

Perfil clínico de la enfermedad de Parkinson en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren

Clinical profile of Parkinson's disease in the National Hospital Alberto Sabogal Sologuren

Carlos Núñez Peralta¹

RESUMEN

Objetivo. Determinar el perfil clínico de la Enfermedad de Parkinson en pacientes atendidos en el Servicio de Neurología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. **Materiales y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con enfermedad de Parkinson atendidos en los consultorios del Servicio de Neurología durante el año 2013; 134 pacientes fueron incluidos los cuales cumplieron con los criterios de inclusión, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Los datos fueron recolectados en una ficha electrónica de Microsoft Office Excel versión 2010, para su posterior transferencia y procesamiento SPSS versión 19.0. **Resultados.** Se evidenció un predominio masculino, con una edad promedio de 72,37. El síntoma motor predominante fue rigidez seguido de temblor de reposo y bradicinesia. La afectación inicial fue a predominio de miembro superior derecho. Dentro de los síntomas no motores la afectación principal fue la del sueño. Dentro de los síntomas autonómicos predominaron las alteraciones gastrointestinales. **Conclusiones.** Se observó un predominio del sexo masculino similar a otros estudios, con edad promedio y afectación inicial dentro del rango reportado en la mayoría de literaturas. Si bien los síntomas cardinales fueron rigidez, bradicinesia y temblor, un alto porcentaje presentó también síntomas que engloban diversos factores neurobiológicos como alteraciones del sueño y depresión, asimismo alteraciones autonómicas como la constipación y disfagia.

Palabras clave: Enfermedad de Parkinson; Parkinsonismo; Alteraciones neurodegenerativas; Alteraciones Autonómicas; Bradicinesia; Rigidez; Temblor.

SUMMARY

Objective. To determine the clinical profile of Parkinson's disease in patients who were attending at the Neurology Department at the Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. **Materials and methods.** Medical records of the patients were reviewed with Parkinson's disease seen at the clinics of the Department of Neurology in 2013; 134 patients were included. For collection of data, Microsoft Office Excel version 2010 was used, for subsequent transfer and processing in SPSS version 19.0. **Results.** Showing a male predominance with an average age of 72.37. The predominant symptom was rigidity, then tremor and bradykinesia. The Initial onset of symptoms was a predominance of right upper limb. Within the non-motor symptoms was observed that the main involvement was sleep. Within the autonomic symptoms were

1. Médico Cirujano Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma.

gastrointestinal disorders. **Conclusions.** It was observed a predominance of males similar to other studies, mean age and initial involvement within the range reported in most literature. While the cardinal symptoms were rigidity, bradykinesia and tremor, a high percentage also presented symptoms that include various neurobiological factors such as sleep disturbance and depression also autonomic disturbances such as constipation and dysphagia.

Key words: Parkinson's disease; Parkinsonism; Neurobiological Disturbances; Autonomic Disturbances; Bradykinesia; Rigidity; Tremor.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson (EP) fue descrita por James Parkinson en 1817 en un reporte él describe lo que llama la "parálisis agitante o temblorosa", donde relata seis casos clínicos caracterizados por temblor, marcha festinante con propulsión y lentitud de los movimientos, años después Charcot refirió que dicho cuadro no era producido por parálisis y que no todos los pacientes presentaban temblor, destacando que los síntomas principales eran la bradicinesia y la rigidez; esta triada es característica en cerca del 80% de pacientes con la EP idiopática y se debe a una disfunción de la vía nigroestriada.

