



HOSPITAL DE CLÍNICAS  
Dr. Manuel Quintela



Enfermedad de Parkinson

Abordaje Integral No Farmacológico en la Enfermedad de Parkinson

## **Tratamiento de las disquinesias y distonías en la Enfermedad de Parkinson**

Vamos a hablar no solo de disquinesias y distonías sino más bien de lo que son las fluctuaciones en general. Una disquinesia es una fluctuación en el programa motor, tiene que ver con cómo nos movemos, cómo andamos, cómo caminamos. Una distonía es también una fluctuación que significa estar más o menos rígidos. Entonces, hay otras cosas que fluctúan en la Enfermedad de Parkinson (EP) que es importante tenerlas presentes.

Clínicamente, la EP tiene dos grandes ítems: los síntomas motores y los síntomas no motores. Hoy sabemos que los síntomas no motores son mucho más intensos, mucho más frecuentes y precoces que los propios síntomas motores, que es lo que en general nosotros vemos o los otros ven de nosotros, que caminamos más rápido o menos rápido, que nos trancamos, que temblamos; esos son los motores. Pero hay una cantidad de otros síntomas que afectan nuestra calidad de vida que también fluctúan.

Entonces recordamos que los síntomas motores tienen que ver con la lentitud para movernos, la disminución de la velocidad para hacer las cosas, querer movernos y no llegar a tiempo a tomar un objeto, que en general está muy asociado a la rigidez y se puede acompañar del temblor. Un síntoma motor muy importante es el trastorno de la postura. A lo largo del tiempo, se va observando cómo vamos cambiando, el cuello se va flexionando, los brazos se van también flexionando hacia adelante, los pies se despegan menos del piso, a veces nos congelamos un poquito y hacemos eso de freezing.

Los síntomas no motores son sobre todo los trastornos olfatorios, los sensitivos que son como sensaciones de disestesias, lo que nosotros llamamos disautonomía que es cuando nos baja la pr, cuando nos ponemos a veces muy colorados, cuando tenemos algún problema digestivo, trastornos de sentir frío y calor, trastornos del humor, trastornos del sueño, algunos problemas de memoria, depresión que son bastante intensos. Eso es lo más precoz dentro de lo no motor, y después lo más tardío son las alteraciones del lenguaje y los trastornos para tragar.

Todos estos síntomas fluctúan a lo largo de la EP. Algunos pueden responder a la medicación y otros no; entonces es importante que tengamos en cuenta cuáles son los que pueden responder más y cuáles menos.

La idea mía es transmitirles que todo fluctúa, fluctúa lo que es motor y fluctúa lo que no es motor, lo que a veces no queda tan claro. Entonces, es importante recordar lo que son las disfunciones autonómicas vinculadas a la hipotensión ortostática, que es esa sensación de que nos sentimos como débiles y que muchas veces está vinculada a la medicación, que va a implicar una modulación del tratamiento, también según la etapa de la enfermedad.

Los trastornos de sueño, que más que nada tienen que ver con los calambres, los dolores distónicos, es como un *off* de sueño; la presencia de trastornos de conducta durante el sueño. En la EP existe otro fenómeno no motor, que está presente en casi la mitad de los pacientes, que son dolores de hombro, o de ambos hombros, o dolores en las partes proximales de las piernas, en los muslos, que se dan sobre todo cuando estamos en *off*. Estos dolores también fluctúan.

Tenemos trastornos como la disminución de la voz, la seborrea, la sensación de fatiga y todas estas cosas, micrografía, etc.

Entonces, para saber si estamos en un buen camino y si nuestro tratamiento está bien, tenemos que tener un diagnóstico correcto de la enfermedad, ir al médico periódicamente conocer cómo somos nosotros, conocer cómo es nuestro medio y que nuestro medio nos conozca. ¿Tenemos que usar fármacos o todavía no es el momento y solo podemos hacer rehabilitación? Es con el médico que tenemos que ver bien el tipo de tratamiento.

