

2011

Universidad Autónoma  
de Querétaro

Ariola Vargas

# [ENFERMEDAD DE PARKINSON]

Trastorno neurodegenerativo que cursa con temblor, incoordinación y alteraciones de la marcha.

**E**nfermedad causada por la degeneración de las proyecciones nerviosas de la sustancia negra a los ganglios basales. El elemento desencadenante de la degeneración neuronal es desconocido, (Netter, 2008). Síndrome clínico caracterizado por lentitud en los movimientos (bradicinesia) acompañado de un aumento de tono muscular (rigidez) y actualmente con la característica añadida del temblor en reposo (Stokes, 2006).

En este trabajo analizaremos el caso de un paciente que padece la enfermedad del Parkinson, y podremos ver su progreso a lo largo del tiempo, ya que como se ha mencionado antes, el Parkinson es una enfermedad degenerativa, la cual en la actualidad no se ha podido erradicar por completo.

## Historia clínica

---

**Fecha:** 25 Febrero del 2004    **Hora:** 10:45

### DATOS GENERALES

**Nombre:** José Antonio Garibay Bautista

**Edad:** 51 años

**Sexo:** Masculino

**Altura:** 1.72

**Peso:** 85 kg

**Dirección:** Hacienda Juriquilla #130, col Jardines de la Hacienda, Qro, Querétaro.

**Ocupación:** Ingeniero Industrial

**Estado civil:** Casado

**Fuente de remisión:** Médico familiar.

### Motivo de la consulta:

*“Últimamente he experimentado un ligero temblor en el brazo derecho, en algunas ocasiones también se presenta en la pierna y en la mandíbula pero en menor intensidad. Regularmente ocurren cuando me encuentro en reposo, pero desaparecen cuando hago movimientos con un objetivo, como sujetar algo, apoyarme, etc. Desde hace aproximadamente tres meses me he dado*

*cuenta que tengo cierta dificultad para realizar actividades cotidianas, como abrocharme la camisa, escribir, etc...”*

**¿Actualmente se encuentra bajo algún tratamiento farmacéutico? Sí**

**Medicamento:** Aldomet, (Metildopa; antihipertensivo)

**Dosis:** 1 tableta (250mg) dos o tres veces al día

**Vía de administración:** Oral

**¿Traumatismos recientes? No**

**Antecedentes familiares:** Padre: Hipertensión y Parkinson, Abuela paterna: Diabetes.

**Situación doméstica:** Padre de 3 hijos de 21, 19 y 18 años. Los tres y su esposa dependen económicamente de él.

**Situación económica:** Media alta

**Actividades recreativas:** Ajedrez, billar, squash y diariamente saca a pasear a su perro.

**Ejercicio:** Camina 30 min al día.

**Toxicomanías**

**Tabaco:** No

**Alcohol:** De vez en cuando (una vez al mes)

## Análisis del caso

---

En una primera instancia al analizar los síntomas y el contexto del paciente, sospecharemos de la presencia de Parkinson idiopática, descartando la posibilidad de que simplemente padezca “temblor esencial”, por los siguientes hechos.

El Parkinson afecta a todas las razas y a ambos géneros, sin embargo predomina notablemente en el género masculino. Por otro lado, en el apartado de antecedentes sociales, podemos llamativamente, encontrar otro factor que favorece el Parkinson que es que el paciente no sea fumador.

La edad de nuestro paciente también es propicia para esta patología, ya que la pérdida neuronal comienza a ser apreciable hacia los 40 años, cuando se alcanza cierta reducción en el número de neuronas con una disminución correspondiente de dopamina, el individuo desarrolla síntomas y signos parkinsonianos (Zarranz, 2008). Según, (Stokes, 2006) se calcula que con un envejecimiento normal necesitaríamos vivir 400 años, antes de presentar síntomas de parkinsonismo.

Otro factor que llama la atención es el consumo de metildopa que tiene antecedentes de causar Parkinson inducido por fármaco. (Netter, 2008)

En el apartado de antecedentes familiares, observamos que el padre del paciente padeció Parkinson. Cabe destacar que la mayoría de los casos suelen ser esporádicos y solo un 8-10% presenta un patrón mendeliano de transmisión hereditaria. En los últimos años se han descubierto 6 genes y 4 *loci* genéticos denominados Park 1-11 que se relacionan con formas de herencia autosómica. (Zarranz, 2008)

En cuanto a la descripción que nos hace el paciente, claramente notamos que estamos hablando de síntomas y signos capitales de la EP, el temblor típico es de reposo, y desaparece con el sueño. Empieza característicamente, en una mano, y con el tiempo, pasa antes a la pierna del mismo lado que a la otra mano. También es posible que el temblor afecte a la mandíbula, la lengua o la cabeza, sin embargo estos segmentos se suelen afectar más en los temblores esenciales por lo que debemos prestar (Zarranz, 2008). Especial atención en esto. El paciente también nos hablaba de la dificultad que tenía para realizar movimientos finos, por lo que hablamos de acinesia o bradicinecia; otro síntoma clave para la detección de Parkinson.

# Diagnóstico

---

Después de analizar el caso del Sr. Garibay es necesario que se le realicen diagnósticos diferenciales, para estar seguros de que hablamos de Parkinson idiopática.

También es necesaria la interrupción del fármaco metildopa, es crucial el seguimiento del paciente para descartar el desarrollo de una enfermedad de Parkinson inducida por fármaco, de ser el caso. En casi todos los pacientes el efecto beneficioso se observa a los 2-3 meses.