La EP es una enfermedad neurodegenerativa progresiva sin causa definida, con respuesta a dopaminomiméticos. La EP afecta principalmente el aspecto motor del paciente, sin embargo, es un síndrome mucho más complejo que involucra otros aspectos, entre los que se incluyen alteraciones cognitivas, psiquiátricas, del sueño, depresión, de la voz, deglución, autonómicas entre otras.¹

La prevalencia de la EP en países industrializados se estima entre 0,3% de la población general y 1% de la población mayor de 60 años y en estudios europeos encontraron tasas entre 100 y 200 por 100 000 habitantes.² Dorsey y col³ estimaron que en los países más poblados, el número de pacientes con EP era cercano a 4,5 millones en 2005 y que esta cifra se duplicaría hacia el 2030. Los criterios diagnósticos más usados son los de la United Kingdom Parkinson Disease Brain Bank (UKPDBB),⁴ que son bradicinesia, y al menos uno de los siguientes síntomas y signos: temblor de reposo, rigidez muscular o inestabilidad postural no debida a alteración visual primaria, cerebelos, vestibular o propioceptiva.

El objetivo del presente estudio es determinar el perfil clínico de la enfermedad de Parkinson en el Servicio de Neurología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, donde se revisaron las Historias clínicas de los pacientes con enfermedad de Parkinson atendidos en los consultorios del Servicio de Neurología desde enero hasta diciembre del año 2013. El número de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron 134, de los cuales 84 fueron varones y 50 mujeres. Se aplicó una ficha elaborada en base a las guías de manejo internacionales de la enfermedad de Parkinson.

Los datos fueron recolectados de manera confidencial para lo cual se obtuvo los permisos respectivos en la oficina de investigación, capacitación y docencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

Se excluyó a todos los pacientes con diagnóstico de parkinsonismo secundario según CIE-10(G21) y a aquellos pacientes que fueron diagnosticados con EP en algún servicio distinto al de neurología, o que no sean confirmados o continuados durante la atención por consulta externa en los servicios de neurología del mismo hospital.

RESULTADOS

En el presente trabajo se evidenció un predominio del sexo masculino (M/F:1,68/1). La edad promedio de los pacientes se situó en 72,37, con un rango que varió entre los 45 y 95 años de edad.

En cuanto a los antecedentes familiares se pudo observar que tan solo 3(2.2%) pacientes registraron haber tenido como antecedente un familiar de primer orden con diagnóstico de EP.

Dentro de los síntomas motores, según el género se observa que en el sexo masculino el síntoma que predominó fue la rigidez con un total de 60(44,8%) pacientes, mientras que en el sexo femenino fue el temblor de reposo el principal síntoma que presentaban las pacientes en un total de 34(24,6%) pacientes.

En cuanto al predominio de estas manifestaciones fue a nivel de miembros superiores sobre todo a predominio de miembro superior derecho en 25(18,7%) pacientes. La presencia de otros síntomas como el caso de la inexpressividad facial se presentó en 11(8,2%) pacientes tanto para hombres como para mujeres respectivamente.

Así mismo, se observaron registros de la presencia de micrografía en 9 pacientes, de los cuales 5(3,7%) eran hombres y 4(3,0%) eran mujeres (Figura 1).

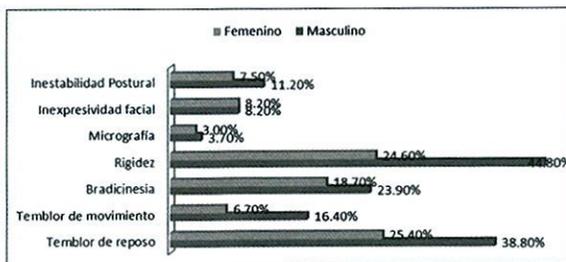


Figura 1. Distribución según género de síntomas motores en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren - 2013.

Obsérvese que la patología no motora más frecuente en ambos sexos fue alteraciones del sueño con un total de 41(37,6%) varones y 27 (24,8%) mujeres respectivamente. Obsérvese la depresión en estos pacientes, fue igual de frecuente en hombres y mujeres. Otras alteraciones no motoras fueron alteraciones de la memoria en 23 (21,1%), alteraciones del pensamiento en 19 (17,4%), alteraciones del lenguaje en 16(14,7%) y alteraciones olfatorias en 9(8,3%) (figura2).

