Enfermedad de Parkinson

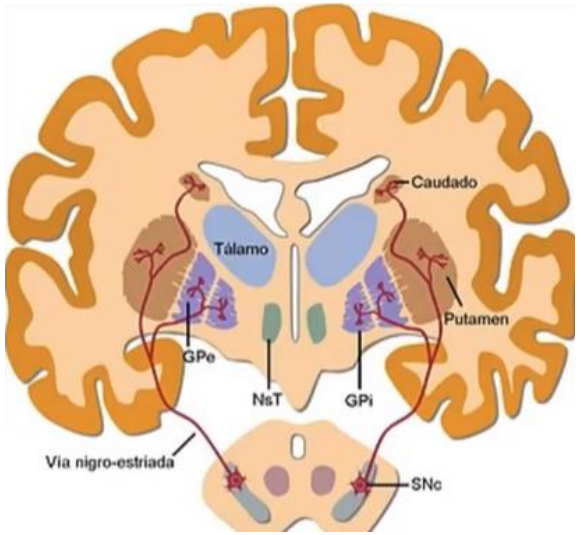
Enfermedad de Parkinson

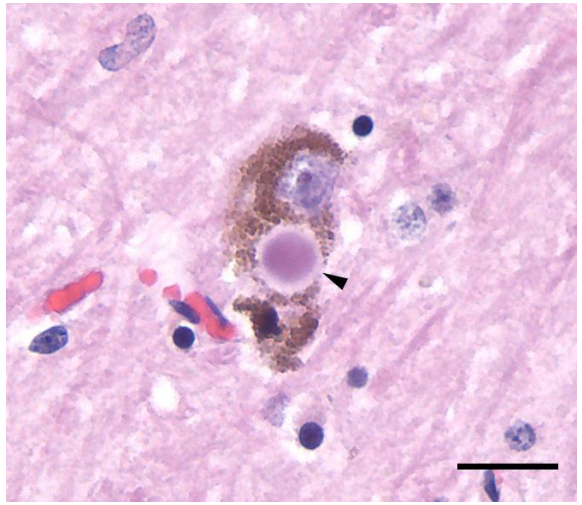
- Enfermedad neurodegenerativa.
- Depósito de α-sinucleína formando los cuerpos de Lewy.

- Prevalencia:

0,3%	población general
2%	mayores de 60 años
4%	mayores de 80 años

- Edad media de presentación los 55-60 años.
- Etiología desconocida y multifactorial. Causa genética por debajo de los 45 años y con historia familiar.





Diagnóstico

Diagnóstico **clínico**:

BRADICINESIA +

- Rigidez muscular.
- Temblor de reposo.
- *Inestabilidad postural.*

Bradicinesia

- Lentitud o pobreza de movimientos con la repetición.
- Expresión facial, deambulación, giros en cama…

Rigidez muscular

- Se explora con movimientos pasivos de las articulaciones.
- Rigidez en tubo de plomo.
- Maniobra de Froment sirve de apoyo.

Temblor de reposo

- Temblor en cuenta de monedas.
- Lento, de prono-supinación, reemergente.
- Maniobras de distracción pueden evocarlo.

Inestabilidad postural

- Inicio después de los 3 primeros años de la enfermedad.
- Descartar disfunción primaria visual, vestibular, cerebelosa o propioceptiva.

Diagnóstico

- Inicio asimétrico.
- Curso lentamente progresivo.
- La seguridad diagnóstica aumenta con el tiempo.
- Criterios de soporte:
  - Respuesta sustancial y mantenida a levodopa.
  - Discinesias inducidas por levodopa.
  - Temblor en reposo de una pierna.
  - Resultado positivo del test olfatorio o denervación simpática cardiaca por gammagrafía.
- Las pruebas complementarias permiten resolver casos dudosos.

