

Datos clave para el diagnóstico clínico de enfermedad de Parkinson

Bertado Ramírez Nancy,* Plascencia Álvarez Noel,* Quiñones Aguilar Sandra,* Núñez Orozco Lilia*

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Parkinson se ha posicionado en el segundo lugar de frecuencia de enfermedades degenerativas en la población adulta. Por tal motivo es de gran importancia determinar cuáles son los síntomas clave para el diagnóstico, que hasta el momento continúa siendo clínico. **Objetivo:** Determinar cuáles fueron los criterios utilizados para confirmar el diagnóstico de pacientes con sospecha de enfermedad de Parkinson referidos al CMN 20 de Noviembre. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de 97 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Parkinson, y se recabaron los signos y síntomas encontrados en el formato SM1-17 y la consulta de primera vez de Neurología en el CMN 20 de Noviembre. Se utilizó la Escala Unificada de Evaluación de la Enfermedad de Parkinson (UPDRS), Clasificación de Hoehn y Yahr, Escala de Schwab & England, la respuesta a levodopa, y se evaluó la presencia de lesiones en ganglios basales por imagen de resonancia magnética. **Resultados:** Se encontró temblor de reposo en todos los casos (100%), seguido de la bradicinesia con 84.5%, rigidez en rueda dentada (70.1%), y pérdida de reflejos posturales (9.7%). Los estudios de gabinete (resonancia magnética de encéfalo) son indispensables para descartar la presencia de lesiones en ganglios basales, encontrándose datos sugestivos de atrofia cortical y subcortical en diferentes grados, directamente relacionados con el tiempo de progresión de la enfermedad. **Conclusión:** El temblor de reposo continúa siendo el signo que se presenta con mayor frecuencia en nuestra población, constituyendo junto con la bradicinesia, rigidez e inicio asimétrico, los signos cardinales para el diagnóstico de la enfermedad.

Palabras clave: Enfermedad de Parkinson, temblor de reposo, bradicinesia, rigidez en rueda dentada, inicio asimétrico.

Key data for clinical diagnosis of Parkinson's disease**ABSTRACT**

Introduction: Parkinson's disease is the second cause of degenerative disorders in adult population. Since the diagnosis is purely clinic, it is very important to determine which are the key symptoms to confirm the disease. **Objective:** To determine which were the criteria used to confirm the diagnosis in patients with Parkinson's disease suspicion, sent to the CMN 20 de Noviembre. **Material and methods:** We reviewed 97 clinical records of patients with diagnosis of Parkinson's disease, and registered the signs and symptoms found in the reference SM1-17 format, the first neurological examination using UPDRS, Schwab & England Scale, Hoehn & Yahr Scale, levodopa response and the absence of basal ganglia lesions by Magnetic Resonance Image (MRI). **Results:** We found rest tremor in all patients (100%), followed by bradykinesia (84.5%), rigidity (70.1%), and loss of postural reflexes (9.7%). It is mandatory to realize studies like MRI in order to discard basal ganglia lesions. We found cortical and subcortical atrophy related to the chronicity of the disease. **Conclusion:** Rest tremor is the most frequent symptom in our population plus bradykinesia, rigidity and asymmetric onset, which are the cardinal signs for the clinical diagnosis.

Key words: Parkinson's disease, rest tremor, bradykinesia, rigidity, asymmetric onset.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson ha ido adquiriendo una importancia mayor en nuestra sociedad debido al aumento en la sobrevida de la población mundial, y por ende la evolución progresiva hacia una gama de manifestaciones que previamente no se alcanzaban a observar. Al mismo tiempo, el estudio de los diferentes trastornos del movimiento han conducido a que se hagan más específicos los cuadros de presentación clínica; sin embargo, el diagnóstico continúa siendo un reto.

El aumento de la incidencia y prevalencia internacional, ya han establecido un número aproximado de casos, pero traspolarlo a una población determinada, también

conlleva algunas complicaciones, empezando por el diagnóstico.

