



Disfunción gastrointestinal y urinaria en la enfermedad de Parkinson

El cuadro clínico de la enfermedad de Parkinson (PD, por sus siglas en inglés) nos recuerda al bambú. A primera vista, la PD parece ser una afección muy confinada, caracterizada por problemas con el movimiento tales como temblor, rigidez muscular y lentitud de movimiento. Tras una inspección más cuidadosa, resulta que justamente como la planta del bambú que envía brotes de raíces que aparecen y se desarrollan en lugares inesperados e indeseados, la enfermedad de Parkinson no se limita a los trastornos del movimiento, sino que también tiene “brotes de raíces” que se manifiestan en numerosas características clínicas que tienen poco o nada que ver con el movimiento.

Entre estas características “no motoras” de la PD están las perturbaciones del sistema nervioso autónomo — es decir, la parte del sistema nervioso que controla las funciones corporales “automáticas” tales como el ritmo cardíaco, la presión arterial, la sudoración, la función sexual y tanto la función gastrointestinal como la urinaria. Este artículo se enfocará en estos dos últimos trastornos, los cuales suelen estar entre los problemas más serios y complejos que afrontan las personas con PD.

La boca: problemas dentales y salivares

Dentro del cuerpo humano el sistema gastrointestinal se extiende de “cabo a rabo,” comenzando en la boca y terminando en el ano. Las personas con Parkinson pueden experimentar problemas con la función gastrointestinal en alguno de estos dos extremos, y virtualmente en cualquier parte en el medio.

Comencemos por el principio. Existe la percepción general de que las personas con Parkinson son propensas a los problemas dentales debido a la dificultad que tienen para cepillarse los dientes, además del exceso de saliva y quizás una inclinación por los dulces. Sin embargo, los estudios por lo general no han confirmado esto. De hecho, en varios estudios llevados a cabo en el Japón, los individuos con PD tuvieron menos caries, dientes faltantes o rellenos en las muelas que las per-

sonas con la misma edad que no tenían la enfermedad de Parkinson. Por otro lado, las personas con Parkinson pueden afrontar otras anomalías orales de naturaleza complicada, tales como una sensación de quemazón en el interior de la boca (observada en un 24 por ciento de los pacientes con PD en el estudio). El bruxismo, o rechinar de dientes, también puede presentarse y causar daños dentales o disfunción de la quijada.

El exceso de saliva en la boca, el cual a menudo causa babeo, ha sido reconocido como una característica de la PD desde que James Parkinson inicialmente describió el síndrome en 1817. Los estudios han mostrado que entre el 70 y el 80 por ciento de las personas con Parkinson experimentan este problema. Aunque no sea un síntoma peligroso ni ponga en riesgo la vida, algunas veces puede ser tan embarazoso en el contexto social que la persona se resiste a salir en público.

Este problema no se debe a un exceso de producción. Al contrario, la mayoría de las personas con Parkinson de hecho producen menos saliva de lo normal. El problema es que la PD reduce la frecuencia del tragado automático, y esto a su vez permite que la saliva se acumule en el interior de la boca y luego se escape cuando se abre la boca. El babeo puede ser controlado temporalmente masticando chicle o chupando caramelos duros, lo cual estimula la acción de tragar. Esto puede ayudar en situaciones sociales, pero no es viable como método constante para el control de la salivación.

Otro recurso puede ser tomar medicamentos para reducir la producción de saliva, pero estos pueden hacer que la saliva sea más espesa y “fibrosa”. Estos medicamentos (uno de los cuales es el trihexifenidilo) también pueden agravar los problemas en los intestinos y la vejiga, así como afectar la memoria. Utilizar gotas con atropina (generalmente son oculares) - una gota encima o debajo de la lengua, una o dos veces al día - podría evitar estos efectos adversos y seguir siendo eficaz. Además, en casos severos, se ha visto que las inyec-

(Continúa...)

ciones de toxina botulínica en las glándulas salivares reducen la producción de saliva y el babeo.

Disfagia

La dificultad para tragar o disfagia, es un problema muy común en el Parkinson. Al menos un 50 por ciento (algunos estudios sugieren que hasta más del 80 por ciento) de las personas con PD experimentan dificultad para tragar, y un porcentaje aún mayor presenta anomalías en las radiografías de la acción de tragar.