Respecto al manejo de la medicación, sobre todo de lo que más invalida que es la rigidez, la lentitud del movimiento, el temblor, la alteración de los reflejos y el equilibrio se empiezan a utilizar diversos fármacos. Con el médico se discutirá cuándo tomar cada uno, con cuál empezar, cuál es el tratamiento para cada persona y cada momento.

El Profesor Carlos Chouza estaba muy afanado en conseguir nuevos medicamentos y fue uno de los que participó en uno de los estudios sobre los medicamentos agonistas, uno de los estudios más grandes que existieron, con el profesor U.K. Rinne, sobre la cabergolina (que luego tuvo sus problemas). ¿Por qué la búsqueda de estos fármacos? Porque con el paso del tiempo, todos sabemos que la levodopa va perdiendo eficacia y que de un 75% a un 80% de los pacientes a los cinco años (o a veces más) desarrollan las llamadas fluctuaciones motoras.

Entonces, sabemos que tenemos elementos motores que son los que más nos invalidan para caminar y para movernos, elementos no motores que nos invalidan para muchas otras cosas, que cada uno es distinto y cada etapa es distinta, y que tenemos que conversar con nuestro médico cuando es que realmente debemos empezar con cada una de las medicaciones disponibles para nuestros estadios y para nuestra situación. Es necesario además intensificar nuestra rehabilitación, cambiar nuestra dieta... todo esto lo tenemos que hacer porque sabemos que una vez que empezamos con la levodopa en el correr del tiempo se tienden a dar en un 75% o 80% estas fluctuaciones motoras.

Hay personas que no manifiestan fluctuaciones, no tienen disquinesias ni distonías, tienen una evolución más estable. Y eso tiene que ver con cada quien, con su Parkinson, con la genética de su EP, con otros medicamentos que en su vida ha tenido que tomar, o sea, no es tan simple; no es que todas las personas van a desarrollar disquinesias o fluctuaciones. Hay pacientes que hace tanto tiempo que están tomando alguna medicación (por ejemplo, levodopa o algún agonista) y están tan bien que el médico duda de si tiene un Parkinson, entonces suprime la medicación para estar seguro de que si aparecen los síntomas parkinsonianos, era EP. Generalmente es así, pero tiene un Parkinson que es "benigno" para el tema de la fluctuación. Una vez que se empieza con el tratamiento de la levodopa hay que ir manejando con nuestro médico la dosis de manera de evitar la llegada de las fluctuaciones. Es una característica propia de la enfermedad la fluctuación motora, para distintos momentos de cada uno, para distintos estadios y para distintas genéticas. Por eso es un tema complejo, difícil de entender.

Resumiendo, las fluctuaciones motoras son cambios en el estado motor del paciente, que pueden ser impredecibles tanto en los estadios *on* o en el *off*. Así como existen las fluctuaciones motoras, existen las fluctuaciones en los otros síntomas no motores, por ejemplo, la hipotensión ortostática.

El tratamiento de las complicaciones motoras puede consistir en numerosas estrategias, desde variar la dosis de levodopa o de los agonistas, entre otras posibilidades. Se pueden agregar

también otros medicamentos, hay medicamentos que ayudan, pero nunca se debe suspender la medicación de manera abrupta sin conocimiento del médico tratante. Es con él que hay que resolver esto, en la relación médico-paciente, con la visión de los familiares y de los cuidadores.

Entonces, qué es lo que hay que tener en cuenta respecto a las fluctuaciones para transmitirle al médico? Su frecuencia, su intensidad, cómo se presentan, en qué partes del cuerpo. Esto hay que anotarlo porque sirve para orientar al médico, para que él pueda mejorar el tratamiento. También hay que tener en cuenta hasta qué punto estas disquinesias afectan la vida diaria, la marcha, la posibilidad de levantarse. Entonces ahí van a resolver médico, paciente y familiares en conjunto, si es necesario o no tratar este nuevo síntoma.