En el caso de estudios tempranos el diagnóstico es todavía más difícil, y se estima que existe un margen de error en 5 a 10% de los casos, correspondiendo 75% a la confirmación diagnóstica y el resto a parkinsonismo secundario o asociado a otras patologías.

El diagnóstico continúa siendo prácticamente clínico, y la realización de estudios de laboratorio y gabinete ayudarán para diferenciarla de otros tipos de parkinsonismo, por lo cual se realiza esta revisión para determinar cuáles fueron los criterios que se tomaron en cuenta para confirmar el diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se accedió al archivo de expedientes y a la base de datos electrónica del Centro Médico Nacional 20 de No-

* Servicio de Neurología Adultos Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. ISSSTE.

viembre, con revisión de la consulta de primera vez de Neurología enviados con diagnóstico de enfermedad de Parkinson, obteniendo los signos encontrados al envío y la determinación de UDRS, Schwab & England, y Hoehn & Yahr de la primera revisión, así como la respuesta a levodopa, concluyéndose el diagnóstico.

Se obtuvo una lista de 136 pacientes registrados con diagnóstico de enfermedad de Parkinson, determinado como único criterio de inclusión. Se excluyeron aquellos pacientes que presentaron comorbilidad con neoplasias malignas del SNC, secuelas de neuroinfección, que estuvieran ingiriendo fármacos modificadores del tránsito intestinal, y secuelas de EVC isquémico. Finalmente se incluyeron pacientes con enfermedad confirmada clínicamente así como la presencia de signos tempranos, y se determinaron los signos de valor presentes en todos ellos.

A todos los pacientes se les solicitó resonancia magnética de encéfalo para descartar parkinsonismo secundario.

Se determinó cuántos pacientes presentaban los criterios para el diagnóstico en sus hojas de envío SM1-17.

Análisis estadístico

Se trata de un estudio transversal descriptivo, para detallar los datos indispensables en el diagnóstico de la enfermedad. La prueba de χ^2 fue empleada para variables nominales y la prueba de t de Student para comparar variables cuantitativas. El análisis se consideró significativo con una $P < 0.05$. Además se realizó determinación kappa, tomando al valor absoluto como criterio para concordancia clínica.

RESULTADOS

Se consideró a un total de 136 pacientes con registro de enfermedad de Parkinson, de los cuales se excluyeron a 39 en los que se encontró una causa secundaria del parkinsonismo. Se incluyeron 97 pacientes, 54 hombres y 43 mujeres, con una edad promedio de 62 años (Figuras 1 y 2). Se revisó la hoja de envío SM1-17 obteniendo los signos tomados en cuenta para el diagnóstico, encontrándose que 100% de los pacientes presentaban temblor de reposo, 80% con bradicinesia, 60% con rigidez en rueda dentada, y 8% pérdida de reflejos posturales. El resto de los síntomas no se mencionaron. En la consulta de Neurología de primera vez se les aplicaron las siguientes evaluaciones: UPDRS, Escala de Schwab & England, y Escala de Hoehn y Yahr. Se encontró que en la escala Schwab & England modificada para las actividades cotidianas el promedio fue de 70%, siete pacientes con valor de 90%, 25 con 80%, 44 con 70%, 15 con 60%, cuatro

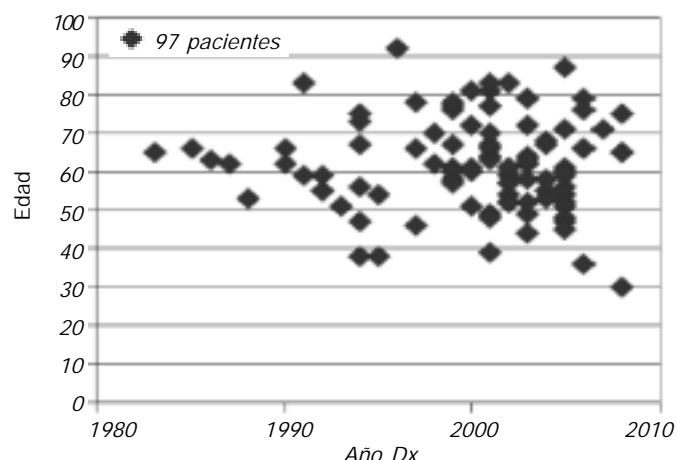


Figura 1. Edad y año de diagnóstico.

