacciones anticipatorias y de rescate.
- **Trastornos cognitivos**: son frecuentes en estadios iniciales; sin embargo la *demencia* precoz orienta el diagnóstico hacia parkinsonismo-plus.
- **Trastornos afectivos**: depresión ansiedad.
- **Otros síntomas**: disfonía, disfagia en estadios avanzados, sialorrea, alteraciones autonómicas como estreñimiento, impotencia, urgencia miccional, nicturia y polaquiuria o dermatitis seborreica.

Exploraciones complementarias.

Se utilizan principalmente para excluir otras causas de parkinsonismo secundario.

- TAC craneal o RM para descartar lesión tumoral, lesiones vasculares múltiples (estado lacunar), hidrocefalia normotensiva, depósitos cálcicos o atrofia del tronco de encéfalo (TE).
- Analítica de sangre para valorar hipotiroidismo, alteraciones del metabolismo del cobre, disfunción hepática, alteraciones del metabolismo fosfocálcico.

También se utilizarán para el diagnóstico de las complicaciones de la EP: infección urinaria (analítica de orina con sedimento y cultivo), hipotensión ortostática (toma de TA en bipedestación y decúbito) u otras.

Diagnóstico diferencial

Síndrome rígido acinético

- Primario
  - Enfermedad de Parkinson
  - Otras enfermedades degenerativas
    - Atrofia multisistema: degeneración estrionígrica y atrofia olivopontocerebelosa.
    - Parálisis supranuclear progresiva
    - Degeneración corticobasal
    - Enfermedad de Huntington juvenil
    - Complejo Parkinson-demencia-ELA
- Secundario
  - Post encefalítico
  - Yatrógeno
  - Tóxicos exógenos: Manganeseo, CO, MPTP, metanol, mercurio
  - Estado lacunar (vascular)
  - Metabólico:

- Hipoparatiroidismo (calcificaciones de los ganglios basales)
- Enfermedad de Wilson
- Encefalopatía portosistémica
- Hidrocefalia oculta

En general apoyan el diagnóstico de E. Párkinson: inicio unilateral; temblor de reposo y buena respuesta a levodopa.

### 3- ACTITUD TERAPÉUTICA EN URGENCIAS

No se trata de una enfermedad de inicio agudo por lo que en sí misma no motiva una consulta urgente. En cambio, no es infrecuente que los pacientes consulten por empeoramiento de su clínica habitual o complicaciones relacionadas con el tratamiento; bien sea un efecto secundario de un fármaco antiparkinsoniano, bien relacionado con la terapia prolongada con levodopa.

Tratamiento de diferentes síntomas en el área de Urgencias:

- *Nauseas*: (30%) generalmente causadas por agonistas dopaminérgicos: añadir domperidona (Motilium 10 o 20 mg antes de cada comida) y tomar agonistas dopaminérgicos con comidas.
- *Estreñimiento* (hasta 50%): hábitos higiénicodietéticos, laxantes (glicerina, aceites, parafinas), enemas...
- *Síntomas urinarios*:
  - o hiperactividad del detrusor. Tratar con Oxybutirina 5-30 mg/día o Popantelina 7,5-15 mg/día.
  - o Hipoactividad del detrusor: Fenoxibenzamina o Prazosina.
- *Hipotensión ortostática*: secundario a disautonomía, quizás también a agonistas dopaminérgicos. Si es muy sintomática (inseguridad, debilidad, fatiga, dolor en cualllo al pasar a bipedestación), aumentar tomas de sal o tratar con corticoides como Fluorocortisona (0,1-0,4 mg/día ) Miododrina (2,5-20 mg/día)
- *Lentificación del vaciado gástrico*: tratar con antagonistas dopaminérgicos (domperidona).
- *Otros*: hipersudoración, caídas y congelaciones, trastornos sexuales, patología vascular periférica, sialorrea, taquifemia...
- *Alucinaciones*: son propias de la EP en fases avanzadas y su tratamiento consiste en la disminución de agonistas dopaminérgicos o levodopa así como la asociación de un fármaco neuroléptico atípico.

Tratamiento médico no urgente

- Fármacos usados en la Enfermedad del Parkinson.

