

204
71



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ENFERMEDAD DE PARKINSON

T E S I N A

QUE PRESENTA:

PEREA SANDOVAL SANDRA CONCEPCIÓN

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANA DENTISTA

DIRECTOR DE TESISNA:

C.D. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA

V. Díaz



MÉXICO, D.F.

1997

FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

GRACIAS DIOS

**POR DARMEL TIEMPO Y VIDA PARA PODER LLEGAR A ESTE MOMENTO.
SOBRETODOLA OPORTUNIDAD ME BRINDASTE.
GRACIAS PUES HAS PERMITIDO QUE MIS PADRES Y HERMANOS ESTEN JUNTO A MI.**

POR SER MI GRAN GUIA.

**CADA TRIUNFO... LO PODIA GOZAR.
CADA FRACASO... PODIA LLORARLO.**

**PODIA VOLTEAR Y NO TEMER PUES LOS VEIA ESTAR JUNTO A MI.
LA VIDA... ME HAN DADO Y APRENDER A GOZARLA ME HAN ENSEÑADO.
CADA REGAÑO... HOY SE LOS AGRADEZCO, COMPRENDI POR QUE ERAN Y PARA QUE...
FUERON COMO GUIAS PARA MI MADUREZ.
GRACIAS POR SER LA RAZON A MI VIVIR.**

GRACIAS POR SER MIS PADRES...

**CADA UNO SU AYUDA ME BRINDO... ASI COMO SU APOYO.
GRACIAS POR EL ANIMO QUE ME DIERON PPARA PODER ACABAR MI CARRERA.
GRACIAS POR ESTAR CONMIGO Y POR SER ADEMAS DE MIS HERMANOS.
MIS AMIGOS...**

**EN ESPECIAL A TI MARIO (Q.E.P.D.) QUE EN DONDE ESTES SEPAS QUE PARA NOSOTROS
.AUN VIVES.**

A CADA UNO MIL GRACIAS.

**NORA LILIA; NORMA, OSCAR CESAR, ALMA.
TODOS ESTOS AÑOS DE AMISTAD INCONDICIONAL SIGNIFICAN MUCHO PARA MI.
GRACIAS POR TODOS ESTOS AÑOS DE COMPARTIR ALEGRIAS Y TRISTEZAS.**

MARY:

ESTA ES MI FORMA DE AGRADECERTE TU APOYO.
POR HABERME DADO TU APOYO INCONDICIONAL.
POR HABER ESTADO EN EL MOMENTO QUE MAS SE NECESITABA.
GRACIAS TE DOY, AL IGUAL QUE MI FAMILIA

"DIOS TE BENDIGA"

ESTE GRUPO SON UNA SEGUNDA FAMILIA PARA MI. SON LA VIDA QUE NO QUIERE MORIR... SON LA ALEGRIA MISMA.

A CADA INTEGRANTE DEL "GRUPO I VENADOS"

GRACIAS.

GRACIAS A TODAS LAS PERSONAS QUE HAN ESTADO CONMIGO.
Y AUNQUE NO SEAN NOMBRADAS, ESTAN PRESENTES EN MI MENTE.

A CADA UNO DE MIS PROFESORES.

MI GRATITUD POR SUS ENSEÑANZAS, SUS CONSEJOS. NO SOLO AGRADEZCO SUS ENSEÑANZAS SINO TAMBIEN LA AMISTAD DE QUIENES ME PERMITIERON TENERLA.

A LOS DOCTORES:

**C.D. FERNANDO GUERRERO
M.C. ERNESTO GARCIA
C.D. FRANCISCO JAVIER SHIRAIISHI RIVERA**

**A CADA UNO MI AGRADECIMIENTO POR SUS ENSEÑANZAS DURANTE EL SEMINARIO.
POR SUS CONSEJOS. PUES MAS QUE PROFESORES FUERON AMIGOS.**

**EN PARTICULAR MI AGRADECIMIENTO AL DR. JESUS MANUEL DIAZ DE LEON AZUARA.
POR SU ASESORIA PROFESIONAL Y APOYO MORAL.**

A LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO:

POR HABERME BRINDADO LA OPORTUNIDAD DE ESTUDIAR UNA CARRERA.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA:

POR MI FORMACION PROFESIONAL Y PERSONAL.