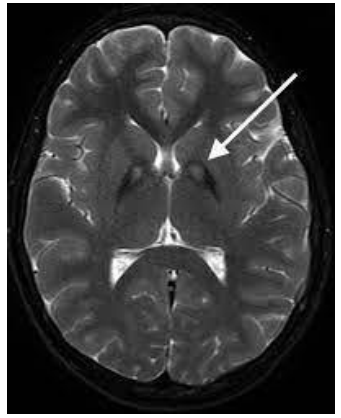
Síntomas no motores

- Estreñimiento, disfagia, sialorrea.
- Disfunción vesical (urgencia, nicturia).
- Impotencia sexual.
- Hipotensión ortostática.
- Depresión, ansiedad, alucinaciones, psicosis.
- Dolor (en off).
- Deterioro cognitivo.
- Trastornos del sueño (TCS REM, somnolencia diurna, síndrome de piernas inquietas…).
- Hiposmia.
- Hiperhidrosis (axial).
- Trastornos del equilibrio y la marcha.

Banderas rojas

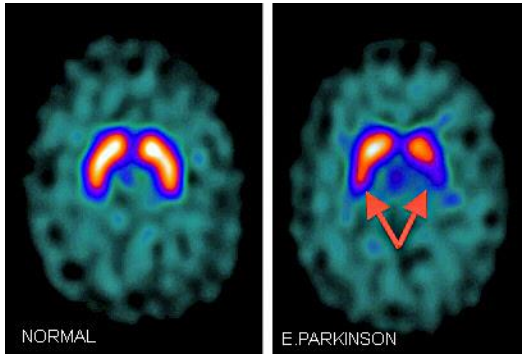
- Progresión rápida del trastorno de la marcha con inestabilidad postural y caídas.
- Ausencia de progresión de síntomas motores en los primeros años.
- Disfunción bulbar precoz (disfonía, disartria, disfagia).
- Disfunción respiratoria inspiratoria.
- Trastorno autonómico grave.
- Signos piramidales.
- Parkinsonismo bilateral simétrico o parkinsonismo limitado a miembros inferiores.
- Ausencia de respuesta a levodopa.

Pruebas complementarias



- Analítica con hormonas tiroideas, metabolismo de hierro y cobre, fólico y B12. (Genética)

- Neuroimagen:
  - TC cerebral: tumor, hematoma, hidrocefalia, calcificaciones en ganglios basales, atrofias localizadas.
  - RM cerebral: enfermedad vascular subcortical, datos de parkinsonismo plus.

