

Enfermedad de Parkinson: cuando las neuronas pierden la capacidad de controlar el movimiento

El Parkinson no es solo ese “temblor de viejos”, de hecho, los síntomas de rigidez y lentitud deterioran más la calidad de vida que los temblores / El neurólogo Juan García Caldentey explica las claves de esta enfermedad que no se cura pero cada vez se puede controlar mejor

HORACIO BERNAL

En 1997, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 11 de abril de cada año como el Día Mundial del Parkinson. Con esta iniciativa se ponía aún más el foco en una enfermedad poco o mal conocida que afecta a millones de personas y que otros millones creen que es solamente “ese temblor de los viejos”, minimizando una afección que es altamente invalidante, que reduce la calidad de vida mucho más allá de tener que soportar un temblor de manos y que cada vez afecta a más personas a las que aún no se considera viejas.

La fecha del 11 de abril fue elegida por la OMS como Día Mundial del Parkinson por recordar el día en que nació el **doctor James Parkinson**, neurólogo británico que, en 1817, realizó los primeros descubrimientos de un tipo de parálisis progresiva que, con el tiempo, ha sido designada con la denominación actual.

La enfermedad de Parkinson —que contra las creencias populares tiene más de parálisis que de temblor— consiste en una condición degenerativa, progresiva y crónica del sistema nervioso que provoca graves daños neurológicos y origina alteraciones en el control y movimiento del cuerpo, además de una severa rigidez muscular.

El Parkinson es la segunda patología neurodegenerativa más frecuente, sólo por detrás del Alzheimer. Los datos actuales permiten estimar que esta dolencia afecta a 1 de cada 100 personas mayores de 60 años, y según algunos estudios, cuando llegue el año 2030, habrá, en el conjunto del mundo, unos 12 millones de



El neurólogo Juan García Caldentey.

pacientes. Para saber más sobre el Parkinson, Salut i Força TV tuvo en el plató de Fibwi TV, el pasado miércoles 19 de abril, al reputado médico especialista, **Dr. Juan García Caldentey**, neurólogo del grupo hospitalario Quirónsalud. La totalidad de la entrevista puede visualizarse a través del QR al final de estas páginas.

La enfermedad de Parkinson tiene más síntomas de parálisis o rigidez que de los temblores que la han hecho más conocida

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Cantabria, el **Dr. García Caldentey** se especializó en Neurología en el Hospital Ramón y Cajal, en Madrid. Posteriormente obtuvo un doctorado en Medicina por la

Universidad de Alcalá. Desarrolla su labor profesional como neurólogo en el Hospital Palma-Planas desde 2014, y en la Clínica Rotger desde 2015.

El **Dr. García Caldentey** tiene experiencia como investigador en CIBERNED y en el equipo de investigación del Hospital Ramón y Cajal y ha participado en un estudio sobre pacientes con la enfermedad de Huntington, auspiciado por la Fundación Jiménez Díaz. Completó su formación en el área de desórdenes del movimiento de la Universidad de Columbia, en Estados Unidos. —**Dr. García Caldentey, ¿qué es el Parkinson?**

—Es una enfermedad neurodegenerativa, progresiva y por ahora incurable. Afortunadamente tenemos muchos tratamientos sintomáticos que nos permiten mejorar mucho la ca-

lidad de vida de los pacientes. Nos hemos de quitar de la cabeza que sufrir Parkinson sea un “desastre”. Otras enfermedades neurodegenerativas son mucho peores. Es una patología que acompañará al paciente el resto de su vida, pero con la que podrá vivir con normalidad.

»No sabemos muy bien cuál es el origen de esta enfermedad. Sabemos que existen una serie de factores de riesgo que pueden hacer más fácil tener la enfermedad. La mayoría de estos factores son genéticos y no son del todo conocidos. También hay factores ambientales que pueden influir. El Parkinson es más frecuente en el medio rural, probablemente por el contacto con insecticidas, con el agua de algunos pozos y por la consanguinidad que es más frecuente en este medio. Y la edad es un factor determinante. Sabemos que cuantos más años tenemos, más posibilidades de sufrir Parkinson.»

—**¿Cualquier persona puede sufrir parkinson?**

—Cualquiera, tanto hombres como mujeres y en cualquier etnia. Hay Parkinson en cualquier parte del mundo.

