

Alucinaciones secundarias a tratamiento en paciente con Parkinson

Juan María Rubio López^a

^a Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Gerontología. Unidad de Residencias Jaén-Jaén Sur. Jaén (España).

Correspondencia:

Juan María Rubio López
 Centro de Salud de Martos
 Avenido Príncipe Felipe, s/n
 23600 Martos. Jaén (España)

Correo electrónico:

juan.maria.rubio.lopez@gmail.com

Recibido el 8 de febrero de 2022.

Aceptado para su publicación el 28 de marzo de 2022.

RESUMEN

La enfermedad de Parkinson (EP) se puede considerar como la segunda enfermedad neurodegenerativa en cuanto a prevalencia se refiere. La EP es una enfermedad de carácter crónico que evoluciona en fases consecutivas, con un diagnóstico inicial insidioso y de manejo complejo para el médico de Atención Primaria. En este artículo presentamos un caso de una interacción medicamentosa poco estudiada entre fármacos antidepresivos y antiparkinsonianos. La paciente acudió a revisión de neurología y, en un ajuste de medicación realizado por el compañero de neurología, se añadió rasalagina a su tratamiento habitual (levodopa/carbidopa) y ello creó a la paciente un cuadro de alucinaciones. Tras un estudio pormenorizado del caso, se llegó a la conclusión de que la rasalagina debía ser retirada y el cuadro neurológico de alucinaciones remitió.

Palabras clave: alucinaciones, interacciones medicamentosas, depresión, enfermedad de Parkinson.

HALLUCINATIONS AFTER TREATMENT IN A PATIENT WITH PARKINSON'S

ABSTRACT

Parkinson's Disease (PD) can be deemed the second neurodegenerative disease in terms of prevalence. PD is a chronic disease that evolves in consecutive phases, with an insidious initial diagnosis and complex management for the primary care physician. In this paper we report a case of a poorly studied drug interaction between antidepressant and antiparkinsonian drugs. The patient went to a neurology review where, in a medication adjustment made by a neurology colleague, Rasalagin was added to her usual treatment (levodopa/carbidopa), which created hallucinations in the patient. After a minor case study, the conclusion was drawn that rasalagin should be withdrawn and the neurological picture of hallucinations remitted.

Keywords: Depression, Drug Interactions, Hallucinations, Parkinson's Disease.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

INTRODUCCIÓN

En 1818, el doctor James Parkinson escribió *Un ensayo sobre la parálisis agitante (An essay on the shaking palsy)*¹. Esta fue la primera vez que se mencionó este trastorno. Desde ese momento, el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad ha ido avanzado de manera muy notable.

Se cree que debe haber en España unos 300.000 pacientes con enfermedad de Parkinson y que hay un nuevo caso al año por cada 10.000 habitantes. Es 1,5-2 veces más frecuente en hombres que en mujeres. No obstante, aun con estos datos, se cree que el 28% de los enfermos de Parkinson sigue sin diagnosticar debido a que hasta en un 40% de los casos la enfermedad se manifiesta en un inicio con depresión y, de forma muy habitual, con trastornos del sueño², y, de manera menos frecuente, con estreñimiento, pérdida de olfato, alteraciones urinarias y disfunción sexual.

Dentro de los síndromes parkinsonianos, encontramos otros menos comunes: parálisis supranuclear progresiva (PSP), la degeneración cortico basal (DCB) y la atrofia multisistémica (AMS).

El diagnóstico de la EP es fundamentalmente clínico. Los criterios para su diagnóstico se basan en la tríada clásica de temblor de reposo, rigidez muscular e inestabilidad postural no debida a otras causas. Estos criterios han sido propuestos por la Sociedad Internacional de Enfermedad de Parkinson y Trastornos del Movimiento (Movement Disorder Society, MDS) y también son los criterios utilizados en la *Guía oficial de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson* (SEN, 2016). El tratamiento se basa en levodopa, agonistas dopaminérgicos, inhibidores del catabolismo de dopamina y levodopa, anticolinérgicos y amantadina³.

El estudio de los efectos secundarios de los medicamentos debe ser estudiado mediante la escala de Naranjo⁴, una escala de probabilidad que incluye la secuencia temporal entre la administración del medicamento sospechoso y la aparición del cuadro clínico, la plausibilidad de la relación de causalidad, el desenlace de la reacción después de la retirada del medicamento, así como la documentación del cuadro anterior y la posible causa alternativa.

CASO CLÍNICO

Paciente de 86 años con hipertensión arterial, depresión, desgarro retiniano en el ojo derecho desde 2018, incontinencia urinaria de esfuerzo, diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de evolución con adecuado control con una hemoglobina glicada de 7%, EP de inicio tardío estadio 1, síncope de perfil vasovagal. En tratamiento con glimepiride, simvastatina, enalapril/hidroclorotiazida, levodopa/carbidopa, escitalopram, cianocobalamina, paracetamol.

Acude a revisión periódica de la consulta de trastornos del movimiento para revisión de su EP. En la exploración se observa que los temblores de la paciente han empeorado de manera progresiva y ahora tiene dificultad para la manipulación de objetos/cubiertos. Esta clínica empeora cuando la paciente se pone algo más nerviosa. En esta consulta se le receta rasagilina 1 mg/24 horas. Además, en este acto médico por parte de neurología se decidió retirar la quetiapina.