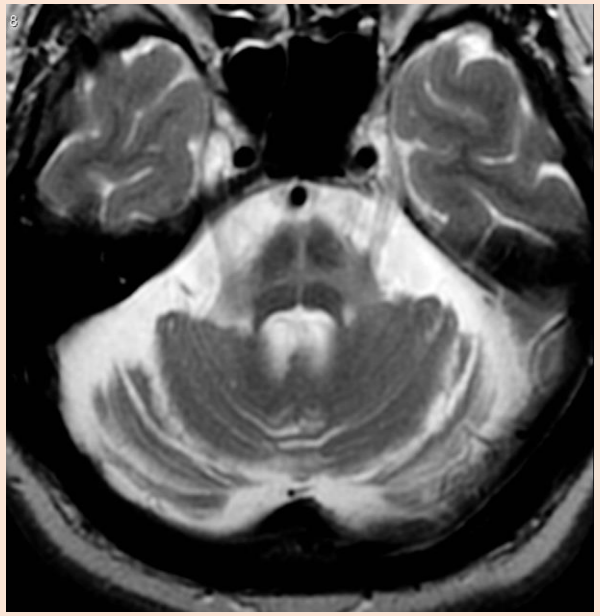


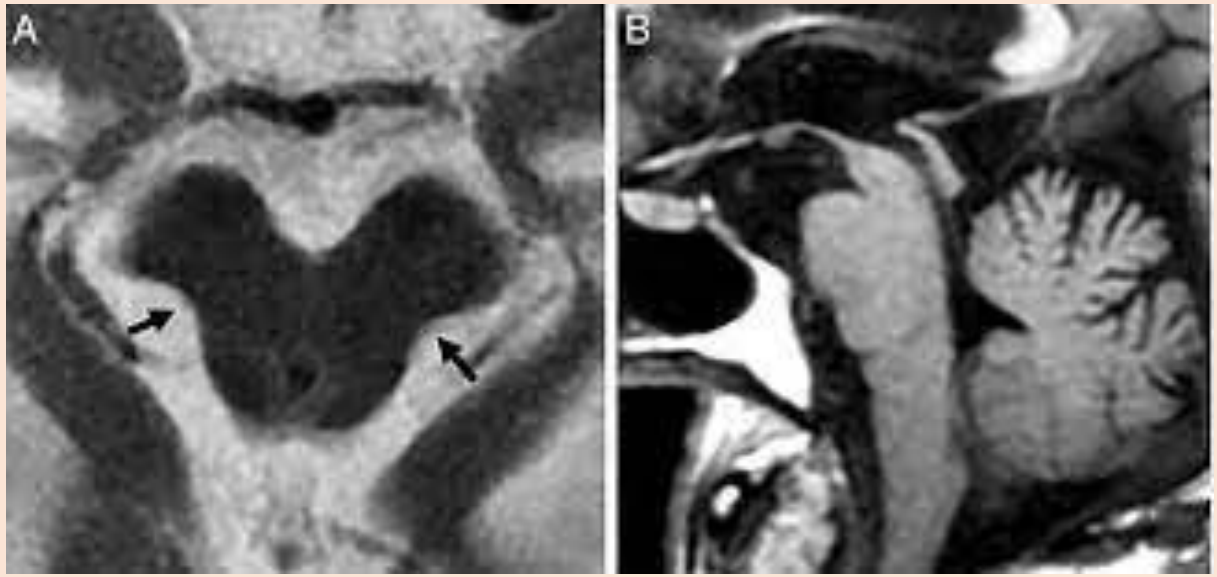
- SPECT/PET de vía dopaminérgica presináptica (Datscan):
  - Permite diferenciar la EP de TE, PIF o parkinsonismo psicógeno.
  - No diferencia la EP del resto de parkinsonismos atípicos.
  - Falsos positivos (enfermedad vascular).

- Gammagrafía 123I-MIBG y test de déficit olfatorio.
  - Diferencia EP de parkinsonismos atípicos.

- Neurosonología del parénquima cerebral.
  - Dx diferencial de EP con TE y parkinsonismos atípicos.