INDICE GENERAL:

INTRODUCCION	1
CAPITULO I: SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	4
1.1 ASPECTOS GENERALES	4
1.2 VIAS MOTORAS	4
1.3 FISIOPATOLOGIA DE LOS GANGLIOS BASALES	8
CAPITULO II: ENFERMEDAD DE PARKINSON	10
2.1 DEFINICION O SINONIMIA	10
CAPITULO III: ETIOLOGIA	
DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.....	11
3.1 ETIOLOGIA	11
3.2 EPIDEMIOLOGIA	14
3.3 FORMAS DE PARKINSONISMOS:	15
A) PARKINSONISMO JUVENIL	
B) PARKINSONISMO POSTENCEFALITICO	
C) PARKINSONISMO ARTERIOESCLEROTICO	
CAPITULO IV: SIGNOS Y SINTOMAS	
DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.....	18
CAPITULO V: DIAGNOSTICO	
DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.....	27

5.1	GENERALIDADES	27
5.2	ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON	28
CAPITULO VI: ANALISIS DE LABORATORIO.....		30
6.1	ELECTROENCEFALOGRAMA	30
6.2	BIOMETRIA HEMATICA	30
6.3	RADIOGRAFIA DE TORAX	
6.4	RADIOGRAFIA DE CRANEO Y TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA	31
6.5	ELECTROMIOGRAMA	31
6.6	ESTUDIOS DINAMICOS DE LA DEGLUCION	31
6.7	RADIOGRAFIAS DE CONTRASTE DEL APARATO GASTROINTESTINAL	32
CAPITULO VII: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL		33
7.1	ARTERIOSESCLEROSIS CEREBRAL	33
7.2	TEMBLOR SENIL	33
7.3	TEMBLOR FAMILIAR	34
7.4	PARALISIS GENERAL	34
7.5	PARALISIS SUPRANUCLEAR (SINDROME DE STEELE- RICHARDSON- OLSZEWSKI)	34
7.6	ARTRITIS MULTIPLE	35
7.7	ESCLEROSIS MULTIPLE	35
7.8	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	36

7.9	ENFERMEDAD DE WILSON	36
7.10	COREA DE HUNTINGTON	37

CAPITULO VIII: MANIFESTACIONES BUCALES

	DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON	38
8.1	MANIFESTACIONES GENERALES	38
8.2	HIPERSALIVACION	39
8.3	DISFAGIA	39
8.4	INFECCIONES	39
8.5	PLACA DENTOBACTERIANA	40
8.6	ENFERMEDAD PARODONTAL	40
8.7	CARIES	40
8.8	DEGENERACION DE LAS GLANDULAS SALIVALES	40
8.9	DENTICION CON ANORMALIDADES MORFOLOGICAS	40

CAPITULO IX: ACTITUD DEL CIRUJANO DENTISTA

	ANTE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON	41
9.1	GENERALIDADES	41
	XEROSTOMIA	43
9.2	ELIMINACION DE LA PLACA DENTOBACTERIANA	44
	A) DISPOSITIVOS Y MATERIALES	44
	B) POSICION	46
	C) FRECUENCIA	47
9.3	SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS ...	47

9.4	TERAPIA CON FLUORURO	48
9.5	TRATAMIENTO RESTAURADOR	48
9.6	TRATAMIENTO GENERAL PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON	52
9.7	FARMACOS PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON	52
CONCLUSIONES		62
GLOSARIO		64
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		

INTRODUCCION

HAY MUCHAS CONDICIONES INCAPACITANTES QUE PUEDEN SER CLASIFICADAS COMO MUSCULOESQUELETICAS O NEUROMUSCULARES, ALGUNAS DE LAS CUALES SON RARAS.

