

Síntomas no motores en pacientes con enfermedad de Parkinson

Non motor symptoms in patients with Parkinson´s disease

Dr. Ernesto Simón Pérez, Dr. Osvaldo Ramón Aguilera Pacheco, Dra. Idoris Núñez Lahera, Dra. Elizabet Colina Avila

Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo de 44 pacientes con enfermedad de Parkinson, atendidos en la consulta de Trastornos del Movimiento del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde agosto de 2013 hasta julio de 2015, con vistas a determinar la frecuencia de aparición de síntomas no motores. Entre los más frecuentes figuraron los siguientes: depresión (72,7%), nicturia (68,2%), ansiedad (54,6 %), síndrome de piernas inquietas (50,0%), estreñimiento (47,7%) e insomnio (40,9%), por citar algunos. Cabe destacar que 95,5% de los afectados presentó algún síntoma y el promedio por paciente fue de 7,45, con menor aparición durante el primer año de la enfermedad.

Palabras clave: enfermedad de Parkinson, trastorno neurodegenerativo, trastorno del movimiento, síntomas no motores, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

A prospective study of 44 patients with Parkinson´s disease assisted in the service for movement disorders of "Saturnino Lora Torres" Teaching Clinical Surgical Provincial Hospital in Santiago de Cuba, was carried out from August, 2013 to July, 2015, aimed at determining the emergence frequency of non motors symptoms. Among the most frequent symptoms there were: depression (72.7%), nicturia (68.2%), anxiety (54.6%), restless legs syndrome (50.0%), constipation (47.7%) and insomnia (40.9%), just to mention some of them. It is necessary to highlight that 95.5% of the affected patients presented some symptom and the average for patient was 7.45, with less emergence during the first year of the disease.

Key words: Parkinson´s disease, neurodegenerative disorder, movement disorder, nonmotors symptoms, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo crónico progresivo. Es el más frecuente después de la enfermedad de Alzheimer y aparece generalmente en la sexta década de vida, caracterizado por la presencia de síntomas motores y no motores, con una incidencia anual que oscila entre 5-24 por cada 100 000 habitantes.

Su prevalencia varía entre 100-150 por 100 000 habitantes y se presenta con mayor frecuencia en los hombres. Desde el punto de vista clínico se caracteriza clásicamente por una tríada de síntomas motores: temblor de reposo, rigidez e hipocinesia y desde el punto de vista anatomopatológico se observa pérdida de neuronas en el locus cerúleo, núcleo dorsal del vago y, fundamentalmente, en la parte compacta de la sustancia negra y el depósito en las neuronas supervivientes de estructuras proteicas denominadas cuerpos de Lewy, cuyo componente esencial es una proteína denominada α -sinucleína.¹⁻⁴

Menos conocidos y explorados son los síntomas no motores (SNM). Estos son varios y se producen, en parte, por acumulación de cuerpos de Lewy en regiones del sistema nervioso, distintas de la sustancia negra compacta, lo que puede producirse, incluso, antes de su detección en la sustancia negra, lo cual explica la aparición de manifestaciones no motoras previas al inicio de los síntomas cardinales de la enfermedad.

En la enfermedad de Parkinson, los SNM se agrupan como sigue:

- Neuropsiquiátricos: trastornos del humor (depresión, apatía, ansiedad, anhedonia, ataques de pánico), trastornos cognitivos (déficit de atención, síndrome disejecutivo, disfunción visuoespacial), confusión, demencia, psicosis con ilusiones, alucinaciones y delirio.
- Relacionados con el sueño: trastornos en el inicio y mantenimiento del sueño (insomnio de conciliación, despertar precoz, sueño fragmentado), trastornos de conducta del sueño REM (pérdida fisiológica de atonía, sueños vívidos con vocalizaciones y exceso de actividad motora) e hipersomnia diurna.
- Autonómicos: disfunción cardiovascular (hipotensión ortostática), gastrointestinal (sialorrea, disfagia, gastroparesia, estreñimiento, tenesmo, incontinencia fecal), urogenital (polaquiuria, urgencia miccional, nicturia) y termorreguladora.
- Sensitivo-sensoriales: hiposmia, ageusia y diferentes variantes del dolor. Puede ser dolor musculoesquelético en relación con la rigidez y acinesia (hombro doloroso), dolor distónico (disonía matutina), dolor radicular y neuropático, atribuible a posturas deformantes espinales y dolor específico o primario o central: calambres, sensación de tensión, entumecimiento, hormigueo y sensación de tensión muscular, entre otros.
- Otros: fatiga, diplopia, visión borrosa, seborrea, así como pérdida o ganancia de peso.^{1,3,5}

