

NEUROLOGÍA

TRATAMIENTO DEL PARKINSONISMO Y DE LOS TRASTORNOS
SIMILARES EN LA PRÁCTICA GENERAL

Dr. KENDALL B. CORBIN

CON el término «parkinsonismo» se describe el estado clínico con manifestaciones de rigidez y temblor, además de alguno de los siguientes síntomas: sialorrea, faz marmórea, debilidad, anomalías de los movimientos y alteraciones de las actividades viscerales y de los esfínteres.

Consideraciones generales

Aunque los trastornos de ciertos tramos del sistema extrapiramidal provocan en algunas ocasiones el cuadro parkinsoniano, la enfermedad se suele clasificar en uno de los tres tipos siguientes: encefalítica, degenerativa o vascular. Cuando el parkinsonismo sigue a un ataque de encefalitis aguda, se considera como «postencefálico». A veces la afección se presenta en ciertas personas jóvenes con síntomas que sugieren la posibilidad de inflamación crónica del sistema nervioso. En la mayoría de los casos, la enfermedad se presenta de los 50 a los 60 años en pacientes sin aparente predisposición; en tales circunstancias, la etiología se considera degenerativa, hipótesis confirmada por los estudios anatómicos. A estos pacientes se les considera afectados de «parálisis agitante», de «idiopatía» o de «parkinsonismo esencial». Sin embargo, los estudios de BENDA y COBB sugieren que aun en estos casos pudieran ser de origen inflamatorio los fenómenos degenerativos de los ganglios basales.

También, a veces, la enfermedad aparece a edad más avanzada, con temblor como síntoma predominante y curso más benigno, atribuida a la arterioesclerosis.

Aunque muchos investigadores han descrito lesiones en el cuerpo estriado, el globus pallidus y la substancia nigra, se han encontrado destrucciones celulares más extendidas, hasta la corteza cerebral, el tálamo, el hipotálamo, los núcleos rojos, los núcleos subtalámicos, los núcleos olivares inferiores, y a través de la substancia reticular en la base del cerebro.

Tiene también importancia haber hallado lesiones en la substancia reticular de la médula, en la protuberancia anular y en el mesencéfalo, puesto que MAGOUN y RHINES han descrito un centro inhibitorio bulbar cuya función anormal es la causa del aumento del tono muscular. Actualmente hay pocas probabilidades de que se puedan corregir las anomalías celulares del sistema nervioso central de los parkinsonianos, por lo que deberán dirigirse los esfuerzos al alivio sintomático. Estimamos que el procedimiento neuroquirúrgico está indicado sólo en algunas circunstancias; la interrupción quirúrgica de uno o más de los sistemas que descienden a las astas anteriores, puede ser útil si la enfermedad no es progresiva y también en presencia de monodisquinesia o hemidisquinesia, pero no es procedimiento razonable en los parkinsonianos progresivos.

Terapéutica física

Aparte el medicamento empleado, la fisioterapia, así como la psicoterapia,

son de gran beneficio para los parkinsonianos. La termoterapia, por medio de baños, lámparas o diatermia, ayuda a la distensión de los músculos y alivia, hasta cierto punto, el dolor espasmódico. Los masajes y los ejercicios suelen evitar las deformaciones y la actividad de las articulaciones. Si es posible, se insistirá para que estos pacientes acudan a la consulta de un psiquiatra.

Actividades habituales

Como en todas las enfermedades de larga duración del sistema nervioso, los parkinsonianos necesitan atención facultativa prolongada. Aunque debe procurarse que sigan en sus actividades normales durante el mayor tiempo posible para conservar sus energías, deberán evitar los esfuerzos con tensión nerviosa.

Responsabilidades del médico

El médico que ha de diagnosticar de primera intención un caso de alteraciones neurológicas crónicas, tiene gran responsabilidad, puesto que una afirmación precipitada, pesimista o brusca en cuanto al pronóstico final, puede impedir o dificultar en gran manera el tratamiento sucesivo.

Terapéutica medicamentosa

Los parkinsonianos se deprimen con facilidad y son muy susceptibles a la sugestión. Siempre están dispuestos a probar nuevos medicamentos, con los cuales no es excepcional la mejoría sugestiva, lo que impide apreciar el valor real de cualquier medicamento.