Se calcula que el Parkinson afecta de 150 a 160 personas por cada 100.000, por lo que en Baleares podría haber unos 2.000 casos

—**¿Cuáles son la incidencia y la evolución de esta enfermedad en España y en nuestro medio?**

—Es una enfermedad degenerativa frecuente, la segunda después del Alzheimer. Se calcula que afecta a entre 150 y 160 personas por 100.000 habitantes, lo que significa que en

Baleares podría haber 2.000 pacientes de esta enfermedad. En todo el mundo se calcula que podría haber 7 millones en estos momentos y se espera que aumente la prevalencia porque lo está haciendo mucho la esperanza de vida y con ello la edad de la población. También aumenta el número de casos porque cada vez somos más sensibles a la hora de diagnosticar y son menos los casos que pasan desapercibidos.

—**¿Qué sufre una persona con Parkinson?**

—Es algo muy variable. Cada paciente de Parkinson puede evolucionar de una forma diferente. Los síntomas principales son lentitud de movimientos, rigidez, temblores (que no ocurren siempre, aunque se asocia con ese síntoma, un 40% de enfermos de Parkinson no lo presenta ni lo presentará nunca) y ya en fases más avanzadas de la enfermedad puede aparecer la inestabilidad. Estos son los síntomas clínicos principales. Pueden aparecer otros síntomas, de los denominados neuromotores, que pueden ser los más perjudiciales para la calidad de vida. Por ejemplo, trastornos del sueño: movimientos bruscos con casos de golpear a quien duerme con ellos y gritos. Puede aparecer la depresión, muy frecuente al inicio de la enfermedad. En pacientes relativamente jóvenes, de cincuenta años, que presentan depresión como primer síntoma del Parkinson es difícil hacer un diagnóstico completo si no presenta otros síntomas motores. Otros síntomas del Parkinson pueden ser la apatía y en fases más avanzadas la afectación cognitiva. Puede generar también problemas de control del esfínter vesical.



En 1817 el británico **Dr. James Parkinson** (1755-1824) fue el primero en definir de forma detallada la enfermedad que él llamó 'parálisis agitante'. La describió como "movilidad involuntaria temblorosa, con disminución de la fuerza muscular que afectan a las partes que están en reposo".



Décadas más tarde, el neurólogo francés **Jean-Martin Charcot** completó la definición de la patología y la bautizó como 'enfermedad de Parkinson', en reconocimiento al trabajo de su colega británico.

En 1919 **Tretiakoff** descubrió la parte del cerebro implicada en la enfermedad, localizándola en la sustancia negra situada en el mesencéfalo, la parte alta del tronco cerebral.

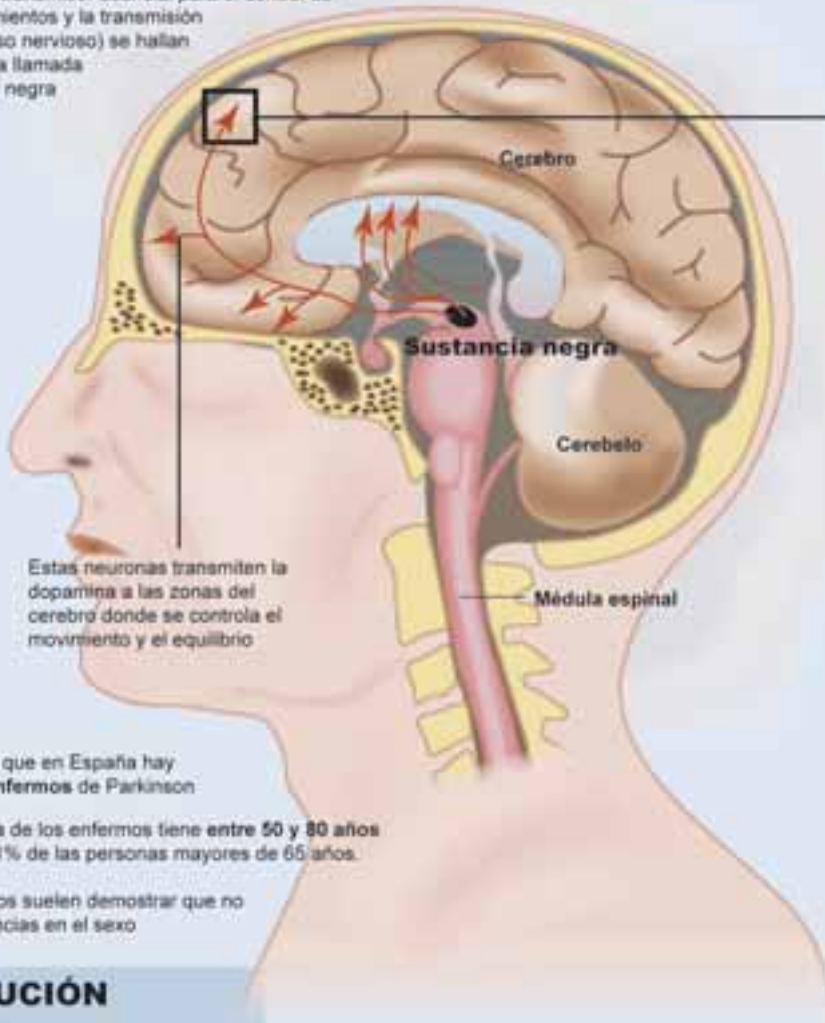
El sueco **Arvid Carlsson** y su equipo recibieron el Premio Nobel de Medicina en el año 2000 en reconocimiento por sus investigaciones en este campo.



LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Se trata de una enfermedad neurológica degenerativa que evoluciona a lo largo de los años y que suele aparecer en sujetos de edad avanzada.

Las neuronas productoras de **dopamina** (un neurotransmisor esencial para el control de los movimientos y la transmisión del impulso nervioso) se hallan en la zona llamada **sustancia negra**.



Estas neuronas transmiten la dopamina a las zonas del cerebro donde se controla el movimiento y el equilibrio.

- Se calcula que en España hay **100.000** enfermos de Parkinson.
- La mayoría de los enfermos tiene entre **50 y 80 años** (afecta al 1% de las personas mayores de 65 años).
- Los estudios suelen demostrar que no hay diferencias en el sexo.

■ EVOLUCIÓN

Pueden pasar entre 10 y 20 años desde el inicio de la enfermedad con la aparición de los primeros síntomas hasta que se esta se generalice.

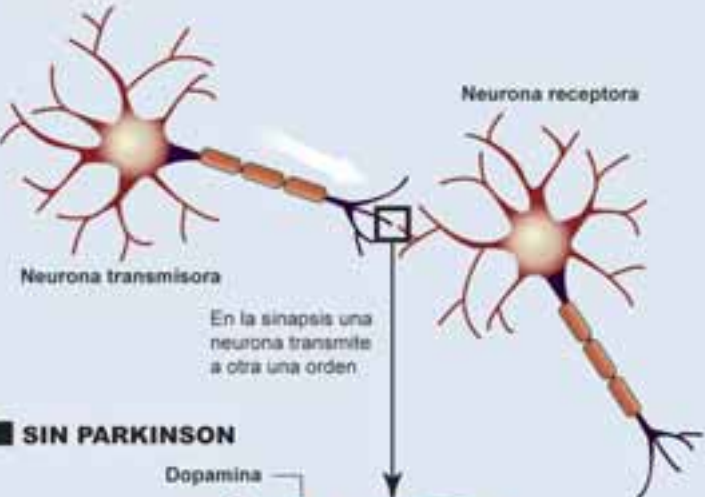


■ LAS CAUSAS

No se conoce con exactitud. Influyen factores genéticos. Algunos tóxicos ambientales que podrían influir en sujetos predispuestos.



Las neuronas transmiten la dopamina a través de las sinapsis.

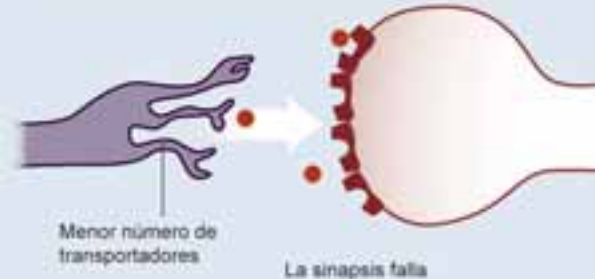


■ SIN PARKINSON



■ CON PARKINSON

Las neuronas de la sustancia negra de los sujetos con enfermedad de Parkinson mueren antes de tiempo sin ser sustituidas por otras nuevas. Se produce una baja del nivel de dopamina.



—¿Qué tratamiento tiene el Parkinson?