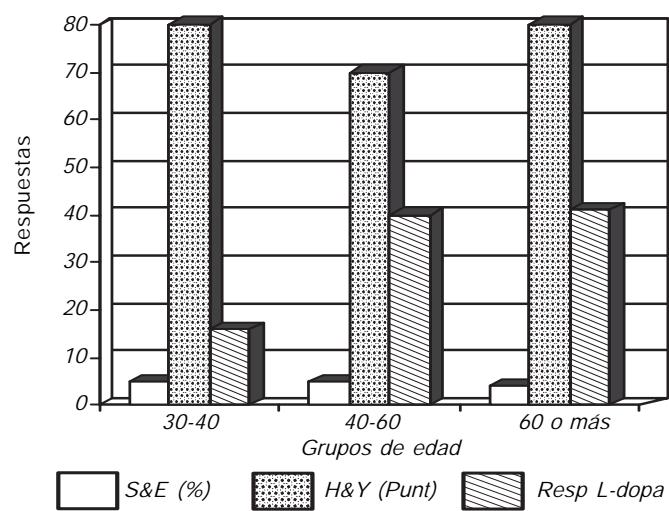


Figura 2. Promedio de puntaje en 97 pacientes con enfermedad de Parkinson.

con 50%, uno con 40% y uno con 30%. Con respecto a la presentación clínica de acuerdo con la clasificación modificada por estadios de Hoehn y Yahr se determinó el promedio en estadio 2, de los cuales se desglosan seis pacientes que tuvieron estadio 1, cuatro con 1.5, 34 con 2, 21 con 2.5, 23 con 3, y nueve con estadio 4. Es importante mencionar que a todos los pacientes se les hizo prueba terapéutica con levodopa, de los cuales sólo seis resultaron con respuesta dudosa, mientras que 93.8% fueron positivos.

En el UPDRS parte I correspondiente al estado mental y conducta, 2 no mostraron alteraciones, 78 pacientes puntuaron en 3, 16 en 5 y uno en 9. En la parte II para actividades de la vida diaria, se obtuvo un promedio de puntuación de 19.3, de los cuales dos no refirieron alteraciones, seis obtuvieron 10 puntos, seis con 12 puntos, uno

con 13, dos con 14, seis con 16, uno con 17, 12 con 18, 11 con 19, 16 con 20, cuatro con 21, 14 con 22, tres con 23, uno con 24, cinco con 25, tres con 26, dos con 27, uno con 28, y uno con 30.

Para la parte III de función motora se obtuvo un promedio de 39 puntos, 38 para hombres comparado con 36 para mujeres, con un predominio para mayor sintomatología del lado derecho en 54 pacientes, 28 con predominio izquierdo y 15 con afectación bilateral. Desglosado por sintomatología, 100% de los pacientes presentó temblor de reposo, 84.5% bradicinesia, 70.1% rigidez en rueda dentada, 9.7% pérdida de reflejos posturales (Figura 3).

Por lo que se refiere a signos tempranos de la enfermedad, sólo se hizo referencia en seis notas, de las cuales en tres pacientes reportaron hiposmia, el resto no fue referido. En la parte IV de complicaciones del tratamiento A. discinesias y B. Wearing off, en los pacientes que ya habían recibido tratamiento en su Hospital Regional, pre-

vio a la valoración de primera vez en el CMN 20 de Noviembre, del total de pacientes 51% había iniciado tratamiento previo con levodopa, de los cuales 50 presentaron disquinesia de pico de dosis, 33 hombres y 17 mujeres, y ocho refirieron alucinaciones (cinco hombres y tres mujeres) (Tabla 1).