Antes de discutir los tratamientos médicos específicos, debe mencionarse la eficacia de los antiespasmódicos. Los pacientes que mejor responden a la terapéutica medicamentosa son los que sufren la etapa intermedia de la enfermedad, porque en la etapa inicial se afectan menos por los síntomas que por las reacciones secundarias del tratamiento. Cuando el parkinsonismo invalida al paciente en la cama, el beneficio terapéutico se reduce radicalmente por las reacciones tóxicas de las dosis requeridas de antiespasmódicos. Los enfermos en quienes la terapéutica medicamentosa es más eficaz, son los ambulatorios.

La rigidez, la debilidad y el temblor parkinsonianos se alteran con la temperatura del ambiente y el estado emocional del individuo. Casi siempre, el frío y la inactividad agudizan la rigidez, en tanto que la emoción aumenta el temblor hasta causar, en ocasiones, verdaderas sacudidas en los pacientes que antes no habían notado su estado trémulo.

El artane, agente sintético antiespasmódico, se ha administrado en la Clínica Mayo a más de 100 pacientes parkinsonianos y afectos de trastornos similares. En la actualidad se considera que el artane es una de las preparaciones más satisfactorias de que se dispone para el tratamiento de los trastornos mencionados. La fórmula química de este compuesto es 3-(1-piperidil)-1-fenil-1-ciclohexil-1-propanol ClH, cuyas propiedades físicas y experimentales se han estudiado cuidadosamente. Se suministra en tabletas de 2 mg. Aunque la mayoría de los pacientes pueden tolerar dosis iniciales de tres tabletas diarias, generalmente se puede evitar la aparición de síntomas de toxicidad con el tratamiento de media tableta (1 mg.) tres veces al día, media hora antes de las comidas, para aumentar gradualmente la dosis hasta cuatro o cinco tabletas al día. La mayoría de los pacientes a quienes se administra artane, notan pocos o ningún síntoma de toxicidad si se utiliza la dosis media. Aquellos tratados con intensidad a base de alcaloides derivados de la atropina, pueden tolerar de 10 a 15 mg. de artane al día sin que aparezcan síntomas secundarios.

Los síntomas de poca intensidad después del artane son: vértigos, paso inseguro, opacidad de la visión, sequedad de las mucosas, náusea, nerviosidad y zumbidos. Los pacientes con síntomas intensos de toxicidad suelen ser hipersensibles a otros medicamentos; en esta contingencia pueden tolerar dosis terapéuticas de artane si se suspende la administración de éste y después se emplea a dosis reducidas, que se acumulan durante un mes hasta la tolerancia. El nerviosismo, sea causado por el artane o por otro motivo, puede dominarse con la administración de fenobarbital a dosis de 16 a 32 mg. tres veces al día. Algunos pacientes han sentido más alivio al agregar al artane ligeras dosis de algún alcaloide de la belladona, como el rabellon. Cuando se sustituye otro medicamento por el artane, suele ser mejor el paso sucesivo durante una semana. Después de la sustitución, la dosis de artane podrá aumentarse gradualmente hasta la cantidad óptima. La náusea se aliviará con la administración del artane junto a la comida o después de la misma, aunque con dosis mayores para obtener resultados terapéuticos satisfactorios.

Los pacientes que tienen dificultades motoras al levantarse, ya sea por el aumento de la rigidez muscular o la depresión psíquica precoz, pueden sentir alivio con dosis reducidas de estimulantes como sulfato de benzedrina, sulfato de dexedrina o clorhidrato de desoxiefedrina, al levantarse y a las 11 de la mañana. Estas preparaciones pueden empearlarse junto con cualquier antiespasmódico.

A veces puede parecer que el artane aumenta el temblor del paciente, sobre todo en los enfermos con rigidez más pronunciada, cuya hipertonicidad probablemente disimula el temblor latente.

Otro preparado sintético antiespasmódico relativamente nuevo y prometedor, es el parpanit. Los experimentos de SCHWAB y LEIGH indican que la eficacia clínica y las desventajas de este medicamento son similares a las del artane. Por nuestra parte, el parpanit no ha sido tan favorable, pero pudiera ser consecuencia de la administración impropia. SCHWAB y LEIGH recomiendan que se administren 12,5 mg. de parpanit cada tres horas durante el día, con aumento gradual después de varios días, hasta que aparezcan los signos de toxicidad ya señalados; en este momento se reduce la dosis hasta la de tolerancia. La dosis promedia es de 200 a 400 mg. al día (5 tabletas de 50 mg.).

Durante muchos años, los alcaloides de la belladona y sus derivados se han utilizado en el tratamiento del parkinsonismo. No hay acuerdo en la selección de estos preparados, pero la apreciación crítica de los resultados indica que hay poca diferencia en la eficacia de las distintas combinaciones obtenidas de fuentes diversas.