EN ESTE TIEMPO DE MAYOR CONCIENCIA Y PROGRAMAS NACIONALES PARA EL CIUDADANO IMPEDIDO, PARECE IRONICO QUE ESTE NO HAYA SIDO INCLUIDO EN FORMA RUTINARIA EN PROGRAMAS ODONTOLÓGICOS COMPLETOS. PARA QUE LAS PERSONAS APROVECHEN AL MÁXIMO SU CAPACIDAD ES IMPORTANTE QUE ESTEN SANAS; LA SALUD INCLUYE ESTAR EN CONDICIONES DE COMER, SONREIR, HABLAR ASI COMO SENTIRSE BIEN, TODO LO CUAL SE ORIGINA EN LA BOCA.

“ LA CAVIDAD BUCAL ES EL PORTAL DE LA SALUD ”

A MENUDO UNA GRAN CANTIDAD DE RAZONES QUE VAN DESDE EL ASPECTO SOCIOECONOMICO AL CULTURAL INFLUYEN PARA QUE SU ATENCION ODONTOLÓGICA SEA DELEGADA A UN SEGUNDO TERMINO; SOBRETODPO PORQUE UNA CONDICION INCAPACITANTE CAMBIA EL ESTILO DE VIDA DEL INDIVIDUO Y AFECTA A SU FAMILIA HASTA EL PUNTO EN QUE LA PERSONA IMPEDIDA SE CONVIERTA EN EL FACTOR CENTRAL O DOMINANTE.

EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL OPTIMA DEBE SER LA META PARA TODOS LOS PACIENTES DENTALES. UN PROGRAMA PREVENTIVO PARA EL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON DEBE TENER LOS MISMOS OBJETIVOS Y CONTENIDO PARA EL PACIENTE DE RUTINA. HAY POCAS MODIFICACIONES BASICAS QUE PUEDEN HACERSE PARA QUE EL PROGRAMA SEA MAS APLICABLE.

LA EVALUACION DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON DEBE INCLUIR LA HISTORIA PERSONAL, LA HISTORIA MEDICA PASADA Y PRESENTE, LOS MEDICAMENTOS Y LA HISTORIA ODONTOLÓGICA PASADA Y PRESENTE. ESTA INFORMACION PUEDE OBTENERSE DEL PACIENTE, LA FAMILIA O EL CUIDADOR O DEL MEDICO DEL PACIENTE. CON FRECUENCIA EL PACIENTE TIENE UNA HISTORIA MEDICA Y DE DROGAS QUE REQUIERE UNA EVALUACION CUIDADOSA PARA ENTENDER LAS CONSECUENCIAS FISICAS Y MENTALES.

DESPUES DE REUNIR INFORMACION MEDICA Y ODONTOLÓGICA PERTINENTE, HAY QUE REALIZAR UN EXAMEN MINUCIOSO ESTE CON EL FIN DE ELABORAR EL PLAN DE TRATAMIENTO EL CUAL, PUEDE RESULTAR LA FACETA MAS DIFICIL POR QUERER COMPROBAR LAS NECESIDADES Y LIMITACIONES PARTICULARES. EN TODOS LOS CASOS, LA PREOCUPACION PRINCIPAL ES ALIVIAR EL DOLOR Y RESOLVER LA INFECCION EN LA PRIMERA OPORTUNIDAD POSIBLE.

LA OPERATORIA DENTAL CONVENCIONAL PUEDE SER AMPLIADA CON PEQUEÑOS AGREGADOS PARA ACOMODARSE MEJOR Y PERMITIR EL TRATAMIENTO RESTAURADOR QUE LE DEVUELVA LA FUNCION Y LA ESTETICA.

CON EL CONOCIMIENTO DE ESTOS ANTECEDENTES EL CIRUJANO DENTISTA PODRA ENFOCAR MUCHO MEJOR EL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON LO CUAL DEBERA HACERSE CON CUIDADO Y SINCERIDAD PARA GANARSE SU CONFIANZA.

LA INTENCION DE ELABORAR ESTE TRABAJO ES PRESENTAR UNA FILOSOFIA DE ENFOQUE SOBRE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON ADEMAS DE PROPORCIONAR DATOS SOBRE LA PREVALENCIA DE LA CARIES ASI COMO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL. DETERMINAR LA FISIOPATOLOGIA Y TRATAMIENTO DE URGENCIA INMEDIATO PARA SALVAR LA VIDA DEL PACIENTE.