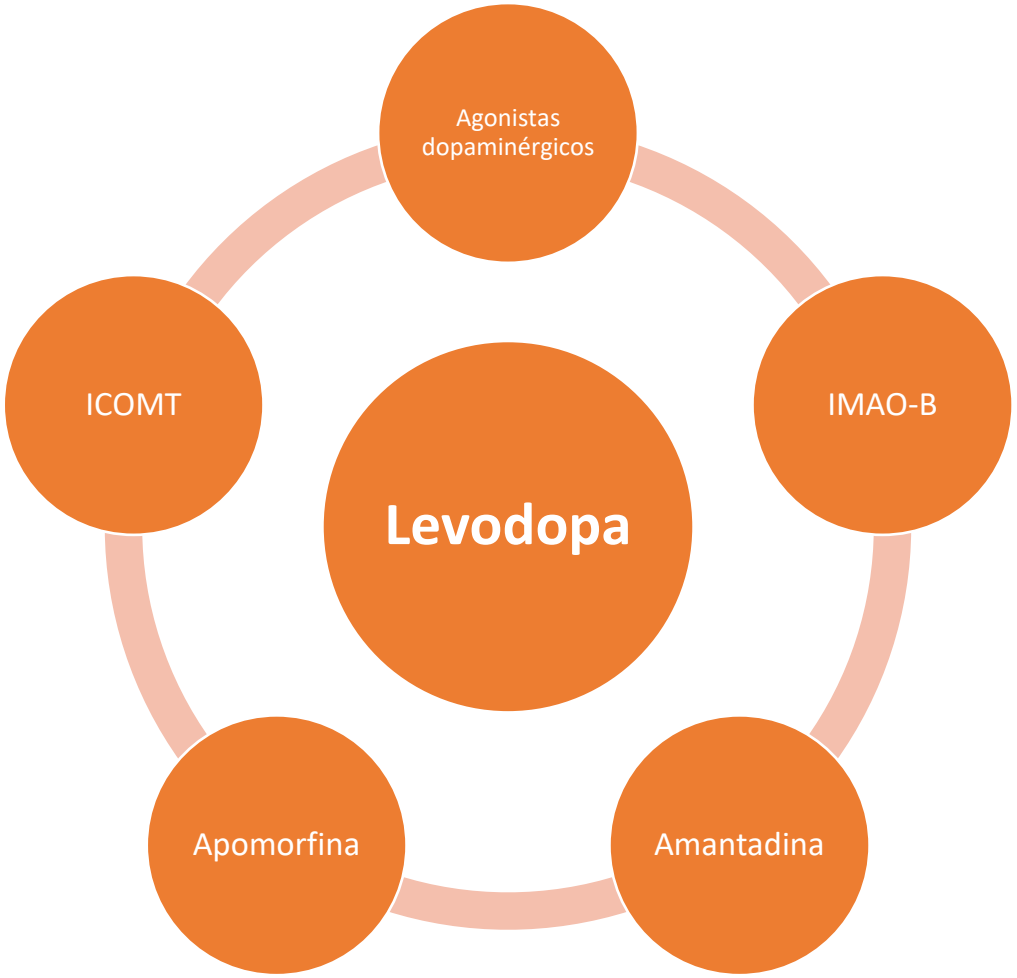
AMS

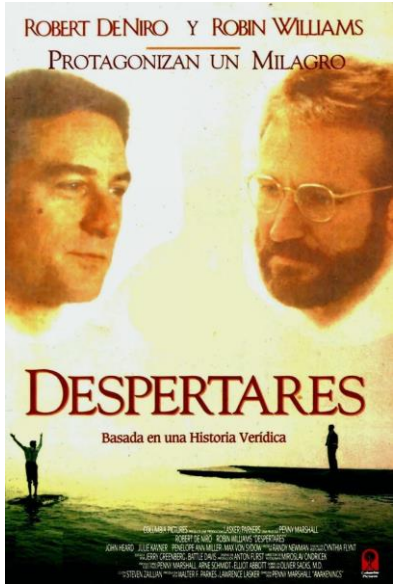




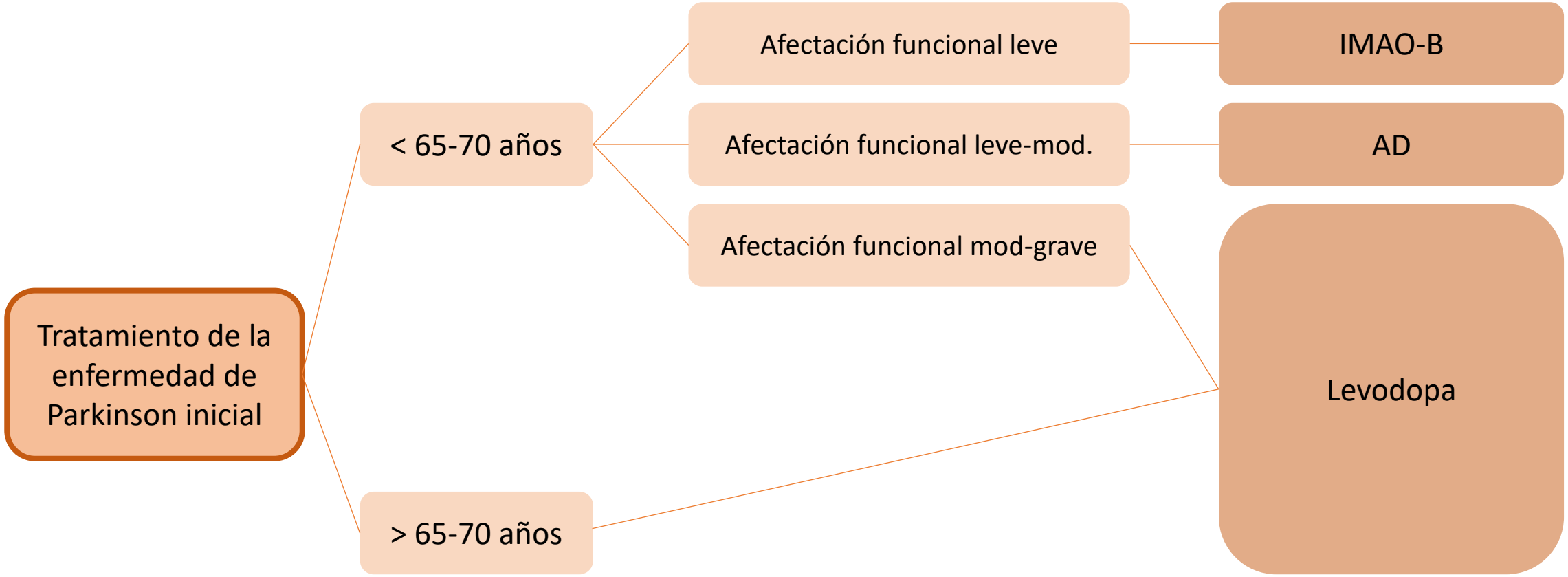
PSP

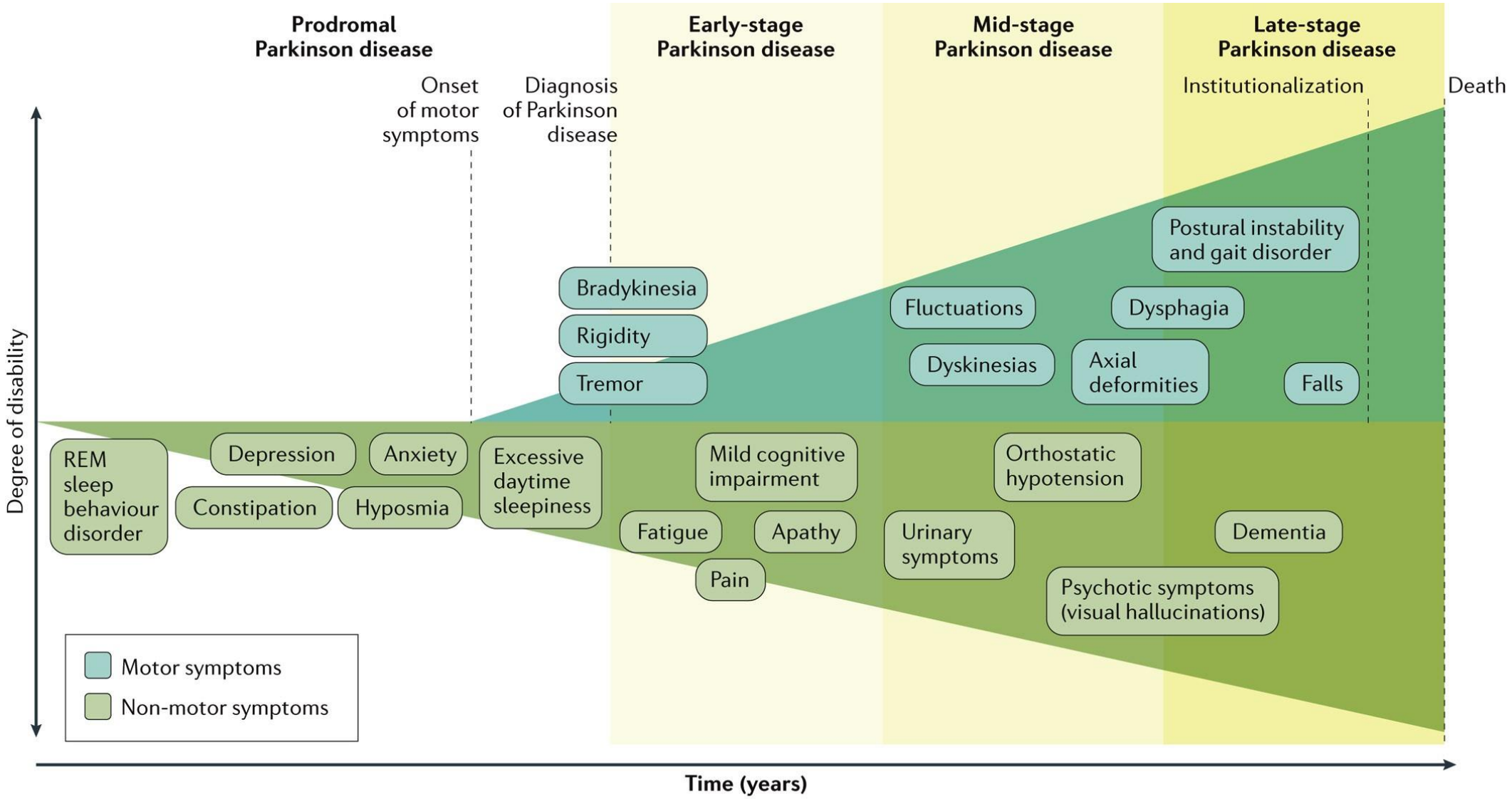
Tratamiento





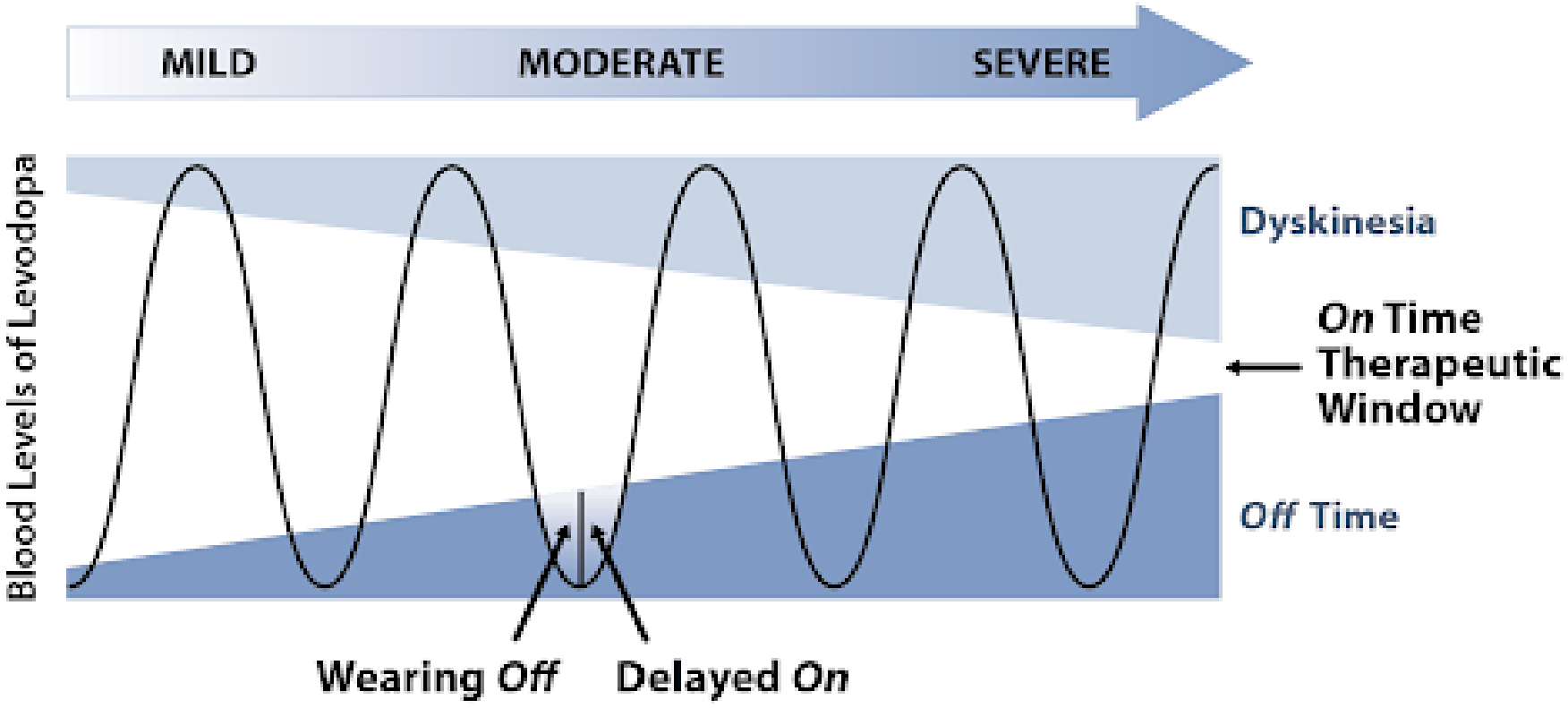
Tratamiento

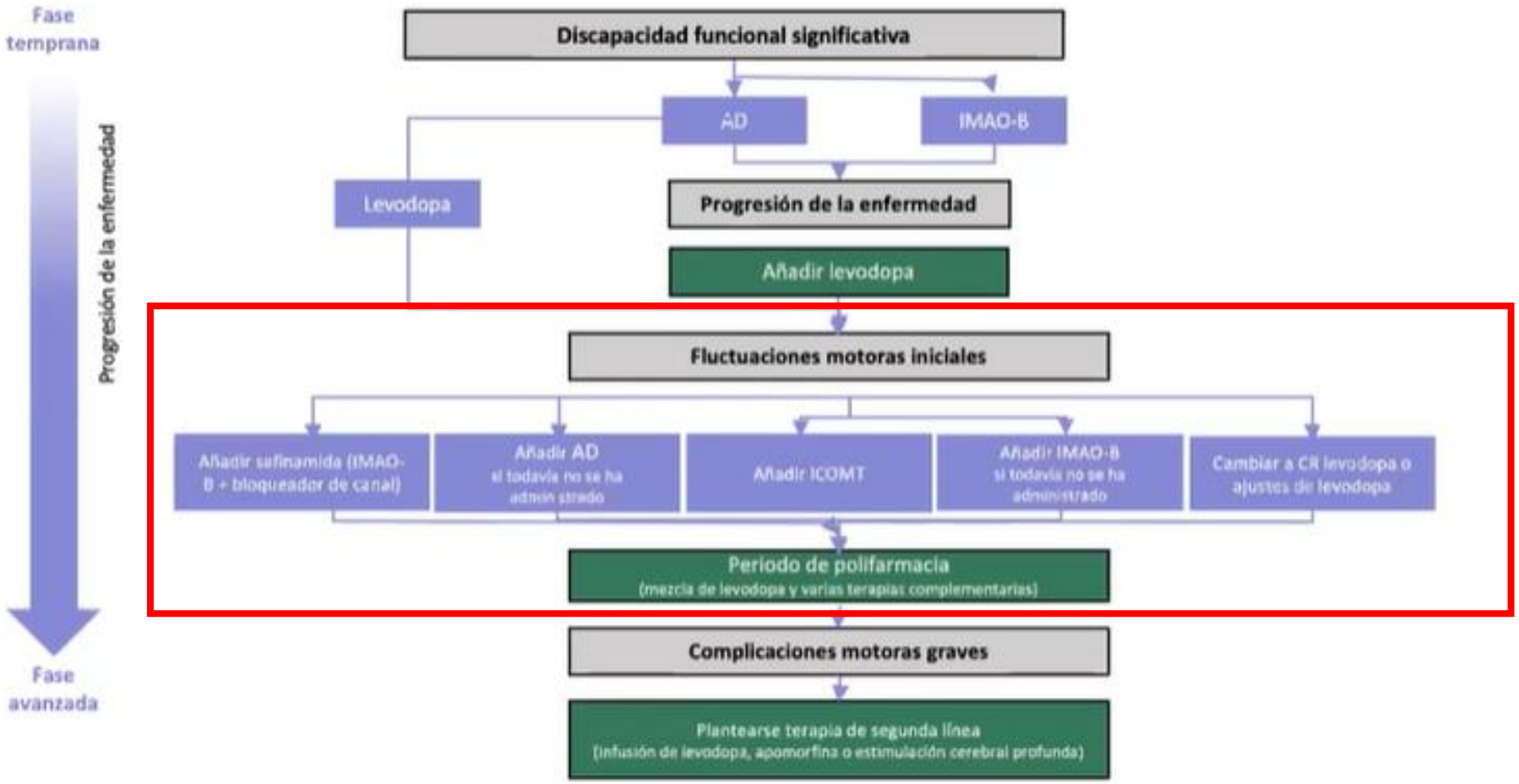




Nature Reviews | Disease Primers

Complicaciones motoras





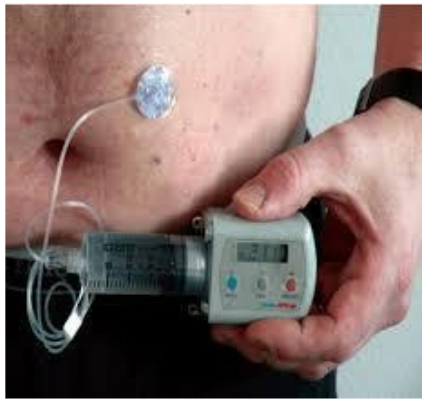
El gráfico se basa en la información de las directrices publicadas[1-4] e información de los principales líderes de opinión.