Tres días más tarde, la hija de la paciente aparece en la consulta de Atención Primaria porque su madre ha comenzado a tener alucinaciones visuales, además de una gran ansiedad creada por tal motivo, y dice que ve a su madre, ya fallecida, cuando está en casa. La paciente no había presentado tal problema de salud en ningún momento anterior. Se hace una anamnesis detallada a la paciente y se descartan los problemas más frecuentes relacionados con un posible *delirium*, como son la infección de orina y el estreñimiento.

DISCUSIÓN

La rasagilina 526-week, parallel-group, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. Setting: Academically based movement disorders clinics. Patients: Patients with early PD not requiring dopaminergic therapy (n=404 es un antiparkinsoniano inhibidor de la monoamino oxidasa B (MAO-B). El tratamiento con inhibidores de la MAO-B también mejora los síntomas de la EP al inhibir el metabolismo de la dopamina estriatal y aumentar la concentración de dopamina intracerebral. En la ficha técnica del medicamento nos advierte que no debe ser administrada con inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO).

La depresión es una manifestación no motora común de la EP⁶. Por este motivo, la administración de antidepresivos también es un hallazgo frecuente. Existe un potencial riesgo de desarrollar un síndrome serotoninérgico porque la administración de ambos medicamentos crea una excesiva estimulación de receptores serotoninérgicos, de tal manera que crean alteración del estado mental, trastornos disautonómicos y alteraciones neuromusculares.

La aplicación del algoritmo de Naranjo⁷ resultó muy útil para identificar este signo como consecuencia de la interacción fármaco-fármaco-enfermedad.

Se decidió suspender el tratamiento de rasagilina y días más tarde la paciente dejó de tener alucinaciones. Se explicó el cuadro evolutivo de la EP a la paciente y mediante una toma de decisiones conjunta se decidió dejar de administrar la simvastatina y se inició tratamiento con un inhibidor de la dipeptidil peptidasa-4 (IDPP4) y retirar de su tratamiento el glimepiride. Se indicó lorazepam 0,5 mg al mediodía, de tal manera que dejó de estar nerviosa y mejoró el temblor.

Debemos averiguar la posible etiología en los casos de pacientes con EP con alucinaciones. En fase *off*, las alucinaciones son más habituales, por ello debe establecerse un cambio de medicación que nos asegure la reducción de estos episodios, y hacer recomendaciones dietéticas para que la alimentación no interfiera en el metabolismo de la medicación. Otra posible causa de las alucinaciones es la interacción de los medicamentos que el paciente utilice; por ello hemos de revisar de manera exhaustiva toda la medicación y los complementos que esté tomando.

Asimismo, debemos confirmar que el diagnóstico de EP sea correcto, pues podría ocurrir que se tratara de un paciente con enfermedad de Lewy, diagnosticado equivocadamente de EP.

Una posible causa de las alucinaciones es la demencia. No obstante, en el caso que analizamos están claramente relacionadas con el uso del nuevo medicamento. En relación con esta última causa, debe descartarse un cuadro de *delirium*, tal y como se hizo con esta paciente, ya que, en su caso, no tenía un curso fluctuante ni poseía un pensamiento desorganizado y, además, presentaba un normal nivel de conciencia.

En este caso, el síntoma guía de la consulta fueron las alucinaciones, y estableciendo una correcta historia clínica del paciente, una anamnesis y una exploración, además de la toma de constantes, llegamos a un diagnóstico diferencial y pudimos reorientar la entrevista clínica para obtener más datos que nos orientaran y descartaran una posible causa u otra.

La toma de decisiones con este paciente, realizada desde una visión holística, permitió concluir que la etiología de las alucinaciones era una interacción medicamentosa. Se evitaron tanto la adición de nuevos tratamientos sintomáticos como las derivaciones innecesarias, que solo habrían servido para aumentar la probabilidad de aparición de iatrogenia.

AGRADECIMIENTOS

Se obtuvo el consentimiento escrito de la paciente para la publicación del manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kempster PA, Hurwitz B, Lees AJ. A new look at James Parkinson's Essay on the Shaking Palsy. *Neurology* [Internet]. 2007 [acceso: 8 de febrero de 2022];69(5):482-5.
2. Benito-León J. Epidemiology of parkinson's disease in Spain and its contextualisation in the world. *Rev Neurol*. 2018 Feb 16;66(4):125-34.
3. Weintraub D, Morales KH, Moberg PJ, Bilker WB, Balderston C, Duda JE, et al. Antidepressant studies in Parkinson's disease: A review and meta-analysis. *Mov Disord* [Internet]. 2005 [acceso: 8 de febrero de];20(9):1161-9.
4. Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, Sandor P, Ruiz I, Roberts EA, et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther* [Internet]. 1981 [acceso: 27 de noviembre de 2021];30(2):239-45.
5. Siderowf A, Stern M, Shoulson I, Kieburtz K, Oakes D, Day D, et al. A controlled trial of rasagiline in early Parkinson disease: the TEMPO Study. *Arch Neurol* [Internet]. 2002 [acceso: 8 de febrero de 2022];59(12):1937-43.
6. Aarsland D, Marsh L, Schrag A. Neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2009; 24(15):2.175-86.
7. Rankin A, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people [Internet]. Vol. 2018, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018 [acceso: 1 de abril de 2021]; 2018(9).