—En estos momentos no somos capaces de frenar la evolución de la enfermedad. No la podemos curar ni hacer que vaya más lenta. Lo que sí podemos hacer es mejorar los síntomas, es decir, si un paciente sufre lentitud podemos darle un medicamento que mejora esa lentitud. Del mismo modo se pueden paliar los temblores y la inestabilidad. Todos los síntomas neuromotores que hemos dicho, como son las perturbaciones del sueño y la depresión, también los podemos mejorar con los tratamientos disponibles.

Una persona que tiene Parkinson antes de los 30 años, puede que con los tratamientos adecuados, a los 70 esté muy bien

—Casos como el de Michael J. Fox, el actor, que dijo que tenía Parkinson hace ya muchos años, cuando aún era joven, tuvieron un gran impacto social.

—Es que esta enfermedad se asocia con la edad pero lo cierto es que la edad media de diagnóstico es entre los 50 y los 60 años. El Parkinson no es una enfermedad de personas muy mayores. A uno de cada cinco pacientes lo diagnosticamos antes de los 50 años. Cuando el Parkinson se presenta entre los treinta y cincuenta años decimos que es de inicio temprano y cuando aparece antes de la tercera década, que también hay casos, decimos que es de inicio juvenil. Michael J. Fox tuvo Parkinson juvenil, aunque en el cerebro la afectación es la misma las enfermedades a esas edades evolucionan de una manera muy diferente. Es curioso cómo si bien la mayoría de enfermedades graves como el cáncer, cuanto más joven es el paciente más grave es la enfermedad, en el Parkinson no sucede lo mismo. Un caso de Parkinson que comience a los treinta años a los 70 puede estar bien. Un paciente diagnosticado de cáncer antes de los treinta años puede tener una vida larga y con los síntomas muy reducidos mediante todas las terapias disponibles que pueden incluir incluso la cirugía. En esos casos y en otros es muy importante realizar un tratamiento del que sí que podríamos decir que es capaz de frenar la enfermedad y me estoy refiriendo al ejercicio físico. El ejercicio físico es muy importante en los pacientes con

Parkinson. Sabemos que la realización periódica de un ejercicio físico aeróbico puede hacer que la evolución de la enfermedad sea más lenta, que los síntomas se manifiesten más tardíamente y tengan menos repercusión funcional.

—¿Qué puede hacer la cirugía por el Parkinson, cuando es el momento de aplicarla?

—El tratamiento del Parkinson es al principio de tipo médico. Comenzamos dando el mejor medicamento que existe contra esta enfermedad que es la levodopa. La dopamina es un neurotransmisor que tenemos en el cerebro y que se produce en una zona del tronco cerebral que se llama sustancia nigra. La dopamina es importantísima para el control de los movimientos. Si falta la dopamina tenemos los síntomas del Parkinson. La levodopa se convierte en el cerebro en dopamina y ese es en principio el mejor tratamiento que tenemos contra el Parkinson. Los pacientes mejoran muchísimo, pero a medida que pasa el tiempo, no por culpa del medicamento sino de lo que sucede en el ce-

rebro, el efecto deja de ser igual en todo momento. En ese estadio hay momentos buenos del día y momentos malos. También puede suceder que si el medicamento se queda corto el paciente muestra rigidez y si se pasa de la dosis hay problemas de exceso de movimiento.

El consumo de medicamentos durante muchos años puede hacer que ya no sean tan útiles, en esos casos se puede operar

»De este modo, si un paciente lleva diez o quince años con la enfermedad y tomando el medicamento y se producen esos síntomas, se puede entonces aplicar lo que se denomina terapias de segunda línea. La terapia más importante de segunda línea es la cirugía. Consiste en la colocación de unos estimuladores dentro del cerebro, en los ganglios basales donde tendría que hacer efecto la dopamina, y se genera algo que se ha explicado como si fuera una dopamina electrónica. Con ese estimulador se libera la dopamina de forma continua, cuando antes esa liberación fluctuaba.

»Una alternativa a la cirugía, porque hay pacientes que no se



pueden operar, son las bombas. La cirugía no se aconseja más allá de los setenta años de edad porque hay muchos efectos secundarios en ese tipo de paciente. Para estos pacientes mayores, con los problemas antes descritos con la medicación normal se puede indicar la utilización de bombas de infusión, con las que se da la misma dopamina. La dopamina entra de forma continua por esas bombas a través de un pequeño agujerito que se hace en el estómago y que va a parar al duodeno.