La dificultad para tragar por lo general se debe a la falta de coordinación entre los múltiples músculos de la boca y la garganta que deben actuar en conjunto y perfecta precisión para producir un tragado normal. Cuando los alimentos se quedan atascados en la boca, la persona podría tener que ensayar varias veces antes de lograr tragar. Los músculos de la parte posterior de la garganta — y del esófago — también pueden perder coordinación, y los individuos que tienen dificultad para tragar tendrán un mayor riesgo de que los alimentos o los líquidos se les queden atascados en la tráquea. De allí pueden pasar a los pulmones (lo que se llama aspiración), lo cual puede resultar en neumonía.

Aunque el tratamiento para la disfagia puede ser difícil, los terapeutas del habla y la deglución (acción de tragar) pueden enseñar a los pacientes técnicas de tragado y a hacer cambios a la consistencia de los alimentos que reducen el riesgo de una aspiración. Alguna mejoría en la coordinación de los músculos de la deglución puede lograrse con ajustes en los medicamentos para la PD. Solo en casos muy raros es necesario colocar un tubo de alimentación.

Problemas estomacales

El enlentecimiento en la habilidad de vaciar el contenido del estómago, llamada gastroparesia, es otra posible complicación gastrointestinal de la PD. Esto puede producir una sensación de estar abotagado o inflado, lo que hace que la gente se sienta llena aunque hayan comido muy poco. Algunas veces también se pueden desarrollar náuseas.

La falla del estómago en vaciarse en el tiempo adecuado también puede disminuir o demorar la eficacia de los medicamentos para la PD, especialmente de la levodopa, puesto que ésta se absorbe en el intestino delgado y no puede llegar a su destino si se queda atrapada en el estómago. El tratamiento para la gastroparesia en el Parkinson no ha sido ampliamente estudiado. La domperidona es un medicamento eficaz, pero desafortunadamente no se encuentra disponible en los Estados Unidos.

Los tratamientos que no utilizan el estómago, tales

como los medicamentos transdérmicos, administrados a través de parches en la piel, podrían estar disponibles en un futuro próximo. Otro posible tratamiento en investigación involucra una forma de levodopa diseñada para ser administrada directamente en el intestino delgado por medio de un tubo de alimentación.

Disfunción intestinal

El problema gastrointestinal más ampliamente reconocido en la enfermedad de Parkinson es el trastorno de la motilidad del intestino, que puede resultar en dos tipos de problemas. El mejor conocido es la disminución en la frecuencia de las evacuaciones o estreñimiento. La definición actual de estreñimiento es tener menos de tres evacuaciones a la semana. Se estima que el número de personas con PD que experimentan esta dificultad fluctúa entre el 20 y el 77 por ciento. La menor frecuencia en las evacuaciones se debe a la demora en el desplazamiento del material a través del colon, y hasta un 80 por ciento de las personas con Parkinson pueden experimentar este retraso en el tránsito por el colon.

Los tratamientos para el estreñimiento en la PD implican tomar medidas diseñadas para incrementar la motilidad colónica. La primera medida es aumentar el consumo tanto de líquidos como de fibra. Las recomendaciones actuales sugieren un consumo diario de fibra en el rango de 20 a 35 gramos, pero el estadounidense promedio solo consume alrededor de 14 gramos. El consumo de fibra puede aumentarse por medio de la alimentación o con suplementos de fibra.

Si aumentar el consumo de líquidos y de fibra no tiene la eficacia adecuada, el próximo paso puede ser añadir un ablandador de heces. Si el problema todavía persiste, el médico podría sugerir un agente que atrae líquidos al colon, como la lactulosa. Si esto no ayuda con el problema, pueden emplearse dosis diarias de un agente limpiador del colon como el MiraLAX®. Si todo esto falla, sería necesario recurrir a los enemas — pero solo bajo supervisión médica. Necesitamos encontrar nuevos tratamientos que aumenten la velocidad del tránsito por el colon, y en este momento hay estudios investigando posibles agentes.

El otro tipo, menos reconocido, de trastorno intestinal en la enfermedad de Parkinson es la dificultad con el acto de defecar mismo. Típicamente, este problema se manifiesta teniendo que hacer un esfuerzo inusual y con una evacuación incompleta. En los estudios de investigación, se ha demostrado que este problema de hecho es más común que la disminución en la frecuencia de las evacuaciones. La dificultad con la acción de

(Continúa...)

defecar se debe a la falla en los músculos del esfínter rectal para relajarse de manera coordinada cuando se intenta la evacuación — quizás debido a un espasmo o distonía que afecta a dichos músculos.