Por lo que se le mandarán estudios y programaremos una cita en 3 meses para ver si efectivamente la metildopa era la causante de los síntomas o si nos encontramos ante un caso de EP. (Netter, 2008)

## 3 meses después...

---

El Sr. Garibay regresó a su consulta, después de haber suspendido el consumo de metildopa, podemos observar que su postura es encorvada con los pies juntos, y que se le puede notar amimia; la cara es inexpresiva, tiende a permanecer quieto e inactivo, escasamente llega a parpadear, además ha disminuido su velocidad al caminar; bradicinesia.

Esperábamos que el paciente regresara sin ningún síntoma, sin embargo ocurrió lo contrario, los síntomas se agravan cada vez más, y podemos afirmar abiertamente que el sr. Garibay padece de Parkinson, además los estudios que le hicieron concuerdan con nuestras predicciones.

Una vez diagnosticado el paciente, es hora de comenzar con el tratamiento.

# Tratamiento farmacológico

---

El tratamiento actual de la EP es exclusivamente sintomático, ya que se desconoce la forma de detener la degeneración nigroestriada. (Zarranz, 2008) clasifico los fármacos utilizados en el tratamiento de EP de la siguiente manera

## Anticolinérgicos

Alivian inmediatamente la acatisia del parkinsonismo farmacológico. Los pacientes con mutaciones en el gen de parkina pueden responder bien y evitar las fluctuaciones precoces producidas por L-DOPA.

## Amantadina

Fármaco antiviral, su limitada eficacia y abundantes efectos secundarios limitan su uso al alivio de algunas discinesias por L-DOPA. (200-400 mg diarios)

## L-DOPA o Levodopa

Se transforma en dopamina por la acción de la DOPA-descarboxilasa, no solo en el SNC sino en todo el organismo. Se administra asociada a un inhibidor de la descarboxilasa, el cual no atraviesa la barrera hematoencefálica y, por lo tanto no impide la transformación de L-DOPA en dopamina dentro del SNC. Los efectos secundarios inmediatos de la L-DOPA sobre el SNC son las discinesias y los trastornos mentales. (150-1500 mg diarios)

## Inhibidores de la MAO-B

Disminuyen la degradación metabólica de la L-DOPA. se puede usar en pacientes con EP moderada o avanzada en la combinación con L-DOPA + cardibopa.

## Agonistas directos de los receptores dopaminérgicos

Actúan directamente sobre los receptores D2. En monoterapia producen un beneficio clínico suficiente durante 3 años en el 50% de los pacientes de novo y en el 30%

a los 5 años. Efectos secundarios: incrementan o inducen discinesias y producen somnolencia, confusión alucinaciones y paranoia

## Fisioterapia

---

El tratamiento de la EP es un trabajo multidisciplinario donde el fisioterapeuta participa mejorando la calidad de vida del paciente, ya que como hemos dicho antes la EP es una enfermedad neurodegenerativa, lo que quiere decir que no hay manera de detenerla, simplemente podemos retrasar sus síntomas

El sr. Garibay se encuentra en el estadio 1 donde sus signos son: afectación unilateral, cara inexpresiva, el paciente muestra temblor en el brazo afectado, y lo mantiene en posición de flexión intermedia, el paciente se inclina hacia el lado no afectado.

Nuestro paciente ha sido remitido al consultorio de fisioterapia, de forma relativamente temprana ya que su enfermedad solo ha alcanzado el estadio 1 (existiendo 5) Nosotros nos encargaremos de:

- ✓ Favorecer la fuerza,
- ✓ aumentar la flexibilidad
- ✓ reeducar el equilibrio
- ✓ mejorar la función.

### **Para ello se propone el siguiente tratamiento:**

- Ejercicios de fortalecimiento, movilización y equilibrio, de tronco y extremidades.  
(3 veces a la semana)
- Abordajes de Bobath y Peto y de facilitación neuromuscular propioceptiva (FNP)

- Reeducción de la marcha; el equilibrio y el traslado y la relajación.
- Técnicas de pistas (marcas en el suelo, tarjetas con palabras clave, escuchar un metrónomo o música para iniciar el movimiento y mantener la cadencia de la marcha, seguir órdenes verbales y pistas visuales, memorizar secuencias de movimiento, contar mentalmente mientras se camina.
- Los ejercicios de habla y respiración.
- Actividad física en general (clases de ejercicio aeróbico 2 veces a la semana).

**Nuestro objetivo es que el Sr. Garibay pueda:**

1. Mantener arcos de movilidad
2. Actividades físicas, evitar debilidad muscular, la menor capacidad para el ejercicio y el aislamiento social.
3. Fortalecer los músculos, lo que evita caídas y aumenta equilibrio
4. Evitar contracturas.
5. Reeducar la postura y equilibrio
6. Reeducar la marcha
7. Reeducar del área cognitiva
8. Facilitar AVDH

Es necesaria la revisión y evaluación continua del Sr. Garibay incorporando objetivos por semana, o mes. Pedirle a su familia que trabaje conjuntamente con el fisioterapeuta para mejorar la eficacia del tratamiento. Ya que deberán asistirlo en su alimentación y también para los ejercicios indicados.



## **Bibliografía**

Netter. (2008). *Neurología Escencial*. Barcelona, España: Elsevier Masson.

Stokes, M. (2006). *Fisioterapia en la rehabilitación neurológica*. Madrid, España: Elsevier Mosby.

Zarranz, J. (2008). *Neurología*. Madrid, España: Elsevier.