Los alcaloides, la atropina, el estramonio y la escopolamina (hioscina) se han administrado solos y combinados. Cualquiera que sea la sustitución elegida, el procedimiento habitual es comenzar con dosis reducidas y aumentarlas gradualmente hasta la tolerancia. Por experiencia se sabe que la eficacia de estos medicamentos se atenúa después del empleo prolongado y, por consiguiente, el aumento transitorio en los beneficios puede obtenerse con la sustitución por otro miembro de la serie. Algunos prefieren las tinturas de belladona, de estramonio o de hiosciammo, solas o mezcladas. Los pacientes con parkinsonismo pueden sentir dificultad en la deglución de píldoras, de modo que las tinturas ofrecen esta pequeña ventaja. El sulfato de atropina, el bromhidrato de escopolamina y las hojas de estramonio, tres veces al día, también pueden administrarse unidas entre sí. La administración de tinturas puede emplearse mejor a la dosis de 5 gotas en un cuarto de vaso de agua, tres veces al día antes de las comidas. Esta cantidad se podrá aumentar gradualmente con 1 gota más en cada dosis hasta que aparece la sequedad de las mucosas y la opacidad de la visión.

Estas reacciones secundarias y constantés pueden esperarse si se administran dosis terapéuticas de la serie de las atropinas. La aparición de confusión mental, intranquilidad, ataxia, náusea u otro síntoma desagradable indica la necesidad de reducción o supresión medicamentosa. Quienes carecen de experiencia pueden sorprenderse de las grandes dosis de estos preparados, especialmente de éstramonio y de hioscina, que toleran los pacientes antiguos de parkinsonismo.

Los mejores resultados se obtienen casi siempre con el uso de preparaciones de extractos de raíces de belladona americana o europea. Los extractos de raíces de belladona americana se obtienen en forma de Vinobel (William S. Merrel Co.), en tabletas de 0,4 mg. del alcaloide total, o en forma de Rabellon (Sharp and Dohme, Inc.) en tabletas de 0,5 mg. del alcaloide total. Cada tableta de Rabellon contiene 0,45 mg. de hiosciamina, 0,027 mg. de sulfato de atropina y 0,019 mg. de bromhidrato de escopolamina. El extracto europeo se obtiene en forma de Bellabulgara (Lederle Laboratoires, Inc., División de la American Cyanamid Co.).

Cada una de las combinaciones alcaloides mencionadas, se administra a pequeñas dosis para comenzar, con aumento gradual hasta la tolerancia. En nuestra clínica hemos encontrado que el rabellon es satisfactorio; la dosis inicial es un cuarto de tableta tres veces al día, con aumento de un cuarto de tableta cada tres días hasta los signos de toxicidad. Para la mayoría de los pacientes, la dosis correcta es de tres a cinco tabletas diarias.

Casi sin excepción, los pacientes que toman alcaloides de belladona para lograr alivio del parkinsonismo han de notar sequedad de las mucosas, opacidad de la visión, hipohidrosis (con la resultante intolerancia del calor) y, con menos frecuencia, estreñimiento. Estos síntomas se pueden aliviar hasta cierto punto con atención adecuada; es correcto el uso de laxantes, el mascar chiclets y el uso de caramelos de limón.

Muchos pacientes, especialmente aquellos durante las primeras etapas de la enfermedad, parecen obtener considerable beneficio del uso del benadril (éter clorhídrico del beta diemetilamino-etil benzidril) a la dosis de 25 a 50 mg., tres veces al día. El reducido efecto sedante de este antihistamínico pudiera ser el factor de su beneficio aparente. Siempre que los pacientes presentan síntomas intensos de toxicidad por el uso de los antiespasmódicos comunes, se recomendará el benadril.

El Torserol (mianesina o 3-ortotoloxi-1, 2-proponediol) (E. R. Squibb & Sons) se ha recomendado recientemente en el tratamiento del parkinsonismo. Según la opinión de BERGE y SCHWARTZ, los mejores resultados se obtienen si se administra este compuesto en combinación con acentes del grupo de las atropinas. Nuestra propia experiencia con el torserol no ha sido suficiente para justificar el comentario crítico.

Los parkinsonianos de edad avanzada, cuyo temblor es el síntoma predominante y con trastornos arterioesclerosos del sistema nervioso-central, no responden de modo notable al tratamiento médico; afortunadamente tales sujetos no sufren mucho por sus síntomas, así que el restablecimiento de la confianza y los sedantes ligeros les permiten continuar sus actividades habituales sin grandes molestias.