Se presentaron siete pacientes con alteraciones en la resonancia magnética, pero que no tuvieron relación con la sintomatología, tomándose como patología asociada: se reportaron seis con lesiones vasculares en territorio de arteria cerebral media y uno con neurocisticercosis frontal; 100% de los pacientes mostraron datos sugestivos atrofia tanto cortical como subcortical en diferentes grados asociada al estadio y progresión de la enfermedad, constituyendo éste una constante para dichos pacientes.

Finalmente, comparando criterios de envío con los criterios encontrados en la consulta de Neurología del CMN 20 de Noviembre, la kappa absoluta mostró una concordancia con valor altamente significativo en comparación con los médicos del CMN 20 de Noviembre.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Parkinson idiopática es una enfermedad degenerativa, de gran impacto en nuestra sociedad, debido a que ha llegado a ocupar el segundo lugar de frecuencia de los padecimientos degenerativos del sistema nervioso en la población adulta.¹

Además debe tomarse en cuenta que la enfermedad actualmente ha pasado de estar conceptualizada como un daño de la sustancia nigra, o de la vía dopamínérgica como tal, a una alteración de múltiples estructuras, y que por ende han llevado a nuevas consideraciones acerca de su forma de presentación clínica, e incluso a buscar diferentes métodos diagnósticos para su detección más temprana y que puedan ser la pauta para nuevos tratamientos modificando así su curso.²

Inicialmente la descripción de la enfermedad en 1817 aunado a la introducción de la levodopa, que planteó un

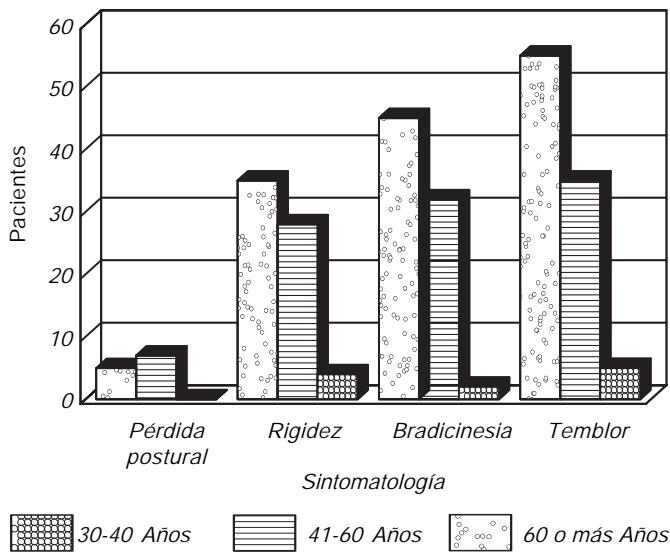


Figura 3. Presentación clínica de acuerdo a la edad.

Tabla 1
Descripción general de la población estudiada.

Variable	Total (n = 97)	Hombres (n = 54)	Mujeres (n = 43)	Edad (años)	
				< 60	> 60
UPDRS (promedio)					
• Edo. Mental	3	4	3	3	5
- AVD	19	22	18	19	21
- Motor	39	38	36	34	36
Disquinesia (%)	50 (51.5)	33(34)	17(17.5)	23(23.7)	27(27.8)
Alucinaciones (%)	8 (8.2)	5(5.15)	3(3.09)	1(1.03)	7(7.2)
Schwab&England Promedio(%)	70	70	70	70	80
Hoehn & Yahr Promedio	2	2.5	2	2.5	2

avance impactante en la disminución de la discapacidad y mejora en la calidad de vida del paciente, cambió con el paso de los años en que se documenta la existencia de otros signos y síntomas que no respondían a la levodopa.

Estas lesiones no dopaminérgicas, son causa de síntomas llamados no motores, como la demencia, los trastornos del sueño y la pérdida del olfato, los que adquieren importancia por incidir en la calidad de vida del paciente y de los que se ha llegado a pensar que pueden ayudar a realizar un diagnóstico más temprano.

