



CUANDO LA ENFERMEDAD AVANZA

Complicaciones motoras y
síntomas axiales

Dra. Esther Cubo Delgado

Departamento de Neurología
Hospital Saniatrio de Burgos
Burgos

CEP



1

COMPLICACIONES MOTORAS

SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON:
LO QUE EL PACIENTE SUFRE



En la enfermedad de Parkinson (EP) hay una buena respuesta a la medicación durante los primeros años, lo que se llama “luna de miel”. Sin embargo, con los años y debido al efecto de la medicación y la propia progresión de la enfermedad los pacientes van a desarrollar complicaciones motoras, que como veremos se clasifican en (1) fluctuaciones motoras y (2) discinesias. Éstas aparecen en entre el 30% y 50% de los pacientes a los 5 años de haber empezado con levodopa. Igualmente, con la evolución irán apareciendo síntomas axiales como problemas para tragar, hablar, de la postura con tendencia a estar más encorvados o problemas para caminar con bloqueos de la marcha (los pies se quedan pegados al suelo) que incrementan el riesgo de caídas.



Enfermedad **fluctuante**



Cuando un paciente con Parkinson tiene complicaciones motoras que no podemos controlar con medicación adecuadamente, hablamos de enfermedad de Parkinson avanzada.

Los pacientes con **enfermedad avanzada** pueden presentar diferentes estados motores:



ON

El paciente se encuentra **muy bien** y los síntomas parkinsonianos han mejorado.



OFF

El paciente se encuentra **mal**, con empeoramiento de los síntomas motores.



**ON
con
DISCINESIAS**

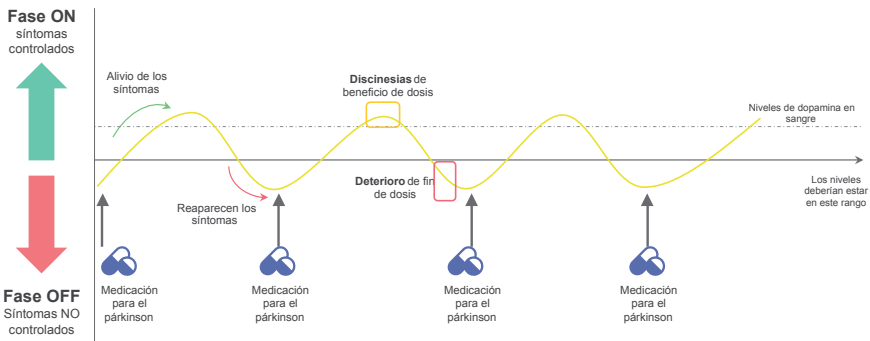
El paciente se encuentra **bien** pero con movimientos anormales.



Fluctuaciones motoras

Día normal de un paciente con párkinson con fluctuaciones motoras y discinesias.

Alterna momentos malos (OFF) con buenos (ON) y a veces con movimientos excesivos involuntarios (discinesias).



45

En el presente dibujo se muestra lo que sucede a lo largo del día en un paciente con EP avanzada. La línea amarilla muestra los niveles de dopamina en sangre que fluctúan a lo largo del tiempo. Lo ideal es que siempre estuvieran en el rango marcado, ya que por encima del mismo el exceso de dopamina ocasiona discinesias (movimientos involuntarios anormales) y por debajo momentos OFF (reaparecen o se incrementan síntomas como el temblor, rigidez, lentitud de movimientos, etc.). A primera hora los niveles están bajos (izquierda) y al tomar la medicación (dibujada en azul y blanco) los niveles suben (flecha verde) y el paciente al rato (puede variar desde 15 minutos a 1 hora) mejora. El problema es que

antes de la siguiente toma los niveles bajan de nuevo (flecha roja) y el paciente entra en OFF. Es decir, la pastilla no le llega hasta la siguiente toma. Por contra, en otros momentos los niveles de medicación son excesivos y pueden aparecer discinesias, como viene representado en el recuadro naranja de arriba. El objetivo sería dar medicación que permita mantener los niveles de dopamina en el rango sin fluctuar y esto es lo que permiten medicamentos como el parche de rotigotina, los comprimidos de liberación retardada para tomar 1 vez al día de pramipexol o ropinirol o las bombas de infusión (levodopa enteral o apomorfina). En esta línea, el efecto de la cirugía (estimulación cerebral profunda) es similar.