CAPITULO I: SISTEMA NERVIOSO CENTRAL :

1.1: ASPECTOS GENERALES:

EL SISTEMA NERVIOSO ES EL CONJUNTO DE ELEMENTOS ANATOMICOS ENCARGADOS DE REGIR EL FUNCIONAMIENTO DE LOS DISTINTOS APARATOS DEL CUERPO HUMANO (8). EN SU MAS SIMPLE ACCION INTERVIENE UN ELEMENTO NERVIOSO, ES DECIR, UN NEURONA SENSITIVA QUE RECOGE LAS IMPRESIONES DEL MEDIO AMBIENTE O DEL INTERIOR DEL CUERPO Y LAS TRANSMITE EN FORMA DE INFLUJO POR MEDIO DE SUS PROLONGACIONES A OTRA NEURONA O CELULA EFECTORA. ESTA A SU VEZ, ENVIA DICHO INFLUJO POR MEDIO DE SUS PROLONGACIONES AL ORGANO EFECTOR (MUSCULO, GLANDULA, ETC...) DONDE SE PRODUCE LA REACCION ESPECIFICA CORRESPONDIENTE (MOVIMIENTO, SECRECCION, ETC...) (9).

EL SISTEMA NERVIOSO COMPRENDE DOS DIVISIONES PRINCIPALES :

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (S.N.C.)

SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO (S.N.P.)

1.2: VIAS MOTORAS: SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (S.N.C.) (10)

ASPECTOS GENERALES :

DESARROLLO :

EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL DERIVA DEL ECTODERMO, CAPA QUE EXPERIMENTA UN ENGROSAMIENTO LLAMADO PLACA NEURAL; EN LA LINEA MEDIA

DEL DORSO DEL EMBRION, AL COMIENZO DE LA SEGUNDA SEMANA DE LA VIDA EMBRIONARIA.

SU ACTIVIDAD ESTA DENTRO DE LAS DOS MAYORES ESTRUCTURAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SON:

A) MEDULA ESPINAL.

B) EL CEREBRO (3).

PRIMERO EXAMINAREMOS LA ESTRUCTURA MAS SIMPLE, LA MEDULA ESPINAL. SE HALLA ALOJADA EN EL CONDUCTO VERTEBRAL O CONDUCTO RAQUIDEO, ES DE FORMA CILINDRICA Y TANTO EXTERIOR COMO INTERIORMENTE SIMETRICA. COMPUESTA DE CUERPOS DE CELULAS NERVIOSAS Y AXONES, OPERA COMO UN CAMINO QUE CONDUCE LA FORMACION SENSORIAL AL CEREBRO, TRANSMITE LOS IMPULSOS MOTORES DESDE EL CEREBRO A LOS MUSCULOS.

EN LO QUE SE REFIERE A LAS FUNCIONES INTEGRATIVAS DEL S.N.C. SE RESUMEN AQUELLOS PROCESOS NEURONALES QUE SON LA BASE DEL CICLO VIGILA-SUEÑO DE LA CONCIENCIA, DEL LENGUAJE, DEL PENSAMIENTO (ENTENDIMIENTO, RAZON), DE LA MEMORIA INCLUIDO EL APRENDIZAJE Y EL RECUERDO, DE LA MOTIVACION (INSTINTOS) Y LAS EMOCIONES (SENTIMIENTOS) (4).

EL SER HUMANO POSEE MUCHOS REFLEJOS COMO LO SON LOS DE TIPO SIMPLE. EL MONOSINAPTICO, TIENE LUGAR COMO RESULTADO DE UNA CONEXION DIRECTA ENTRE UNA NEURONA SENSORIAL Y UNA MOTORA SIN INTERNEURONAS

INTERPUESTAS; POR TANTO, SOLO TIENE UNA SINAPISIS ENTRE LA AFERENCIA SENSORIAL (LO QUE SIENTE) Y LA REFERENCIA MOTORA (LO QUE HACE) (9).

Y LOS REFLEJOS POLISINAPTICOS, QUE SON LOS MAS COMPLEJOS YA QUE INCLUYE MUCHAS SINAPISIS Y UN DESCONOCIDO NUMERO DE INTERNEURONAS. LA MEDULA ESPINAL DEL SER HUMANO ES DE ESTRUCTURA MUY SIMILAR A LA DE LOS ANIMALES INFERIORES.