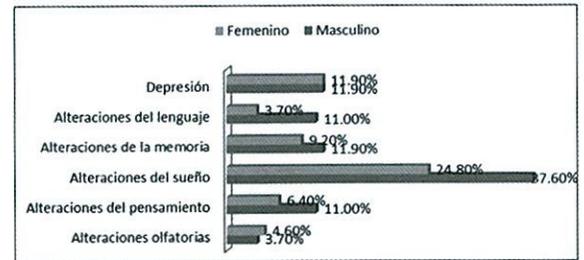


Figura 2. Distribución según género de síntomas no motores en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren - 2013.

Dentro de los síntomas autonómicos, las alteraciones gastrointestinales fueron las más frecuentes con un total de 33(33,3%) pacientes del sexo masculino y 22(22,2%) pacientes fueron del sexo femenino, la constipación fue la patología más frecuente con un total de 36(26,9%) de pacientes, seguido de disfagia en 15 pacientes (11,2%), 4 (3%) presentaron ambas alteraciones. Otras alteraciones autonómicas fueron la de disfunción vesical en 32(32,3%) pacientes, sialorrea en 19(19,2%) e hipotensión ortostática en 7(7%) (figura3).

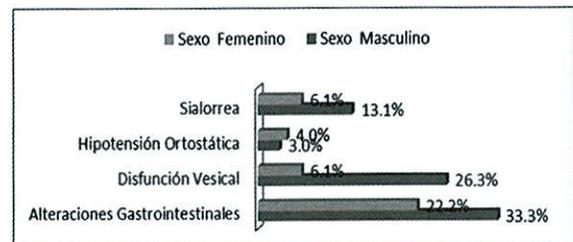


Figura 3. Distribución según género de síntomas autonómicos en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren - 2013.

DISCUSIÓN

Esta investigación estuvo encaminada a establecer un perfil clínico de una patología que es cada vez más frecuente como es la enfermedad de Parkinson, enfocando no sólo la parte motora sino también la no motora y la autonómica

En lo referente a los resultados del estudio, se observó un relativo mayor predominio del sexo masculino (M: F; 1,68/1) similar a lo reportado en la mayoría de bibliografías, en cuanto al inicio de la enfermedad también se registran entre los 40-

70 años,⁵ lo que concuerda con nuestro estudio en donde la edad media fue de 72,3 años.

El síntoma más frecuente al momento de la consulta fue la rigidez, presentándose en 93 pacientes (69,4%), en cuanto al sexo se observó que en los hombres fue rigidez con 60 pacientes (44,8%), mientras que en las mujeres era el temblor de reposo con 34 pacientes (25,4%) lo cual coincide con el estudio realizado por Zeuner en el año 2007 donde afirmó que el temblor era el síntoma predominante e incluso mencionaba que este venía acompañado de rigidez, lo cual generaba pérdida de independencia y limitación de la calidad de vida.⁶ Las manifestaciones predominaron a nivel de miembro superior derecho en 25 pacientes (18,7%), en el estudio realizado por Luis Torres Ramírez, en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el año 2012 se observó que 55,8% presentaron afectación inicial a nivel de miembro superior derecho.⁷

Es importante mencionar que en nuestro estudio fue poca la cantidad de pacientes que registraban según historia clínica la ubicación anatómica afectada inicialmente.

En cuanto a los síntomas cardinales de la EP un gran porcentaje de nuestros pacientes tuvieron rigidez (69,4%), seguido de temblor de reposo (64,2%) y bradicinesia (42,5%).