Los medicamentos descritos anteriormente para acelerar el tránsito por el colon no tienen ninguna utilidad para corregir este problema y pudieran teóricamente empeorar las cosas al empujar más materia fecal a la “puerta” que no quiere abrirse. No existe ningún tratamiento para este problema, aunque parece lógico mantener blandas las heces. Ha habido algunas sugerencias de que las inyecciones de apomorfina justo antes de intentar una evacuación pueden ser útiles, pero no se han llevado a cabo estudios sobre esta estrategia en particular. Las inyecciones de toxina botulínica en los músculos del esfínter también han sido exitosamente empleadas en un pequeño número de pacientes.

Dificultades en la vejiga o para orinar

Las dificultades en la vejiga o para orinar también son comunes en la PD. Antiguos estudios de investigación indicaban la presencia de problemas en la función urinaria en casi el 70 por ciento de los pacientes con PD, sin embargo, estudios más recientes sugieren una frecuencia más modesta, del 27 al 39 por ciento. A pesar de la frecuencia de los problemas urinarios, la incontinencia urinaria es relativamente poco común. Solamente cerca de un 15 por ciento de los individuos desarrolla una incontinencia problemática.

A diferencia de la disfunción intestinal, la cual puede preceder (algunas veces por años) al desarrollo de problemas motores en las personas con PD, la disfunción urinaria típicamente no se hace evidente hasta llegar a etapas tardías de la enfermedad. La función primaria de la vejiga se divide en dos — almacenar orina a medida que se va produciendo y luego vaciarla cuando sea conveniente y socialmente aceptable hacerlo. Con la PD, los problemas pueden surgir en ambas áreas.

Los síntomas urinarios más comunes experimentados por las personas con Parkinson son primero, la necesidad de orinar con extremada frecuencia, y segundo, la dificultad para demorar la micción (acción de orinar) una vez que la necesidad es percibida, creando una sensación de necesidad imperiosa o urgencia de orinar. Estos síntomas suelen indicar una vejiga irritable o hiperactiva que envía señales al cerebro de que está llena y necesita vaciarse, cuando en realidad no lo

está. Además de la frecuencia urinaria y la urgencia durante el día, los individuos con este problema también tienen que levantarse a orinar muchas veces durante la noche.

Los medicamentos que actúan bloqueando o reduciendo la hiperactividad de la vejiga pueden ser útiles para tratar este tipo de disfunción de la vejiga. Hay disponible una variedad de medicamentos para este fin, incluyendo medicamentos antiguos como la oxibutinina y la tolterodina, y medicamentos más nuevos como la solifenacina y la darifenacina.

Los problemas para vaciar la vejiga son menos frecuentes pero siguen siendo una característica problemática de la disfunción urinaria en el Parkinson. Esa dificultad se produce por la demora o dificultad para relajar los músculos del esfínter uretral, los cuales son necesarios para permitir que la vejiga se vacíe. Esto puede resultar en vacilación para iniciar la micción, dificultad en generar un chorro y vaciado incompleto de la vejiga. También se ha reportado la existencia de distonía del esfínter uretral.

Los medicamentos enunciados anteriormente no son muy útiles para este tipo de disfunción de la vejiga y de hecho podrían agravar la dificultad. Los medicamentos tales como el betanecol pueden ser útiles, pero a veces es necesario el auto-cateterismo (colocación de una sonda urinaria por el paciente mismo) intermitente. Antes de iniciar estos, el médico debe cerciorarse de que algunos procesos no relacionados, como un agrandamiento de la próstata, no sean la raíz del problema.

En conclusión

Los problemas, tanto gastrointestinales como urinarios, son características frecuentes de la PD. La conscientización sobre su existencia y el reconocimiento de su presencia son los primeros pasos necesarios para un manejo adecuado. Las personas con Parkinson no deben dudar en informar a sus médicos de estos problemas, especialmente ya que a menudo existen terapias eficaces para tratarlos.

El Dr. Ronald F. Pfeiffer es Profesor y Miembro de la Junta Directiva del Departamento de Neurología del University of Tennessee Health Science Center. El tiene una vasta experiencia en ensayos clínicos de medicamentos experimentales y tiene un interés particular en la disfunción gastrointestinal en la enfermedad de Parkinson.

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.