Sin embargo, con esta revisión encontramos que el diagnóstico continúa siendo clínico y que los estudios de gabinete ayudan solamente para descartar causas secundarias de la enfermedad.

De acuerdo con los resultados, encontramos que el síntoma predominante fue el temblor de reposo en 100% de los pacientes, comparado con lo que se reporta en la literatura (69 a 100%), seguido de la bradicinesia que nosotros reportamos en el 84.5% en comparación con 77-98%. Con lo que respecta a la rigidez en rueda dentada, se determinó en 70.1%, menor a la encontrada en los análisis de frecuencia con 89-99%, probablemente debido a que los pacientes ya contaban con tratamiento previo, y este es uno de los síntomas que tienen mejor respuesta al manejo farmacológico.

Por lo tanto se confirma que existen dos síntomas cardinales que continúan siendo la pauta para la sospecha y confirmación diagnóstica que son el temblor de reposo distal generalmente de 3-7 Hz, y la bradicinesia, que aumentó con el inicio asimétrico, como ocurrió en 85% de nuestros pacientes, incluso mayor que lo reportado en la literatura (72-75%) y la rigidez, constituyen características mayores a las que se suman otros datos menores que pueden o no estar presentes de acuerdo con la etapa en la que se encuentre la enfermedad, como son alteraciones de los reflejos posturales, trastornos del lenguaje, fenómeno de congelamiento, deterioro cognitivo y disautonomías en estadios muy avanzados.³⁻⁵

Es importante mencionar que muchos de los pacientes llegaron con varios años de evolución de la enfermedad, en los que prácticamente el diagnóstico de la misma es relativamente fácil por lo flido del cuadro, y entonces se

hace resaltar que aún no se están considerando otras manifestaciones presentes en la etapa pre clínica o en el inicio de la enfermedad, que podrían ayudar al diagnóstico temprano.^{3,6,7}

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de la enfermedad de Parkinson continúa siendo puramente clínico, y está basado en la unión de signos conocidos como cardinales que son el temblor de reposo, la bradicinesia, la rigidez en rueda dentada y el inicio asimétrico. Si se suman los signos menores se determinarán además los criterios de posibilidad, probabilidad y enfermedad clínicamente definida.

Los estudios de gabinete seguirán considerándose una herramienta primordial para excluir las causas de parkinsonismo secundario.

REFERENCIAS

1. Cuevas C. *Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson idiopática*. En: León L, Cuevas C. (eds.). *Enfermedad de Parkinson: perspectivas actuales y futuras*. México: Editorial DESA; 2007, p. 19-24.
2. Paulson HL, Matthew B. *Clinical manifestation of Parkinson's disease*. In: Watts R, Koller W (eds.). *Movement disorders: Neurologic Principles and Practice*. The Mc Graw-Hill Companies, Inc.; 2004, p. 233-46.
3. Jankovic J. *Parkinsonism: Clinical features & differential diagnosis*. In: Fahn S, Jankovic J, Hallett M, Jenner P (eds.). *A comprehensive review of movement disorder for the clinical practitioner*. The Movement Disorder Society; 2004, p. 353-405.
4. Jackovic J. *Progression of Parkinson's disease. Are we making progress in charting the course?* Arch Neurol 2005; 62: 351-2.
5. Berendse HW, Booij J, Francot CM, Bergmans PL, Hijman R, Stoof JC, et al. *Subclinical dopaminergic dysfunction in asymptomatic Parkinson's disease patients relatives with a decrease sense of smell*. Ann Neurol 2001; 50: 34-41.
6. Powe W. *Natural history and prognosis of Parkinson's disease. Pathophysiology* 1998; 5(Suppl. 1): 232-8.
7. Powe W. *The natural history of Parkinson's disease*. J Neurol 2006; 253 (Suppl. 7): VII/2-VII/6.



Correspondencia: Dra. Nancy Bertado Ramírez
Servicio de Neurología

Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE.
Av. Félix Cuevas 140, Col. Del Valle,
Deleg. Benito Juárez,
C.P. 03100, México, D.F.