



El dolor en la enfermedad de Parkinson

Blair Ford, M.D.

*Center for Parkinson's Disease & Other
Movement Disorders
Columbia University Medical Center*

Para la mayoría de las personas con la enfermedad de Parkinson (PD, por sus siglas en inglés), las preocupaciones más serias son con el sistema motor: rigidez, lentitud de movimiento, problemas de escritura y coordinación, escasa movilidad y falta de equilibrio. Las descripciones de la PD no suelen incluir menciones del dolor, sin embargo, cuando se les interroga detalladamente, más de la mitad de las personas con Parkinson dicen haber experimentado síntomas dolorosos y varias formas de incomodidad física. La mayoría de las personas experimentan dolor, rigidez, entumecimiento y hormigueo en el algún punto del curso de la enfermedad. Para algunos de ellos, el dolor y la incomodidad son tan severos que eclipsan a los otros problemas causados por la enfermedad. Este artículo aborda estos síntomas de la PD que suelen pasarse por alto, y describe una estrategia para diagnosticar y tratar varios síndromes dolorosos que pudieran ocurrir.

El dolor se describe en los textos como una experiencia desagradable asociada con una lesión física o un daño de tejidos. Por supuesto, el dolor puede sur-

gir en cualquier parte del cuerpo. Se da por entendido que las personas con Parkinson están sujetas a los mismos trastornos dolorosos — cardíacos, gastrointestinales, reumatológicos, entre otros — que quienes no tienen la enfermedad. Esta discusión se centrará en el dolor que está relacionado directamente con la enfermedad de Parkinson en sí misma.

Los síndromes dolorosos y molestos en el Parkinson por lo general surgen de una de estas

cinco causas: (1) un problema musculoesquelético relacionado con la mala postura, la inadecuada función mecánica o el desgaste o desgarramiento físico, (2) el dolor en los nervios o las raíces nerviosas, por lo general relacionado con la artritis en el cuello o la espalda; (3) el dolor por distonía, torsión constante de un grupo de músculos o parte del cuerpo en una postura forzada; (4) la incomodidad debida a la inquietud extrema y (5) un raro síndrome doloroso conocido como dolor “primario” o “central” que surge del cerebro.

Se requiere habilidad para diagnosticar y experiencia clínica para determinar la causa del dolor en alguien con PD. La herramienta de diagnóstico más importante es la historia clínica del paciente. ¿Dónde está el dolor? ¿Cómo se siente? ¿Este dolor se irradia? ¿Cuándo ocurre durante el día? ¿Ocurre con relación a alguna actividad en particular? Quizás la tarea más impor-

10 Preguntas que su médico le hará acerca del dolor:

1. ¿Dónde está localizado el dolor?
2. ¿Cómo se siente el dolor?
3. ¿El dolor irradia a alguna otra parte?
4. ¿Cuándo se presenta el dolor?
5. ¿Tiene usted dolor continuo, o solo a ciertas horas?
6. ¿Se presenta el dolor en relación con alguna actividad en particular?
7. ¿Qué alivia el dolor?
8. ¿Qué empeora el dolor?
9. ¿Su medicación antiparkinsoniana le alivia el dolor?
10. ¿Tiene usted artritis?

(Continúa...)

tante para las personas con Parkinson que experimentan dolor es describir con la mayor precisión que puedan si los medicamentos inducen, agravan o alivian su dolor. Para ayudar al médico a diagnosticar el dolor, consulte el listado de preguntas del recuadro de la página anterior.

Dolor musculoesquelético

Las articulaciones y los músculos adoloridos son particularmente comunes en la PD. La rigidez, la falta de movimiento espontáneo, las anormalidades en la postura y las tensiones mecánicas inadecuadas contribuyen al dolor musculoesquelético en la PD. Una de las quejas musculoesqueléticas más comunes es la rigidez en los hombros, algunas veces llamado “hombro congelado” o *frozen shoulder* en inglés (este de hecho puede ser el primer signo de la PD). El dolor de cadera, el dolor de espalda y el dolor de cuello son todos dolores comunes en la PD. Con la inmovilidad prolongada de una de las extremidades, pueden ocasionalmente desarrollarse tendones en forma de banda, denominados contracturas, por lo general en las manos o los pies; un ejemplo es la contractura de la mano en puño que puede ocurrir tras una flexión prolongada de los dedos.