AD: agonista de la dopamina; COMT: catecol-O-metiltransferasa; IMAO-B: inhibidores de la monoaminooxidasa B; LC: liberación controlada.

Enfermedad de Parkinson avanzada

- Complicaciones motoras y no motoras.
- No se consigue un adecuado control de los síntomas con los ajustes de medicación oral.
- Impacto significativo sobre la calidad de vida.
- Deterioro cognitivo, síntomas neuropsiquiátricos, disfagia...

DBS - STN



Apomorfina infusión continua sc

L-C gel intestinal

HIFU

Situaciones especiales

1. Enfermedad de Parkinson en la edad avanzada

- Deterioro cognitivo, problemas conductuales.
- Trastornos del sueño: TCS REM, nicturia, piernas inquietas.
- Disautonomía: hipotensión ortostática, síntomas urinarios.
- Caídas (riesgo fracturas).
- Disfagia (riesgo broncoaspiración), sialorrea.
- Pobre respuesta a la medicación dopaminérgica.

Situaciones especiales

2. Intolerancia a la vía oral

- Inyecciones subcutáneas de apomorfina no son una solución.
- Parches de rotigotina pueden ser útiles en fases iniciales.
- Colocación precoz de SNG para administración enteral de levodopa (puede triturarse).

Situaciones especiales

3. Síndrome parkinsonismo-hiperpirexia

- Síndrome neuroléptico maligno-like.
- Debido a la retirada brusca de medicación dopaminérgica.
- Hipertermia, disautonomía, alteración del nivel de conciencia, rigidez intensa, aumento de CK…
- Medidas de soporte + restitución del tratamiento dopaminérgico.

Situaciones especiales

4. Psicosis

- Ilusiones (pasajes), alucinaciones, delirios…
- Relación con la enfermedad y con la medicación.

Tratamiento:

- Retirar medicación dopaminérgica, simplificar esquema terapéutico.
- Quetiapina (hasta 150mg): buena respuesta alucinaciones, no tanto delirios.
- Alternativa: clozapina, problema: requiere controles hematológicos por riesgo agranulocitosis.
- En última instancia, reducir dosis levodopa para conseguir control psicosis a costa de empeoramiento motor.

Guía oficial de recomendaciones clínicas en la enfermedad de Parkinson

GUÍAS 4

diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de NEUROLOGÍA 2019

EDICIÓN REVISADA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA
GETM
ediciones SEN