Es necesario saber si al tomar la medicación enseguida se tienen las disquinesias o no, si empieza a hacer el efecto y al final es que el paciente tiene las disquinesias o se pone rígido, o al revés, si eso pasa en el pico de dosis. Todo eso es lo que va a indicar cómo es la disquinesia y cómo la vamos a tratar. Es importante recordar que cada paciente es único, no existe un paciente, no existe la enfermedad; no hay un remedio específico que sea el gran remedio para la disquinesia.

Lo mismo pasa con las fluctuaciones no motoras. Los trastornos olfatorios obviamente que no, pero por ejemplo las disautonomías, los trastornos del sueño, las alteraciones sensitivas, los trastornos de humor, pueden tener una respuesta también a la levodopa o a otras medicaciones que tomamos.

En los estadios más avanzados aparecen las alteraciones del lenguaje y los trastornos que se llaman disfagia, que son problemas para tragar. La disfagia es una disquinesia en parte motora y en parte no motora que puede relacionarse con la toma de medicación por lo tanto es importante tomar nota de estos cambios.

Los tratamientos no farmacológicos que se desarrollan en Prepar sirven para las disquinesias y las distonías. Está demostrado que la actividad física y la fisioterapia mejoran estos síntomas. Por ejemplo, la bicicleta fija, usarla aunque sea quince minutos diarios, está demostrado que mejora notablemente y hay trabajos científicos que lo apoyan. La bicicleta fija es un éxito como actividad física en la EP. Del mismo modo, el caminar, el yoga, hacer Pilates, etc.

Al igual que la fisioterapia, cualquier terapia ocupacional es útil para mejorar la calidad de vida en la EP. La foniatría, la dietoterapia y la nutrición correcta (no tomar levodopa próxima a la ingesta de proteínas, tampoco consumir excesos de vitamina B durante el día).

De igual modo, la participación en grupos de acompañamiento psicológico permite transmitir estas dificultades a nivel de nuestra familia, a nivel de las personas con las que trabajamos, a nivel de nuestros terapeutas en distintas áreas.

La rehabilitación también la podemos realizar descansando, leyendo un libro, mirando una película, sin que tengamos que hacer nada. Las horas de sueño necesarias dependen de cada persona, cada uno tiene su ritmo, siempre que se mantengan los tiempos entre las dosis.

Es importante acompañarse con música, la música es realmente neuromoduladora. Especialmente el tango es altamente eficaz en mejorar la EP. ¿En qué beneficia el tango? Ayuda muchísimo en el mantenimiento del balance de una pierna con otra, ayuda en el giro, ayuda en la alternancia de los pasos, en el parar y en el arrancar; cuanto más precoz lo empezamos es más eficaz. El tipo de ritmo que utiliza el tango y el acompañamiento de la música es lo que hace que los pacientes con EP cambian sustancialmente cuando entran a bailar. Esto es neuromodulación a través de la música y a través del cambio de paso, que ayuda a destrancar.

Todo estos temas que venimos planteando tienen que ver con la neuromodulación. ¿Y que es neuromodulación? Tenemos un sistema nervioso que está permanentemente en contacto con el medio externo que nos marca a través de numerosas fibras y de la parte sensorial, de los ojos, del oído, hasta del gusto, y nos modifica. Nuestro cerebro está formado por muchas interacciones

permanentes, entonces, nuestra afectividad que tiene que ver con la emoción, que tiene que ver con el sentimiento, con el pensamiento también, está sobrevolando todo nuestro sistema motor, todo nuestro sistema no motor todo el tiempo. Los estados de ánimo influyen directamente en los síntomas de la EP. Hay que tratar de encontrar un equilibrio y tratar de repetirlo, por eso es importante el término de modular. Cuando uno modula, repite, ayuda a modular la repetición: "Si con esto me fue bien, voy a tratar de que me siga haciendo bien".

**Dra. Elena Dieguez**

Neuróloga. Ex Asistente de Neurofisiología. Integrante de la Sección Enfermedad de Parkinson y Movimientos Anormales, Instituto de Neurología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UdeLAR.  
Charla realizada a través de Plataforma Zoom, 26 de mayo de 2020.