Un dato que se observó fue la presencia de micrografía, se habían registrado un total de 9 pacientes (6,7%), la presencia de esta alteración se puede apreciar en estudios hechos por otros investigadores como es el caso de Pérez, Bradley y col en el 2003 quienes realizaron análisis grafométrico en 36 pacientes con diagnóstico de EP y 10 pacientes sin EP, luego de hacer las pruebas grafométricas el 60% de los pacientes con EP presentaron alteraciones grafométricas especialmente en aquellos pacientes que se encontraban en escalas de Hoehn y Yahr más altas.⁸

En cuanto a los síntomas no motores, tenemos a la alteración del sueño como principal manifestación, con un total de 68 pacientes (42,2%), estudios similares como el de Dowling GA y colaboradores refieren que hasta el 74-

98% de los pacientes sufren de algún trastorno relacionado al sueño, en otros estudios este mismo autor refiere que hasta la tercera parte de pacientes con EP sufren de trastornos del dormir lo que coincide con nuestro estudio.⁹

Otro problema importante es la depresión, 26 pacientes (16,1%) igual de frecuente en hombres y mujeres, sobre la depresión y la EP existen diversos estudios uno de ellos el presentado por Stella y col, en el que estudió a 30 pacientes con EP hallando una relación significativa entre la intensidad de los síntomas de la depresión con la fase de la enfermedad, con los signos motores y el rendimiento funcional.¹⁰

En cuanto a las alteraciones olfatorias, 9 pacientes (5,6%) presentaron alteraciones a este nivel, lo que corrobora un estudio hecho en Chile por el Dr. Marcelo Miranda y col. quienes aplicaron el test del olfato con 12 aromas en 40 pacientes sanos, y 40 con enfermedad de Parkinson, de los pacientes sanos solo 2 llegaron a distinguir 10 aromas el resto sí reconoció la totalidad de los olores, en cambio de los pacientes con EP, ningún paciente llegó a reconocer 10 ó más olores, es decir 100% mostró hiposmia, 27 (67,5%) reconocieron solo 6 aromas y 5 pacientes (12,5%) reconocieron 3 o menos olores.¹¹

En cuanto a los síntomas autonómicos, en primer lugar se encontró las alteraciones gastrointestinales presente en 55 pacientes (48,7%), dentro de estas 36 pacientes (26,9%) presentaron constipación y 15 pacientes (11,2%) presentaron disfagia, estudios como los de Rodrigo Gómez, refieren que 50-80% de los pacientes con EP en algún momento de su evolución presentaron disfagia.¹²

En cuanto a la disfunción vesical tenemos en el estudio presente que 32 pacientes (28,3%) presentaron alteraciones genitourinarias, lo que también está escrito en casi todas las bibliografías; también observamos que 19 pacientes (16,8%) presentaron sialorrea, aunque no se presenta la misma cantidad de pacientes que la descrita por Jimena Gonzales Fernández en España, donde observó que esta alteración afectaba hasta en un 70% de los pacientes con EP sobretodo en fases tardías.¹³

También podemos ver en nuestro medio que pacientes con EP presentaron hipotensión ortostática, se registraron 7 (6,2%) pacientes, en el estudio que realizó Goldstein en un grupo de 35 pacientes con EP encontró que el 60% presentó hipotensión ortostática de manera precoz (antes de 1 año de evolución de la EP).¹⁴

En conclusión, existen diversas manifestaciones no sólo motoras asociadas a pacientes con enfermedad de Parkinson.

Se plantea en base a la alta frecuencia de manifestaciones no motoras como autonómicas en el paciente con EP, evaluar de manera amplia, haciendo una anamnesis más exhaustiva, sobretudo en la atención primaria tomando nota en la historia clínica de todos los aspectos que estén relacionados tanto en la parte motora, no motora y autonómica para poder brindar un tratamiento oportuno, evitar la progresión de la enfermedad y tener así un adecuado seguimiento en el futuro.

