

Conociendo el Parkinson..., pregunta - respuesta

Doctor, a veces tengo la sensación de que hay alguien detrás de mi o como si una persona pasara rápidamente por detrás de mi, ¿qué es eso?

1. **Son alucinaciones visuales simples típicas de la enfermedad de Parkinson.**
2. Son síntomas inespecíficos sin importancia.
3. Lo más probable es que se deba a un problema oftalmológico y hay que ir al oftalmólogo.
4. Es debido a la ansiedad.
5. Los tratamientos usados para el Parkinson como la levodopa o los agonistas suelen mejorarlo.

Las **alucinaciones visuales** consisten en que el paciente ve algo que no es real, que no existe, y se han descrito desde hace años como un fenómeno asociado a la enfermedad de Parkinson. **Pueden aparecer hasta en el 40 a 50% de los pacientes con enfermedad de Parkinson.**

Causas y factores asociados

Aunque inicialmente se pusieron en relación con la toma de **fármacos** como agonistas dopaminérgicos (rotigotina, pramipexol, ropinirol) o anticolinérgicos, estudios recientes han encontrado una mayor relación con una peor función cognitiva y **deterioro cognitivo** precoz, **mayor tiempo de evolución** de enfermedad, mayor grado de **severidad motora**, **disautonomía**, **rigidez axial**, **síntomas depresivos** y **menor agudeza visual** (pacientes que ven peor por el motivo que sea, cataratas, enfermedad de la retina, etc.) que con las dosis de terapia dopaminérgica. No es raro que pueda haber pacientes que no las tienen y que de forma brusca pierden visión por otro problema y desarrollan alucinaciones visuales muy importantes.

Su origen fisiopatológico se basa en una disfunción combinada de la corteza prefrontal dorsolateral y áreas de procesamiento visuoespacial dependientes de la corteza parietooccipital. Anatomopatológicamente, la presencia de alucinaciones se ha correlacionado con un depósito mayor de cuerpos de Lewy (marcador típico y característico de la enfermedad de Parkinson formado por depósitos anómalos de alfa-sinucleína) en varias áreas, fundamentalmente la amígdala. Para más información, ver <https://www.youtube.com/watch?v=LPDf4S6yhyI>.

Evolución en el tiempo y tipos

Las alucinaciones tienden a empeorar en frecuencia y severidad y su fenomenología varía con la evolución de la enfermedad. En los primeros 5 años, suelen ser menores y fugaces con autocrítica preservada, ya sea en forma de **ilusiones ópticas** (poliopia, palinopsia, cambios de forma y color), **alucinaciones presenciales** (sensación de estar acompañado por una persona colocada por detrás de los hombros), o **alucinaciones de pasajes** (de manera intermitente y fugaz y por la periferia del campo visual el paciente ve sombras, personas o animales).

Con la evolución, las alucinaciones se vuelven más estructuradas, en forma de **personas** fallecidas, conocidas o anónimas (70%), **animales** (30%), y **partes del cuerpo aisladas u objetos móviles** (10%). En estadios avanzados, el paciente puede perder la autocrítica y asociar **sintomatología delirante**, fundamentalmente paranoide o celotípica. Otros delirios pueden ser de referencia, somáticos, de grandeza, de control, religiosos, de culpa, de lectura, difusión, robo e inserción del pensamiento (se muestran muy desconfiados y se imaginan cosas como que les entran en casa a robar, les quieren envenenar, etc.). Un 10% puede presentar también alucinaciones auditivas, táctiles o gustativas, generalmente asociadas a otras visuales complejas.

Tratamiento y manejo

Las alucinaciones tienen un impacto negativo sobre el paciente, siendo un factor asociado a institucionalización y mortalidad. El tratamiento implicaría **simplificar medicación dopaminérgica** retirando fármacos de grupos como los anticolinérgicos, IMAO-B (selegilina, rasagilina o safinamida), agonistas dopaminérgicos (rotigotina, pramipexol, ropinirol), ICOMT (entacapona, tolcapona, opicapona) o amantadina y ya en último lugar si el paciente sólo recibe levodopa bajar la dosis con intención de mejorar el problema. El problema es que al bajar la dosis de levodopa puede empeorar la movilidad. Otros tratamientos útiles pueden ser la **rivastigmina** (en parche o oral, indicado en casos de demencia-Parkinson o Alzheimer) o bien antipsicóticos como la **quetiapina**. La pimavanserina está comercializada en Estados Unidos (como Nuplazid®) pero no aprobada en Europa. **Medidas no farmacológicas** como facilitar un entorno tranquilo, no cambios de la rutina, distraer al paciente, mantener la calma, etc., pueden ayudar (<https://www.youtube.com/watch?v=GVsBsfZl4zE>).

En resumen, las alucinaciones visuales son frecuentes en los pacientes con enfermedad de Parkinson. Por una parte pueden deberse a la propia enfermedad pero también a los medicamentos usados para el Parkinson. Su manejo implica retirar tratamientos simplificando la terapia. Fármacos antipsicóticos y antidemencia también pueden mejorarlas.