»Otra posibilidad para estos pacientes es la apomorfina que es un medicamento que se da de forma subcutánea y cuyo objeto es también mantener al paciente en una situación motora adecuada la mayor parte del día.»

—¿Espera usted que en unos años esta enfermedad tenga cura?

—Hay que tener en cuenta que estamos ante una enfermedad neurodegenerativa de la que desconocemos sus orígenes. No sabemos por qué se mueren esas neuronas que producen la dopamina. Sabemos que hay una proteína que se acumula dentro de las neuronas y se cree que esa acumulación puede hacer que las neuronas no funcionen bien e incluso puedan morir por esa causa. Se han diseñado tratamientos con anticuerpos monoclonales y terapia génica que tienen por objetivo disminuir las proteínas en el cerebro.

»Pero lo cierto es que aún no tenemos claro si la acumulación de esa proteína es la causa de la enfermedad o la consecuencia. Podría suceder que limpiáramos el cerebro de esa proteína pero como también sucede con el Alzheimer con otra proteína, pero los pacientes no mejoran de sus síntomas. Hoy por hoy no somos capaces de frenar el deterioro que se produce en esas neuronas. Por todo ello no esperamos que en los próximos años se encuentre una cura, lo que sí esperamos es seguir mejorando la calidad de vida de los pacientes mediante tratamientos que les permitan hacer una vida prácticamente normal. Si logramos que el paciente tenga una vida plena y normal, y fallezca a una edad normal, es decir, independientemente del Parkinson, hemos logrado controlar la enfermedad y creo que eso es un éxito.

Parálisis agitante

El temblor es el síntoma más característico de la Enfermedad de Parkinson (EP). Concretamente, el temblor de las manos en reposo. De hecho, el movimiento oscilatorio involuntario y rítmico de grupos musculares recíprocos, antagónicos, que afectan típicamente las manos, es la manifestación que se asocia a la enfermedad por antonomasia. De forma general, es la expresión más llamativa.

Sin embargo, el temblor no es su primera manifestación, ni la más frecuente, ni la más importante. La peculiaridad del parkinsonismo es la lentitud con la que el paciente afronta las acciones. La bradicinesia, el tecnicismo con el que se le conoce, es el verdadero rasgo definitorio de la enfermedad. Sin embargo, en ocasiones se ensaña con la marcha, hasta impedirla. La dificultad para caminar, a pasos cortos y con la inclinación anterior del eje del cuerpo, no suele presentarse sola. Viene de la mano de la inestabilidad y se acompaña de rigidez. Con inusitada frecuencia presenta movimientos y contracturas involuntarias y problemas de memoria.

“Parálisis agitante” fue el término que utilizó el Dr. James Parkinson cuando la describió en el siglo XIX.

Sin embargo, se acompaña de innumerables alteraciones no motoras como la disfunción cognitiva, problemas con la función ejecutiva en la toma de decisiones o multitarea, en la percepción visuoespacial. Además, no son extraños los síntomas psicóticos, más co-

múnmente alucinaciones visuales, trastornos del estado de ánimo que incluyen depresión, ansiedad y apatía, trastornos del sueño, incluidos despertares frecuentes y el síndrome de las piernas inquietas. Por si fuera poco, la disfunción autonómica, manifestada con la imposibilidad de mantenerse en pie, el estreñimiento, la disfagia, la diaforesis, las disfunción urinaria y la disfunción sexual también pueden acompañar al complejo síndrome parkinsoniano.

Es una enfermedad neurodegenerativa, relativamente frecuente de la que no se conoce la causa. Sin embargo, muchos datos apuntan a que es el resultado de la interacción entre factores genéticos y ambientales. En todos los casos la alteración funcional se concentra en el disfuncionamiento del circuito motor de los ganglios basales del cerebro.

Tiene dos picos etarios de presentación. La que aparece entorno a los cincuenta años se conoce como EP precoz. Tiene una mayor y clara prevalencia familiar. La más frecuente aparece a partir de los 65 años y prevalencia familiar no es común.

La EP tiene una gran repercusión sobre las relaciones familiares, de pareja, sobre la vida laboral y sobre las relaciones sociales. Es muy importante, adaptarse a ella y no esperar, infructuosamente, que ella se adapte a ti.



Jaume Orfila
Asesor Científico
de Salut i Força

Acceda a contenido completo escaneando este código QR

