

ENFERMEDAD DE PARKINSON EN ESTADIOS AVANZADOS. TRATAMIENTO CON DUODOPA, BOMBA DE APOMORFINA O CIRUGÍA (ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA)

La enfermedad de Parkinson tiene siempre una evolución progresiva. No existe ningún tratamiento que disminuya la progresión de la enfermedad, tan solo el ejercicio, muy probablemente, haga que la enfermedad vaya más lenta. Generalmente, cuando el inicio de la enfermedad ocurre en la gente más joven, la evolución de la enfermedad suele ser más lenta, y además, la aparición de trastornos mentales, aparece claramente mucho más tarde.

Un problema frecuente, y difícil de resolver, es cuando y cómo comenzar un tratamiento avanzado (Cirugía, duodopa y bomba de Apomorfina), en un paciente que tiene un control poco satisfactorio con el tratamiento oral que está utilizando.

Hay quien mantiene la teoría del **5-2-1**. Es decir, más de 5 tomas diarias de tratamiento oral, 2 horas de mala respuesta al tratamiento (**off**), o una hora diaria de movimientos involuntarios (**discinesias**) es motivo para iniciar un tratamiento avanzado. Esto es una verdad parcial, para mí, el número total de tomas tiene solo una importancia relativa (hay pacientes con 6 tomas diarias, incluyendo la de la noche, que tienen buena calidad de vida y les molesta poco tanta toma). La importancia de las 2 horas de mala respuesta al tratamiento es solo parcial, pues hay enfermos que tienen menos de una hora de off muy malo, incluso doloroso y que pueden ya necesitar ser tratados con tratamiento avanzado, mientras que en otros, más que un auténtico off, lo que tienen es que no llegan a estar del todo bien (on) en alguna hora (suele ser la tarde), pero no les impide realizar una vida bastante normal. Una hora de discinesias también es poco valorable, pues la intensidad de la misma es muy importante, y una discinesia que te impida caminar puede obligar a tratamiento, aunque la duración sea siempre menos de una hora, mientras que una discinesia parcial, como suele ser en una mano, puedes tenerla muchas horas al día sin que te obligue a ser tratado. Por lo tanto, cada paciente debe de ser valorado de manera individual.

Hay que tener en cuenta que alguno de los pacientes tienen **problemas que no mejoran** con el tratamiento avanzado, como es el deterioro cognitivo, o los trastornos de la estática que puede llevar a caídas frecuentes del paciente. Los trastornos para caminar, con el tratamiento avanzado, unas veces mejoran, otras no y otras lo hacen parcialmente. La dificultad para tragar suele mejorar solo parcialmente con el tratamiento. Los trastornos llamados disautonómicos, como las caídas de tensión arterial pueden mejorar o no (incluso pueden deberse a la toma de la propia medicación oral).

Con un tratamiento avanzado lo que se busca es tener al paciente, la mayoría del tiempo del día, como en la mejor de las situaciones del tratamiento oral. No se consigue mejorar

más de esta situación. De manera que alguien que no consiga estar bien en ningún momento del día con el tratamiento oral, no va a mejorar más de ello con un tratamiento avanzado. Por este motivo, con frecuencia, antes de poner el tratamiento avanzado, se estudia al paciente con una dosis alta de L-dopa, o bien, con una inyección de Apomorfina a la dosis necesaria. Si la mejoría es clara, el paciente puede ser candidato a este tratamiento avanzado. Si no hay mejoría clara, el cambio de tratamiento va a ser un fracaso. Es decir, con estos tratamientos avanzados lo que se busca es tener al paciente la mayoría del tiempo del día, tal como está en la mejor de sus horas con el tratamiento oral.

Como normas generales:

- Un **deterioro cognitivo** tipo demencia hace que, generalmente, los tratamientos avanzados no sea utilizados, salvo si hay dolores importantes.
- Un **deterioro cognitivo leve** nos lleva a la utilización de Duodopa más que ninguno de los otros dos tratamientos.
- Una **edad** superior a los 70 años suele impedir el tratamiento con cirugía (salvo que no exista ninguna atrofia cerebral en la resonancia magnética).
- La **edad joven** lleva, si es posible, a la utilización de la cirugía, salvo que el paciente no sea partidario de la misma por miedo al riesgo quirúrgico.
- La presencia de **discinesias** en jóvenes lleva a la cirugía, y en gente mayor a la Duodopa. La Apomorfina mantiene un tratamiento oral que puede hacer que las discinesias continúen.
- En cuanto al **precio**, lo más caro es la Duodopa que cuesta unos 3000-3500 euros al mes. La bomba de Apomorfina sobre los 2000 euros al mes y la cirugía es la más cara los dos primeros años pero después de los dos años se convierte en el tratamiento más barato.
- La **cirugía** es la más exigente, pues la edad superior a los 70 años, un cierto deterioro cognitivo, un cuadro de depresión o de alteración psiquiátrica contraindica este tratamiento. Con la cirugía se consigue reducir la dosis del tratamiento oral en el 80%, con lo que se hace más cómodo el tratamiento oral.
- **La bomba de Apomorfina** tiene la gran ventaja de ser el tratamiento menos agresivo de todos. Se trata de pincharse unas agujas bajo la piel. Hay que cambiar de lugar del pinchazo todos los días. La aguja va unida a una pequeña bomba del tamaño de una cajetilla de tabaco. Con este tratamiento se bajan los tratamientos orales (se hace abolición de los otros agonistas dopaminérgicos), pero obliga a continuar con un tratamiento oral bastante similar al previo en cuanto a número de tomas en el día (tal vez se disminuya el número en una toma o como mucho en dos). Tiene el problema de que en ocasiones se forman bultos (nódulos) en el lugar donde se había puesto la aguja. Eso obliga a que en ese sitio de la punción hay que dar masaje después de retirar la aguja, y en ocasiones, poner una estimulación con un aparato de onda corta. Se inicia el tratamiento de la bomba a primera hora de la mañana, y se retira por la noche, antes de acostarse.
- **La bomba de Duodopa**, si bien es el tratamiento que acepta mayor número de pacientes, pues es el que menos exigencias tiene, tiene el problema de ser el más caro, y de ser necesario introducir una sonda, a través de la tripa, hasta el estómago y luego llegar a la parte superior del intestino (esto se suele tolerar bastante mejor de lo que nos podría parecer). El problema es que, a veces, esta sonda se sale de su sitio (ocurre casi siempre en los dos primeros meses del tratamiento), y entonces, el paciente empeora claramente, con lo que el digestólogo, mediante endoscopia, debe recolocarla. Con la duodopa, no se necesita ningún otro tratamiento oral acompañante, salvo para cubrir la noche. Se suele empezar el tratamiento con la bomba a primera hora de la mañana, y se retira por la noche al acostarse. En ocasiones, puede dar lugar a afectación de los nervios con hormigueos y pérdidas de fuerza en las piernas. Este problema se debe a alteraciones en la vitamina B, y debe acudir rápidamente al neurólogo.

- Los neurólogos más optimistas calculan que en el mejor de los casos, el 20% de los enfermos de Parkinson avanzado, tienen propiedades para recibir un tratamiento avanzado. En la clínica real, son menos del 5% los que reciben estos tratamientos.

JM ASENSI