Un diagnóstico preciso de dolor musculoesquelético se basa en la revisión cuidadosa de la historia clínica y un examen físico que tenga en cuenta la postura, la rigidez de las extremidades y el tronco, así como el modo de andar. Ocasionalmente puede ser desafiante distinguir entre el dolor de espalda debido a la PD y el causado por la artritis o la escoliosis. Ocasionalmente, se requieren otras pruebas tales como radiografías, un escáner de los huesos, ecografías y exámenes reumatológicos u ortopédicos. El tratamiento adecuado para el dolor musculoesquelético en la PD depende de la causa del dolor. Si el dolor es el resultado de la excesiva inmovilidad o rigidez, el médico podría recetar terapia dopaminérgica, fisioterapia y un programa de ejercicios. Si el tratamiento tiene éxito, los pacientes deben continuar con un programa de ejercicios que haga fuerte énfasis en el rango de movimiento, para prevenir el desarrollo de problemas musculoesqueléticos en el futuro.

Dolor radicular y neuropático

El dolor que se siente cerca de un nervio o a una raíz nerviosa se describe como dolor neuropático y

radicular. El clásico síndrome de dolor en una raíz nerviosa es la ciática, causado por la compresión o inflamación de la raíz lumbar L5. Los pacientes suelen describir el dolor como agudo, o una sensación relampagueante que se irradia hacia el final de la extremidad. Por supuesto, cualquier nervio o raíz nerviosa está sujeto a lesión o compresión. Se requiere una cuidadosa evaluación neurológica para confirmar la ubicación del nervio o raíz nerviosa involucrado, y para determinar la causa del problema. El dolor radicular suele tratarse con éxito con programas de movilidad y medicamentos para el dolor (analgésicos), y rara vez requiere cirugía.

Dolor asociado con la distonía

Los espasmos distónicos están entre los síntomas más dolorosos que una persona con PD puede experimentar. El dolor surge de los continuos movimientos severos, y con fuerza, de retorcimiento o torsión, así como de las posturas a las que se denominan distonía. Este tipo de espasmos musculares son muy diferentes de los movimientos repetitivos y oscilatorios descritos como discinecias, los cuales no son dolorosos. La distonía en la PD puede afectar las extremidades, el tronco, el cuello, la lengua, la quijada los músculos deglutorios (que ayudan a tragar) y las cuerdas vocales. Una forma común de distonía en la PD involucra los pies y los dedos de los pies, los cuales se pueden crisar o enroscar dolorosamente. La distonía también puede hacer que el brazo se contraiga detrás de la espalda o hacer que la cabeza avance hacia el pecho.

El paso más importante en la evaluación de la distonía dolorosa es establecer su relación con la medicación dopaminérgica. ¿Se presenta la distonía cuando el medicamento está en su efecto máximo? ¿O se presenta como un fenómeno de “wearing-off”, cuando empiezan a desvanecerse los efectos del medicamento al final de la dosis? Las respuestas a estas preguntas por lo general clarificarán la naturaleza y el momento de la distonía, y determinarán su tratamiento. La distonía más dolorosa representa un fenómeno parkinsoniano de “off”, y se presenta temprano en la mañana o durante las crisis de agotamiento del medicamento. En caso de incertidumbre, el neurólogo debe observar al paciente en el consultorio durante un período de siete horas para poder apreciar la relación entre la

(Continúa...)

distonía y el ciclo del medicamento.

