



PRACTICA CLINICA

ALUCINACIONES VISUALES EN UN ANCIANO CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

Premio al mejor Caso Clínico del XVII Congreso de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (Oliva, 2005).

Clara Pons Giner[*], María Sanchis Plasencia[*], Trinidad Izquierdo Núñez[*], Ermengol Sempere Verdú[**].

[*]Residentes de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria [**]Médico de Familia. Centro de Salud de Paterna-Valencia [Plaza Clot de Joan s/n, 46980, Paterna].

La incidencia de alteraciones mentales en el curso de la Enfermedad de Parkinson (EP) ha aumentado considerablemente tras la introducción de fármacos dopaminérgicos, siendo una de las principales limitaciones para su uso. Dentro de las complicaciones psicóticas, las alucinaciones monosintomáticas son el trastorno más frecuente. Son predominantemente visuales y, una vez acontecen, en la mayoría de los casos es necesaria la reducción de la dosis o supresión temporal del fármaco, con el consiguiente empeoramiento de la situación funcional motora.

Presentamos el caso de un hombre de 69 años que consultó por alucinaciones visuales de dos meses de evolución que llegaban a provocarle crisis de pánico, las cuales ocasionaban un grave trastorno familiar, con varias demandas de atención urgente a domicilio y al servicio de urgencias del hospital de referencia. Las alucinaciones se desarrollaban sobre todo en el domicilio del paciente y eran de contenido desagradable (personas descuartizadas, monstruos, un hombre ahorcado). Estas imágenes le creaban gran ansiedad porque las vivía como reales y al ir a acercarse a ellas desaparecían.

Como antecedentes personales tenía EP de 6 años de evolución y con buen control sintomático hasta

4 meses antes de la consulta, hipertensión arterial, glaucoma de ojo izquierdo, amaurosis en ojo derecho, accidente isquémico transitorio dos años antes, trombosis venosa profunda, hiperuricemia y depresión reactiva. El paciente no tenía antecedentes psicóticos previos salvo un episodio de cuadro delirante que cursó con agitación y alguna alucinación en el contexto de un ingreso hospitalario.

Para su EP tomaba L-Dopa (600/150 mg/24 h) y mianserina (30mg/24 h) desde hacía años y cabergolina (2mg/24 h), introducida cuatro meses antes por empeoramiento de la clínica motora. Tomaba también desde hacía años alopurinol, torasemida, losartan, acenocumarol y dorzolamida oftálmica.

En la exploración destacaba amimia facial, labilidad emocional, marcha festinante y rigidez en rueda dentada. No presentaba otros signos de focalidad neurológica y el resto de la exploración física era normal. Se realizó un Minimental Test durante el episodio con una puntuación de 23 y una analítica general donde sólo destacaba una vitamina B12 de 269 pg/ml (normal: 270-2.000 pg/ml). No se realizaron pruebas de imagen porque no lo consideramos pertinente dada la sospecha diagnóstica que ya barajábamos a esas alturas.

Llegados a este punto nos planteamos cuatro posibles diagnósticos: demencia por cuerpos de Lewy, Síndrome de Charles-Bonnet, otras psicosis o un efecto secundario del tratamiento recientemente introducido para la EP.

La demencia por cuerpos de Lewy se caracteriza por tener un curso progresivo y fluctuante, con variación del nivel de atención y alerta. En este tipo de demencia las alucinaciones visuales son característicamente recurrentes y bien formadas y aparecen rasgos espontáneos de parkinsonismo.

La posibilidad de que se tratara de



alucinaciones visuales secundarias a la pérdida de visión en el anciano o Síndrome de Charles-Bonnet (recordemos que el paciente tenía amaurosis de ojo derecho y glaucoma crónico en ojo izquierdo) se descartó pues en estos casos suelen ser de contenido agradable y el paciente no las vive como reales.

Entre otros cuadros psiquiátricos que cursan con alucinaciones está la esquizofrenia, que se descartó porque debuta en edades más tempranas y las alucinaciones son característicamente auditivas, la depresión delirante, que se descartó pues nuestro paciente no había empeorado de la clínica depresiva y la Enfermedad de Alzheimer, que se descartó también porque las alucinaciones suelen aparecer en estadios muy evolucionados de la enfermedad.

Así pues se descartaron todas las causas excepto la demencia por cuerpos de Lewy y el efecto secundario a la medicación, aunque la primera posibilidad nos parecía poco probable por el curso evolutivo de la enfermedad. Con la sospecha de que las alucinaciones se debieran a la cabergolina nos pusimos en contacto con el neurólogo que controlaba al paciente, quien tras realizar una nueva visita recomendó la retirada progresiva de la cabergolina, a razón de 0,5 mg/48 h a lo largo de ocho días. A la semana de la supresión completa el paciente estaba asintomático de la clínica psicótica, pero empeoró significativamente de la clínica motora secundaria a su EP. Trascorridos 6 meses desde la retirada de la cabergolina las alucinaciones no han vuelto a presentarse y el Minimental Test ha mejorado de forma significativa, dando un resultado de 28. El debut de las alucinaciones tras años de clínica parkinsoniana y, sobretudo, la clara mejoría de la sintomatología tras la retirada de la cabergolina nos confirmó el diagnóstico de alucinaciones visuales secundarias a cabergolina.

La cabergolina es un potente agonista de los receptores D2 de la dopamina que, añadida a levodopa/carbidopa, mejora el déficit motor permitiendo una reducción sustancial de la dosis de este último fármaco. Hasta el 75% de pacientes presenta algún efecto adverso, requiriendo abandono del tratamiento el 15%. Entre los efectos adversos frecuentes (1-10%) debidos a cabergolina se encuentran las alucinaciones.

La incidencia de alteraciones mentales en el curso de la EP ha aumentado considerablemente tras la

introducción de fármacos dopaminérgicos. Las más frecuentes son las alteraciones del sueño, alucinaciones, ilusiones, cuadros confusionales y ataques de pánico. Dentro de las complicaciones psicóticas, las alucinaciones monosintomáticas son el trastorno más frecuente, con una incidencia muy variable (5-35%). Son predominantemente visuales, y una vez acontecen, en la mayoría de los casos es necesaria la reducción de la dosis o supresión temporal del fármaco, con el consiguiente empeoramiento de la situación funcional motora.

Como conclusión queremos destacar la importancia de plantear el diagnóstico diferencial en cualquier paciente y ante cualquier síntoma y recordar que cualquier medicamento para la EP puede producir alucinaciones, sobretudo las dosis altas de L-dopa cuando se administran durante un periodo prolongado y los agonistas dopaminérgicos. En ocasiones es difícil el equilibrio en el tratamiento de la EP, que obliga a encontrar la dosis exacta que disminuya la clínica parkinsoniana sin desencadenar síntomas psicóticos. Por último, recordar la importancia de conocer los efectos secundarios de los medicamentos con la finalidad de detectarlos precozmente y evitar así el sufrimiento añadido del paciente y de la familia y la realización de intervenciones médicas inútiles.

BIBLIOGRAFIA

García Escrig M, Bermejo Pareja F, Fernández Ponsatí JT. Psicosis por levodopa en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática. *Medicina Clínica (Barcelona)* 1999; 112:245-250.

Jiménez-Jiménez FJ. Tratamiento de la enfermedad de Parkinson. *Medicina Clínica (Barcelona)* 1999; 112:257-258.

Herrera Tejedor J. Alucinaciones visuales en el anciano. *Medicina Clínica (Barcelona)* 2002; 118 (9):353-6.