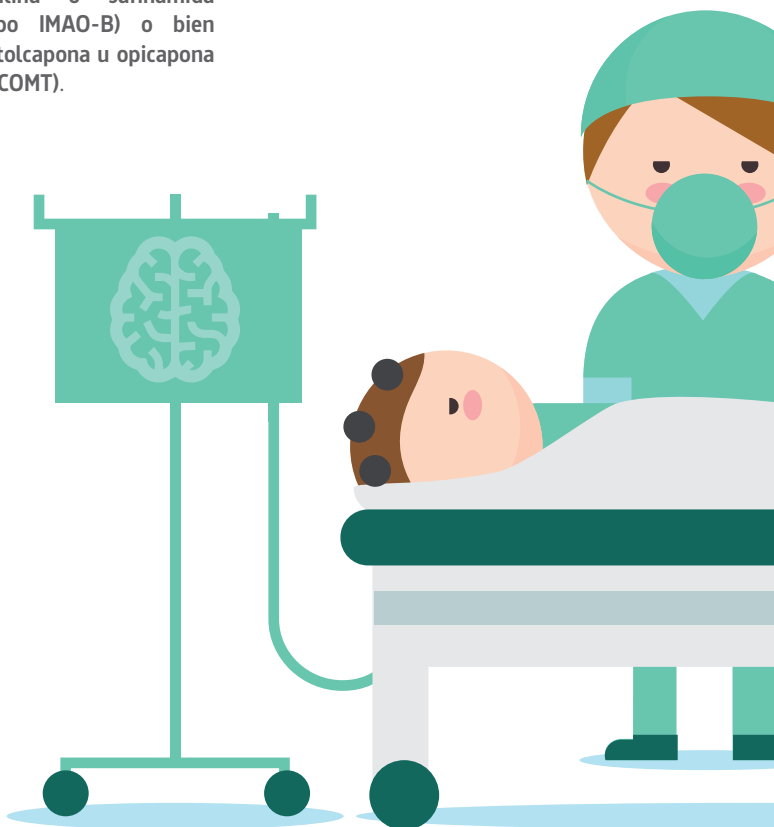


Tratamiento para las fluctuaciones



Cuando las **fluctuaciones** son **leves** suele precisarse el **uso de fármacos que prolonguen el efecto de la levodopa/dopaminérgico**. Entre las estrategias estarían dar más levodopa (más dosis o más tomas al día en dosis similar), asociar un agonista dopaminérgico (rotigotina, ropinirol, o pramipexol), rasagilina o safinamida (fármacos del grupo IMAO-B) o bien asociar entacapona, tolcapona u opicapona (fármacos del grupo ICOMT).

Cuando las **fluctuaciones** motoras son **graves**, los pacientes pueden requerir **terapias más complejas** como son la **perfusión continua de apomorfina, gel de levodopa intrainestinal, o la estimulación cerebral profunda**.



Discinesias



Llamamos discinesias a la **presencia de movimientos involuntarios** que suelen ocurrir tras tomar la medicación antiparkinsoniana.

A veces pueden producir importante repercusión funcional.

El **tratamiento** suele ser el ajuste **mediante medicamentos antiparkinsonianos** de larga vida media de duración.

En algunos casos requiere **estimulación cerebral profunda**. También pueden mejorar con bombas de infusión (levodopa intrainestinal o bien apomorfina subcutánea).