En términos del tratamiento, la distonía del despertar suele aliviarse con la actividad física, o con la primera dosis de la medicación dopaminérgica, bien sea de levodopa (Sinemet®) o de un agonista de la dopamina. Cuando la distonía ocurre a causa del agotamiento del efecto de la medicación (fin de dosis), el problema puede corregirse acortando el período de “off”. En algunos pacientes, la distonía es tan severa que puede requerirse una inyección subcutánea de apomorfina, que hace efecto en minutos. Los individuos con una distonía intratable podrían beneficiarse de una estimulación cerebral profunda, un procedimiento neuroquirúrgico que involucra la implantación y activación de electrodos en el cerebro.

Pocos pacientes experimentan espasmos distónicos como resultado de la medicación. Cuando toman su levodopa, estos pacientes experimentan muecas faciales de tipo distónico o incómodas posturas en las extremidades. La estrategia estándar de tratamiento para estos individuos es reducir la cantidad de dopamina, y algunas veces sustituirla por un agente menos potente, o agregar medicación para la distonía, como la amantadina.

Acatisia

Ninguna discusión sobre las incomodidades físicas en la PD sería completa sin mencionar la acatisia, o inquietud extrema (incapacidad de estar quieto), una queja frecuente y potencialmente discapacitante. Algunos pacientes con acatisia parkinsoniana son incapaces de sentarse quietos, acostarse en una cama, conducir un automóvil, comer en una mesa o asistir a una reunión de tipo social. A consecuencia de la acatisia, los pacientes pueden perder el sueño o aislarse socialmente. En aproximadamente la mitad de los casos de acatisia parkinsoniana, los síntomas fluctúan con los medicamentos y suelen aliviarse con tratamiento dopaminérgico adicional.

Síndrome de dolor central

El síndrome de dolor más alarmante en los pacientes con PD es también uno de los más raros, el “dolor central.” Esta aflicción — la cual se pre-

sume que es consecuencia directa de la enfermedad misma, y no el resultado de la distonía o de un problema musculoesquelético — ha sido descrito por los pacientes como una rara sensación de punzadas inexplicables, ardor y quemazón, a menudo en una distribución inusual en el cuerpo: en el abdomen, el pecho, la boca, el recto o los genitales. El tratamiento del dolor central en la PD es desafiante, y por lo general comienza con los agentes dopaminérgicos. Los analgésicos convencionales, los opiáceos, los antidepresivos y los medicamentos potentes para la psicosis como la clozapina, también pueden ser útiles en el tratamiento del dolor central.

Depresión y dolor

Hace tiempo que se sabe que el dolor crónico puede inducir a la depresión, y que los pacientes deprimidos con frecuencia experimentan dolor. Las personas con PD tienen de por sí un riesgo mayor que el promedio de desarrollar depresión, lo que ocurre en un 40 por ciento de los pacientes en algún momento de la enfermedad. Es por lo tanto importante que en cualquier evaluación del dolor en un individuo con PD se tenga en cuenta la posibilidad de que contribuya la depresión, la cual podría requerir tratamiento.

Muchos pacientes con PD experimentan dolor en algún momento de su enfermedad. Esta queja suele pasarse por alto debido a que la PD es primordialmente un trastorno motor. Sin embargo, para una minoría de los pacientes, el dolor y la incomodidad pueden ser tan debilitantes que dominan el panorama clínico. Por lo tanto es importante que los individuos que experimentan dolor discutan el problema con sus neurólogos. Una revisión cuidadosa de la historia y examen clínico — incluyendo, en algunos casos, pruebas adicionales de diagnóstico — puede ayudar a determinar la causa del dolor. Dependiendo de la categoría del síntoma doloroso — musculoesquelético, dolor de los nervios o las raíces nerviosas, espasmos musculares distónicos, acatisia o dolor central — suele ser posible para el médico diseñar un plan eficaz de tratamiento.

Si usted tiene o cree tener la enfermedad de Parkinson, consulte rápidamente a su médico y siga las instrucciones que le dé. Esta publicación no es un sustituto de un diagnóstico médico de enfermedad de Parkinson o de los medicamentos recetados por el médico, el tratamiento o las operaciones para la enfermedad de Parkinson.