Se recomienda realizar un trabajo en conjunto en el que se incluya tanto a neurología como las demás especialidades, incluyendo Medicina General, para lo cual es necesario capacitar al personal de salud e incentivar la participación del paciente y su familia, a fin de evitar que estos en su mayoría pacientes adultos mayores, puedan caer en depresión, factor que se ha visto aumenta la morbilidad considerablemente; así mismo se recomienda realizar mayores estudios que nos motiven a tener una guía propia de la enfermedad de Parkinson.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado

Conflictos de interés: el autor de este artículo declara no tener conflicto de interés alguno en la publicación de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pedro Chaná. Enfermedad de Parkinson. Centro de trastornos del movimiento
2. (CETRAM). Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile, 2010.
3. De Rijk MC, Launer LJ, Berger K, Breteler MM, Dartigues JF, Baldereschi M. Prevalence of Parkinson's

- disease in Europea collaborative study of population based cohorts. *Neurology*.2000;54(11) Suppl 5:S21-23.
4. Dorsey E. Projected number of people with Parkinson disease in the most populous
5. nations, 2005 through 2030. *Neurology*. 2007;68:384-386.
6. Hughes aj, Ben- Shlomo Y, Daniel SE, Lees AJ. Wath features improve the accuracy of clinical diagnosis in Parkinson's disease: A clinic-pathologic study. *Neurology*.1992;42 (6):1142-6.
7. Roper A, Samuels M. Anormalities of movement and posture due to disease of the basal ganglia. En su: Adam and Victor's principles of neurology. 9ED. New York: McGraw-Hill Professional; 2009: T 2.p.55-70.
8. Zeuner KE, Peller M, Knutzen A, Holler I, Munchau A, Hallett M. y cols. How to
9. assess motor impairment in writer's cramp. *Mov Disord*. 2007.Jun 15; 22(8):1102-9.
10. Luis Torres - Ramírez L, Villafuerte-Espinoza M, Cosentino- Esquerre C, Flores-Mendoza M, Velez-Rojas M, Suarez-Reyes R, Núñez-Coronado Y. Características clínicas de la enfermedad de Parkinson en una cohorte de pacientes peruanos. *Rev Per Neurol* 2012 Vol 13 N°1.
11. Perez S, Bradley J, Nouzeilles M, Merello M. Evaluación grafométrica de la escritura en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática y parkinsonismo secundario. *Archivos de Neurología, Neurocirugía y Neuropsiquiatría*, 2003. Vol.10.
12. Dowling GA, Matick J, Colling E, Carter JH, Singer CM, Aminoff MJ, Melatonin for sleep disturbances in Parkinson's disease. *Sleep Medicine* 2005;6:459-466.
13. F. Stella, L.T. Bucken-Gobbi, S. Gobbi, C. Sant Ana-Simoes. Síntomas depresivos y trastorno motor en pacientes con enfermedad de Parkinson. Universidad Estatal Paulista (UNESP).Rio Claro, Sao Paulo,Brasil,2007.
14. Marcelo Miranda C, Andrea Slachevsky Ch, Carolina Pérez J. Alteraciones del olfato en enfermedad de Parkinson: validación preliminar de un test diagnóstico en población adulta sana y con síntomas parkinsonianos, Santiago de Chile ago.2006. *Revista Médica Chile*; 134(8).
15. Rodrigo Gómez, Lorena Hudson, Pablo Venegas. Trastornos autonómicos en enfermedad de Parkinson. *Rev Med Chile* 2011; 139:100-106.
16. Jimena González-Fernández, Rosa Prieto-Tedejo, Leticia Velasco-Palacios, Sandra
17. Jorge-Roldan, Esther Cubo-Delgado. Trastornos digestivos en la enfermedad de Parkinson: Disfagia y sialorrea, *Rev Neurol* 2010;50(supl2):51-54.
18. Goldstein DS. Orthostatic hypotension as an early finding in Parkinson's disease. *Clin Auton Res* 2006; 16:46-54.

Correspondencia: Carlos Núñez Peralta.

Dirección: Jr. Marañón 150-152,

La Perla-Callao.

Teléfono: 6215853 *Celular:* 991460214

Correo electrónico: parachute_110@hotmail.com