Los estudios sobre la EP son numerosos a escala mundial y se apoyan en el desarrollo alcanzado en campos como la neurofisiología, la neurocirugía y la neuroimagen. En épocas recientes muchos especialistas han orientado sus investigaciones hacia los SNM de esta enfermedad, y han obtenido resultados alentadores en cuanto al conocimiento de la fisiopatología y tratamiento de estos;⁵⁻⁹ sin embargo los estudios nacionales

sobre este tema son escasos y, específicamente en Santiago de Cuba, no existen publicaciones al respecto. Por otra parte, el envejecimiento progresivo de la población hace prever, en las próximas décadas, un alza considerable en la incidencia y prevalencia de afecciones propias de los adultos mayores, entre ellas la EP. Estos son algunos de los aspectos que motivaron a los autores a realizar el presente artículo, cuyos resultados deberán redundar en un mayor conocimiento de esta sintomatología y una mejor calidad de vida para los afectados.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo de 44 pacientes consecutivos con enfermedad de Parkinson, atendidos en la consulta de Trastornos del Movimiento del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde agosto de 2013 hasta julio de 2015, con vistas a determinar la frecuencia de aparición de síntomas no motores. El diagnóstico de EP se realizó teniendo en cuenta los criterios de la *UK Parkinson's Disease Society Brain Bank*.¹⁰

A estos enfermos, previo consentimiento oral, se les realizó una entrevista clínica que recogía datos generales de interés, tales como: tiempo de evolución de la enfermedad, síntoma inicial y estado motor. Posteriormente, se les aplicó el cuestionario de síntomas no motores de la enfermedad de Parkinson^{11,12} elaborado por el *International PD Non Motor Group*, adscrito a la Sociedad Internacional de Trastornos del Movimiento. En caso de duda ante la respuesta, se consultó el criterio del familiar acompañante para mayor precisión de la respuesta.

El estado motor se clasificó convencionalmente en 4 grupos, a saber:

- a) Camina sin apoyo
- b) Camina con apoyo
- c) En silla de ruedas
- d) Confinado al lecho

RESULTADOS

De los 44 integrantes de la muestra, 25 eran hombres (56,8 %) y 19 mujeres (43,2 %), con edades comprendidas entre 47 y 82 años, para un promedio de 64,7 años; asimismo, el tiempo de evolución de la enfermedad osciló entre 5 meses y 25 años, equivalente a 5,8 años.

Por otra parte, 56,8 % de los pacientes refirió como síntoma inicial el temblor unilateral, seguido en orden decreciente por la bradicinesia y la rigidez (22,7 y 20,5 %, respectivamente). En cuanto al estado motor de los afectados al momento del estudio predominaron los que caminaban sin necesidad de apoyarse en órtesis o en otra persona (88,6 %); igualmente, una minoría caminaba con apoyo (9,1 %), un paciente estaba confinado a silla de ruedas (2,3 %) y ninguno al lecho. Resulta válido señalar que 95,5 % presentó algún SNM y solo 2 enfermos no refirieron síntomas. El promedio de síntomas por paciente fue de 7,45.

Al analizar los SNM neuropsiquiátricos se observó que la depresión resultó ser el más frecuente (32, para 72,7 %), seguido por la ansiedad (24, para 54,6 %) y la hipomnesia de fijación (38,6 %), entre otros síntomas como las alucinaciones, la apatía, la anhedonia y el déficit de atención.

Entre los trastornos del sueño más comunes figuraron el síndrome de las piernas inquietas (50,0 %), el insomnio (40,9 %) y los trastornos del comportamiento durante el sueño REM (38,6 %). En menor cuantía aparecieron las pesadillas (34,1 %) y la somnolencia diurna excesiva (9,1 %).

En relación con los síntomas disautonómicos predominaron la nicturia (68,2 %), el estreñimiento (47,7 %) y la urgencia miccional (38,6 %). También se encontró, en menor porcentaje, disfagia, tenesmo rectal, sialorrea, náuseas, vómitos, manifestaciones de hipotensión ortostática (caídas y mareos al ponerse de pie), hiperhidrosis e incontinencia fecal.

Como síntomas sensitivo-sensoriales, primaron el dolor en 10 de los afectados (22,7 %) y la hiposmia-disgeusia en 6 (13,6 %), además de la disminución de peso corporal sin causa aparente (22,7 %) y la diplopía (4,5 %).

