

REVISIÓN DE LITERATURA

NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Dr. Edgardo Girón Flores ()*

La enfermedad de Parkinson debe de incluirse dentro de lo que conocemos con el nombre de síndrome de Parkinson: que corresponde a una variedad de condiciones de diferente etiología con un cuadro clínico similar.

Actualmente se estima que ocurren 36.000 casos nuevos por año en Europa y Estados Unidos.

La incidencia sobre la población total es de lo/o por arriba de los 50 años.

El criterio para la inclusión en el síndrome de Parkinson comprende:

1. Rigidez
2. Temblor
3. Bradiquinesia

SÍNDROME PARKINSONIANO

1. Parálisis agitante
2. Parkinson post-encefálico
3. Parkinson arterioesclerótico y parkinsonismo asociado con anoxia e isquemia cerebral.
4. Degeneración estriado nigral
5. Parkinson inducido por drogas: reserpina, alfametil-dopa, fenotiazinas

(*) Neurólogo clínico del H.E.- Profesor de U.N.A.H.

6. Enfermedades infecciosas: encefalitis viral, sífilis meningo vascular.
7. Parkinsonismo tóxico: Manganeseo, monóxido de carbono, disulfuro de carbono.

8. RASGOS PARKINSONIANOS EN OTRAS ENFERMEDADES NECROLÓGICAS CRÓNICAS

- a. Enfermedad de Huntington
- b. Enfermedad de Wilson
- c. Enfermedad de Alzheimer
- d. Degeneración olivo ponto cerebelosa
- e. Shy Dranger
- f. Parálisis supranuclear progresiva
- g. Jacob Creutzfeldt
- h. Complejo Parkinson y demencia de Guam.

EL PARKINSONISMO PUEDE SER DEFINIDO EN TÉRMINOS PATOFISIOLÓGICOS:

Como un imbalance entre las fuerzas inhibitorias y excitatorias estriales; o en términos bioquímicos como un imbalance entre neuronas dopaminérgicas y colinérgicas; del cuerpo estriado.

CAMBIOS PATOLÓGICOS ESENCIALES

1. Pérdida de neuronas en la parte compacta de la sustancia negra
2. Inclusiones hialinas intracitoplasmáticas cuerpos de Lewi (Esfingomielina)

3. Pérdida de la melanina sustancia negra de mesencéfalo.
4. Cambios difusos en la corteza cerebral, ganglios basales, tálamo, tallo cerebral.
5. Dilatación ventricular, degeneración marcada en Locus Ceruleus, Núcleos oculomotores, núcleo motor dorsal de vago, infartos lacunares.

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

1. Historia clínica y examen físico
2. Escritura micrográfica
3. TAC (Tomografía Axial Computarizada)

PARÁLISIS AGITANTE

Síntoma principal puede ser temblor o rigidez. El temblor aparece en los miembros distales, tipo pill rolling 4-8 ciclos/seg. rigidez con fenómeno de rueda dentada. La rigidez se inicia proximal y se extiende distal, actitud en flexión, Fascies tipo máscara, cara aceitosa, pérdida de las arrugas faciales, disminución de la sonrisa y parpadeo, debilidad y fatiga fácil. No hay debilidad al explorar las musculaturas, la sensibilidad es normal, R.O.T. normales, Bradiquinesia, producida por la rigidez, escritura es acalambada y micrográfica, lenguaje con pérdida gradual de su amplitud. Marcha Tipo Festinante.

DISFUNCION AUTOPNOMICA:

- A. Salivación excesiva
- B. Transtornos esfinterianos
- C. Hipotensión ortostática
- D. Demencia

PARKINSON ARTERIOESCLEROTICO.

Coexistencia de Parkinson mas enf. cerebro-vascular, hipertensión arterial, TIA'S defectos neurológicos

por infartos lacunares, fascies de mascara, festinación, parálisis pseudobulbar, disartria, disfasia, incontinencia emocional, incontrol de esfínteres y demencia progresiva

PARKINSON POST ENCEFALITICO

Antecedentes de encefalitis letárgica u otro tipo de encefalitis, compromiso de conciencia, crisis oculogiras, blefaroespasma, retracción párpado superior, parálisis de la acomodación, trastornos de la respiración, salivación excesiva, fascies oleosas, hipotensión arterial, comportamiento psicótico.

TERAPIA MEDICA

Terapia de reemplazo con levodopa sola (6.9gr. Average 3.5gr.)

Terapia de reemplazo con levodopa mas inhibidores dopadecarboxilasa

- | | | | | | | |
|----|-----------------------------|----------|---------|---------|---|--------|
| a. | Carbidopa | Levodopa | Sinemet | 25/250 | y | 10/100 |
| b. | Hidrocloruro de benzeracide | Levodopa | Prolopa | 125-250 | | |

Fenómeno "On Off" con respuestas

1. IDI (Improvement - Dystonia - Improvement)
2. DID (Dystonia - Improvement - Dystonia)

Uso de cantidades bajas de levodopa mas frecuente
Uso combinado de la bromocriptina 30 mgr/día.
Uso combinado con betabloqueadores tipo propanolol 10 - 40 mgr. tid.

PACIENTES CON SÍNTOMAS MÍNIMOS

(Drogas Anticolinérgicas)

- | | |
|------------|----------------|
| Artane: | Trihexifenidil |
| Pagitante: | Cicrimina |
| Akineton: | Biperideno |
| Cogetin: | Benzotropina |
| Parsidol: | Etopropazine |

CONTRAINDICACIONES

No usar levodopa en cardiopatía severa de cualquier etiología, no utilizar antihipertensivos con reserpina en Parkinsonianos, no utilizar: fenotiazinas, anfetaminas piridoxina (interferencia farmacológica).

BIBLIOGRAFÍA

1. Aminoff M.J. et al.- Levodopa therapy for Parkinsonism in Shy Drager Disease.- J. Neurol - Neurosurg - Ps y ch, 36: 350 - 353, 1973
- 2 Barben A.- Six Year of high Level therapy in severely akinesias Parkinsonina Patients.- Arch. Neurol, 33: 333 - 338, 1976
3. Batteman D.N., et al.- Treatment of the On - Off Syndrome in Parkinsonism with low dose bromocriptine in combination with Levodopa.- J. of Neurol - Neurosurg. Ps y ch, 41:1109 -1113,1978.
4. Cotzias G.C., et al.- Modification of Parkinsonism Chronic treatment with Levodopa.- N. E.J. of M., 280: 337 - 345,1969.
5. Friedman A.H. et al.- Pharmacological aspect of Parkinsonism.'Adv. pharmac, 3:83-127, 1964.
6. **Editorial: Dopa and Parkinsonism.- Br. Med. J. 276-283,1967.**
7. Duvoisin R.C., et al.- Encephalitis and **Parkinson.- Arch. Neurol, 12:227-239, 1965.**
8. **LEE M.C.- The Long term. Effects of combining Carbidopa with Levodopa for Parkinson Disease.- Trans - Am - Neurol - Assoc., 101:262-264, 1976.**