2 SÍNTOMAS AXIALES



Suelen manifestarse en estadios avanzados de la enfermedad. Se caracterizan por: **afectación del lenguaje, dificultad para tragar** saliva o alimentos (disfagia), **alteraciones de la postura, marcha y equilibrio**.





Trastorno del lenguaje

Algunos pacientes pueden tenerlo desde el principio.

Puede haber **diferentes tipos de trastornos:**

- _Voz con **tono bajo**.
- _ **Disartria**. Deficiente articulación de la palabra.
- _ **Taquifemia**. Lenguaje rápido bajo juntando las palabras.
- _ **Fluencia verbal**. Problemas de que no salen las palabras.



Es fundamental como terapia la **LOGOPEDIA**.

La medicación dopaminérgica y la cirugía (estimulación cerebral profunda) en ocasiones pueden empeorar el lenguaje.



Trastorno de la **marcha** y caídas

Los pacientes con Parkinson **pueden presentar caídas**, sobre todo **cundo no hace efecto la medicación antiparkinsoniana**.

Los pacientes con caídas repetidas pueden presentar graves complicaciones: hematomas, fracturas, necesidad de institucionalización por falta de autonomía personal, etc.



¿Cómo evitar las caídas?

_Es importante **ajustar bien el tratamiento** antiparkinsoniano.

_Realizar **fisioterapia**.

_**Evitar situaciones peligrosas** que favorezcan las caídas en el hogar.

_El neurólogo deberá intentar **identificar las causas** para poder intentar actuar sobre las mismas.

Las causas de las caídas pueden ser múltiples:

_ **Bloqueos de la marcha** durante los períodos OFF (no hace efecto la medicación antiparkinsoniana) o a veces en ON. El paciente nota que los pies se le quedan como pegados al suelo y le cuesta caminar, está como congelado. Suele pasar al inicio, en los giros o al pasar por sitios estrechos. Si los bloqueos son en OFF el objetivo es reducir ese tiempo OFF con medicación. Si los bloqueos son en ON, por contra, más medicación puede empeorarlos.

_ **Bajadas de tensión** arterial.

_ **Efecto sedante** de los medicamentos.





Disfagia.

Dificultad para tragar

Suele ocurrir durante los **períodos “OFF”**.

Los pacientes pueden presentar complicaciones importantes como las **infecciones respiratorias por broncoaspiración**.

Si ocurre debe ser evaluada y tratada de forma precoz.

Los pacientes se pueden beneficiar mediante:

_ **Ajuste del tratamiento** antiparkinsoniano.

_ **Mejorar la consistencia de los alimentos** mediante espesantes y en ocasiones comida pasada por túrmix.

_ **Logopedia**.

_ En algunas ocasiones es preciso realizar una **gastrostomía endoscópica percutánea (PEG)**. Ésta consiste en realizar un orificio en el abdomen para colocar un tubo que permita dar la nutrición a través del mismo y que vaya directamente al estómago, evitando posibles atragantamientos.





Conclusiones

Con la evolución de la enfermedad los pacientes con Parkinson pueden **desarrollar fluctuaciones motoras (ON-OFF) y discinesias** (movimientos involuntarios excesivos) que pueden ser muy invalidantes.

Pueden mejorar con ajustes de medicación convencional (oral y/o parche) o terapias más avanzadas (cirugía y/o bombas).

Además los pacientes **pueden desarrollar otros síntomas** axiales como **alteraciones del lenguaje, de la marcha con bloqueos y caídas, y limitación para tragar con riesgo de atragantamientos.**

Ajustes de medicación y otras terapias (fisioterapia, logopedia, etc.) **pueden mejorar estos síntomas.**



BIBLIOGRAFÍA

El libro blanco del Parkinson en España.
Federación Española de Parkinson. <http://www.fedesparkinson.org/>

Zarranz JJ. Neurología, 2013. Quinta edición.
Elsevier, ISBN: 978-84-8086-750-4