DISCUSIÓN

En cuanto a distribución por sexo, grupos de edad y síntomas iniciales, los resultados de esta investigación no difieren de lo planteado clásicamente en la bibliografía médica consultada al respecto.¹⁻⁵

El síntoma inicial de la enfermedad resulta importante para la caracterización clínica de los pacientes con EP y es un elemento muy utilizado para diferenciarla de los conocidos "parkinsonismos secundarios" y los "parkinsonismos plus". El comienzo unilateral de las manifestaciones motoras es uno de los criterios de apoyo de la EP según los criterios diagnósticos de la *UK Parkinson's Disease Society Brain Bank*.¹⁰ Se acepta de forma general que el síntoma inicial más frecuente es el temblor de reposo unilateral, aunque también suele haber torpeza motora manual o tendencia a arrastrar una pierna durante la marcha. Se ha sugerido la posible relación entre la lateralidad de la asimetría motora y la severidad de los SNM,¹³ pero no se ha podido establecer una relación inequívoca.

En la mayoría de los artículos consultados, la depresión es el síntoma neuropsiquiátrico más frecuente en la EP. En ese sentido, Parada *et al*,⁹ refieren que estuvo presente en 81 % de los integrantes de su serie. Por su parte, en un estudio multidisciplinario internacional,¹² donde se aplicó el cuestionario de síntomas no motores en la enfermedad de Parkinson, se observó en 50,1 % de los afectados. Los síntomas con menor aparición en esta esfera resultaron ser las alucinaciones y las ilusiones; hallazgos similares a los obtenidos en el presente estudio. Se plantea que la depresión está condicionada en estos enfermos tanto por la enfermedad *per se* como por la percepción de pérdida de validismo que experimenta el paciente conforme avanza el deterioro neurológico.^{2,5-7}

Por otra parte, en una investigación sobre SNM en la enfermedad de Parkinson, llevada a cabo en la Clínica de Movimientos Anormales del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México,¹⁴ se encontró predominio del insomnio (55,6 %) y del síndrome de las piernas inquietas (50%); otros autores^{6,9,12} obtuvieron resultados similares con el mismo cuestionario. Por último, en un estudio multicéntrico efectuado en Italia, también el insomnio fue el principal trastorno relacionado con el sueño,¹⁵ lo cual coincide con lo referido en esta casuística.

En la EP se manifiestan muchos síntomas disautonómicos que causan un deterioro importante en la calidad de vida de estos pacientes y muchos de ellos son susceptibles

de mejorar con un tratamiento adecuado; razones suficientes para explorarlos sistemáticamente en las evaluaciones periódicas de estos.^{9,10,12}

Se ha notificado que la constipación puede afectar entre 60-80 % de los pacientes que padecen EP. Este síntoma aparece precozmente, incluso varios años antes del inicio de las manifestaciones motoras. En tanto, la nicturia es uno de los SNM más frecuentes, junto con la urgencia miccional y la constipación; igualmente, lo encontrado en esta serie en cuanto a la incontinencia fecal como la manifestación principal en estos pacientes guarda relación con lo descrito en series similares. Resulta válido señalar que la urgencia miccional y la incontinencia fecal son de aparición más tardía y su reconocimiento en etapas tempranas orienta al diagnóstico de atrofia multisistema.¹⁴⁻¹⁷

La hiposmia es considerada un síntoma premotor y puede presentarse hasta en 90 % de los pacientes con EP. En muchos casos permanece de forma subclínica durante un tiempo variable, hasta que es percibida por el paciente. Esta relación EP-hiposmia no se encuentra en otros parkinsonismos, y los individuos asintomáticos que padecen hiposmia tienen un mayor riesgo de desarrollar EP.

En el estudio de validación del cuestionario de síntomas no motores en la enfermedad de Parkinson,¹² lo referente al dolor y la hiposmia-disgeusia fue similar a lo hallado en la presente investigación; mientras que Rodríguez y Cervantes¹⁴ muestran una frecuencia relativamente alta de ambos síntomas (por encima de 40 %) superior a lo encontrado en esta casuística. No fue posible correlacionar los resultados del estudio PRIAMO¹⁵ con los del presente estudio, pues en el mismo se consideró el dolor de forma separada, en distintas partes del cuerpo.

Por último, es oportuno señalar que la mayoría de los SNM encontrados se presentaron en todos los estadios de la enfermedad, aunque con menor frecuencia en el primer año de evolución, lo cual coincide ampliamente con lo descrito en la bibliografía consultada.

Ostrem y Galifianakis¹⁰ consideran que 90 % de los pacientes con EP tienen SNM. Mediante el estudio PRÍAMO¹⁵ lo detectaron en 98,6 % de los afectados y Parada *et al*⁹ en el total de su muestra.