GRUPO	NOMBRE DEL PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL
L-DOPA	L-Dopa + Carbidopa	Sinemet, Sinemet retard
	L-Dopa + Berseracida	Madopar
Agonistas Dopaminérgicos	Bromocriptina	Parlodel – en desuso
	Pergolida	Pharken – en desuso
	Lisuride	Dopergin – en desuso
	Ropinirol	Requip
	Apomorfina	Apo-go
	Pramipexol	Mirapexin

	Cabergolina	Sogilen
	Rotigotina (parche)	Neupro
Anticolinérgicos	Triexifenidil	Artane – ya no se usa
	Biperideno	Akineton – ya no se usa
	Prociclidina	Kemadren – ya no se usa
Inhibidores de la MAO - B	Selegilina	Plurimen
	Rasagilina	Azilect
Inhibidores de la COMT (ICOMT)	Entacopone	Comtan
	Tolcapone	Tasmar – uso en medio hospitalario
ICOMT + L-Dopa		Stalevo
Amantadina	Amantadina	

1. Levodopa (L-3,4-dihidroifenilalanina)

- Se recomienda utilizar la mínima dosis eficaz. Se comercializa L-dopa asociada a 2 inhibidores de la DDC (75 a 150 mg/día)
- Problemas y complicaciones del tratamiento crónico con levodopa:
  - Fluctuaciones motoras: deterioro fin de dosis, fenómeno “on-off” y otras.
  - Discinesias: de pico de dosis (corea, atetosis, distonía), distonía de los periodos “off”.  
\*ambas situaciones son de difícil control y en la actualidad son varias las estrategias terapéuticas utilizadas para ello: asociar inhibidores de la COMT, utilizar formulaciones de liberación retardada o disminuir la dosis de levodopa sustituyéndola por agonistas dopaminérgicos. En cualquier caso el tratamiento debe individualizarse.
- Efectos secundarios de la levodopa:
  - periféricos: náuseas, vómitos, hipotensión ortostática
  - centrales: trastornos psiquiátricos, insomnio.

2. Agonistas dopaminérgicos: Se asocian a menos fluctuaciones motoras y discinesias que la levodopa. Efectos secundarios: náuseas y vómitos, molestias digestivas y cuadros alucinatorios y trastornos cardiacos y respiratorios restrictivos preferentemente en los agonistas de tipo ergótico.

Criterios de ingreso y tratamiento al alta.

Para elegir entre un estudio y tratamiento ambulatorio o en régimen de ingreso, es fundamental conocer el estadio de la enfermedad y su respuesta al tratamiento.

Respecto al síntoma o conjunto de síntomas que motivan su atención urgente: el grado de incapacidad que generan, el tiempo y modo de instauración.

Fármacos que inducen o empeoran el parkinsonismo: actividad manifiesta:

- Neurolépticos clásicos: Flufenacina (Modecate), Haloperidol, Pimozida (Orap), Tiaprida, (Tiaprizal), Flupentixol (Deanxit)
- Neurolépticos atípicos: Olanzapina (Zyprexa); Risperidona (Risperdal)
- Neurolépticos usados en síntomas digestivos: Metoclopramida (Primperan, Aeroflat), Cleboprida (Flatoril),
- Neurolépticos usados en vértigo y ansiedad: Sulpirida (Dogmatil, Tepazepan), Tietilperazina (Torecan)
- Bloqueantes de canales de calcio: Flunarizina (Sibelium), Cinarizina (Stugeron)

- Hipotensores: Metildopa (Aldomet)

En el caso de síndromes parkinsonianos invalidantes inducidos por fármacos, en el área de urgencias se pueden tratar con anticolinérgicos como biperideno (Akineton), a dosis de 2,5-5 mg por vía iv o im, pudiéndose repetir la dosis si no fuese eficaz en 30 min. La dosis máxima diaria es de 10-20 mg. Esta medicación está contraindicada en pacientes con glaucoma de ángulo cerrado en estenosis de tracto gastrointestinal o megacolon. Como efectos secundarios más frecuentes se encuentran: sequedad de boca, midriasis, estreñimiento, sudoración o disminución de frecuencia cardíaca.

Conviene recordar que un parkinsonismo avanzado puede empeorar por cuadros sistémicos como un síndrome febril.

La suspensión brusca del tratamiento con agonistas dopaminérgicos o L-Dopa, puede producir un síndrome neuroléptico maligno.

Los pacientes portadores de un estimulador cerebral profundo (ECP), tienen complicaciones propias de los dispositivos y la cirugía: infecciones, agotamiento de la batería...por lo es conveniente que acudan a centros especializados en el manejo de dichos dispositivos (habitualmente aquellos que ofrecen tratamiento quirúrgico para la EP).

#### 4- BIBLIOGRAFÍA

- Los trastornos del movimiento – L.J. López del Val, G. Linazasoro Cristóbal – Ed. Línea de comunicación.
- Diagnosis and Initial Management of Parkinson's Disease – John G. Nutt, M.D. and Frederick Wooten, M.D. – NEJM sept 8, 2005, 353;10.
- Enfermedad de Parkinson - guía terapéutica de la sociedad catalana de neurología Dr. Jaume Kulisevsky Bojarski - Servicio de neurología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.