Sobre la base de los resultados obtenidos se concluye que es imprescindible la búsqueda y tratamiento sistemático de los SNM en los pacientes con EP, a fin de mejorar la calidad de vida de estos enfermos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Pupo JM, Díaz Rojas YV, Rojas Rodríguez Y, Ricardo Rodríguez Y, Aguilera Rodríguez R. Actualización en enfermedad de Parkinson idiopática. CCM. 2013 [citado 6 Dic 2015];17(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000200007
2. Álvarez Sánchez M, Padrón Sánchez AF, Álvarez González LM, Pedroso Ibáñez I, Díaz de la Fe A, Álvarez Sánchez M, *et al*. Guías de prácticas clínicas basadas en la evidencia. Enfermedad de Parkinson. La Habana: ECIMED;2011.p.1-104.
3. Ropper AH, Samuels MA, Klein JP. Adams and Victor's Principles of Neurology. 10 ed. New York: McGraw-Hill; 2014.p.1082-95.

4. Rodríguez Montalván M, Gámez Rodríguez O, Hernández Silva T, Hechavarría Danger S, Bizet Altés O. Morbilidad por trastornos del movimiento en la consulta de Neurología. MEDISAN. 2012 [citado 6 Dic 2015];16(5). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_5_12/san11512.htm
5. Morales Briceño H, Cervantes Arriaga A, Rodríguez Violante M. Diagnóstico premotor de la enfermedad de Parkinson. Gaceta Médica de México. 2011;147(1):22-32.
6. Martinez Martin P, Rodríguez Blazquez C, Kurtis MM, Chaudhuri KR, NMSS Validation Group. The impact of non-motor symptoms on health-related quality of life of patients with Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2011;26(3):399-406.
7. Lee HM, Koh SB. Many faces of Parkinson's disease: non-motor symptoms of Parkinson's disease. *J Mov Disord*. 2015;8(2):92-7.
8. Pont Sunyer C, Hotter A, Gaig C, Seppi K, Compta Y, Katzenschlager R, *et al*. The onset of nonmotor symptoms in Parkinson's disease (The ONSET PD Study). *Mov Disord*. 2015;30(2):229-37.
9. Parada Barroso Y, Soto Lavastida A, Lara Fernández GE, Santos Santos A, Hernández Rodríguez TE, Mesa Barrera Y. Síntomas no motores en pacientes con enfermedad de Parkinson. *Rev Cubana Tecnol Salud*. 2012;4(3):1-13.
10. Ostrem JL, Galifianakis NB. Overview of common movement disorders. *Continuum Minneap Minn*. 2010;16(1):13-48.
11. Chaudhuri KR, Martinez-Martin P, Schapira AHV, Stocchi F, Sethi K, Odin P, *et al*. International multicenter pilot study of the first comprehensive self-completed nonmotor symptoms questionnaire for Parkinson's disease: the NMSQuest Study. *Mov Disord*. 2006;21(7):916-23.
12. Martinez Martin P, Schapira AHV, Stocchi F, Sethi K, Odin P, MacPhee G, *et al*. Prevalence of nonmotor symptoms in Parkinson's disease in an international setting; study using nonmotor symptoms questionnaire in 545 patients. *Mov Disord*. 2007;22(11):1623-9.
13. Baumann CR, Held U, Valko PO, Wienecke M, Waldvogel D. Body side and predominant motor features at the onset of Parkinson's disease are linked to motor and nonmotor progression. *Mov Disord*. 2014;29(2):207-13.
14. Rodríguez Violante M, Cervantes Arriaga A. Detección y manejo de síntomas no motores en la enfermedad de Parkinson: impacto en su prevalencia. *Rev Med Chile* 2011;139:1032-8.
15. Barone P, Antonini A, Colosimo C, Marconi R, Morgante L, Avarello TP; the PRIAMO study group. The PRIAMO study: Aa multicenter assessment of nonmotor symptoms and their impact on quality of life in Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2009;24(11):1641-9.
16. Muller B, Larsen JP, Wentzel-Larsen T, Skeie GO, Tysnes OB; The Parkwest Study Group. Autonomic and sensory symptoms and signs in incident, untreated Parkinson's disease: frequent but mild. *Mov Disord*. 2011;26(1):65-72.

17. Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, Mazziotta J. Bradley's Neurology in Clinical Practice. 6 ed. Philadelphia: Elsevier;2012.p.1768-76.

Recibido:29 de septiembre de 2016.

Aprobado: 9 de mayo de 2017.

Ernesto Simón Pérez. Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida de los Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: oraquilera@infomed.sld.cu