EL ORGANNO QUE NOS DIFERENCIA ES NUESTRO CEREBRO, ESPECIALMENTE LA PARTE DEL CEREBRO CONOCIDA CON EL NOMBRE DE CORTEZA CEREBRAL (10).

EL CEREBRO SE COMPONE DE TRES PARTES FUNDAMENTALES :

-TRONCO CEREBRAL :

(BULBO, PUENTE, MESENCEFALO), RESPONSABLE DE MUCHAS FUNCIONES BASICAS. RECIBE INFORMACION A TRAVES DE VARIOS SENTIDOS POR LAS REGIONES SENSORIALES DEL OIDO, GUSTO, EQUILIBRIO O DEL TACTO DEL AREA FACIAL. CONTROLA LA ACTIVIDAD INVOLUNTARIA DE LA LEGUA, LARINGE, OJOS, MUSCULO FACIALES; CONTROLA LOS ESTADOS DEL SUEÑO ASI COMO COORDINA LAS NEURONAS MOTORAS DE LA MEDULA ESPINAL QUE CONTROLAN ACTIVIDADES TALES COMO CAMINAR, RESPIRAR O LATIDOS DEL CORAZON.

-CEREBELO:

(CEREBRO PEQUEÑO) UNIDO A LA PARTE POSTERIOR DEL TRONCO CEREBRAL, RELACIONADO CON LA COORDINACION DE LA ACTIVIDAD MOTORA, ESPECIALMENTE CON EL CONTROL PRECISO DE LOS MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS, EL CEREBELO TAMBIEN AYUDA A MANTENER EL EQUILIBRIO Y LA POSTURA. LAS LESIONES EN EL CEREBELO NO AFECTABAN LOS MOVIMIENTOS DE UNA PERSONA EN REPOSO PERO, DARAN COMO RESULTADO LA APARICION DE TEMBLORES.

-CEREBRO:

(POSENCEFALO, HIPOTALAMO, TALAMO, GANGLIOS BASALES, SISTEMA LIMBICO Y CORTEZA). ES LA PARTE MAS DESARROLLADA DEL CEREBRO HUMANO, MULTIFUNCIONAL QUE CONTIENE AL HIPOTALAMO, QUE ES EL ENCARGADO DE MANTENER EL EQUILIBRIO DE MUCHOS SISTEMAS CORPORALES PRINCIPALMENTE POR SU ESTRECHA RELACION CON EL SISTEMA ENDOCRINO QUE LIBERA LAS HORMONAS NECESARIAS PARA NUESTRO CUERPO.

EL TALAMO, QUE ACTUA COMO CENTRO DE RELEVO DE LA CORTEZA, LOS GANGLIOS BASALES QUE SON GRANDES

CUERPOS CELULARES IMPLICADOS EN LOS MOVIMIENTOS CORPORALES.

EL SISTEMA LIMBICO RELACIONADO CON LAS RESPUESTAS EMOTIVAS Y LA MEMORIA.

LA CORTEZA CEREBRAL, LA CAPA EXTERIOR DEL CEREBRO DE COLOR GRIS QUE ESTA IMPLICADA EN FUNCIONES DEL MAS ALTO NIVEL, COMO EL PENSAMIENTO, EL RECUERDO, Y LA RESOLUCION DE PROBLEMAS.

1.3: FISIOPATOLOGIA DE LOS GANGLIOS BASALES :

VIAS MOTORAS :

EL SISTEMA MOTOR COMPRENDE CUATRO ELEMENTOS MAS O MENOS DISTINTOS:

- NEURONA SUPERIOR O CENTRAL
- NEURONA EXTRAPIRAMIDAL.
- NEURONA CEREBELOSA.
- NEURONA PERIFERICA.

NOS INTERESA EN PARTICULAR LA NEURONA EXTRAPIRAMIDAL, YA QUE TIENE UNA FUNCION IMPORTANTE EN LOS MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS, EN LA COORDINACION Y REGULACION DEL TONO MUSCULAR (16).

TRASTORNOS PATOLOGICOS DE LOS GANGLIOS BASALES, CONDUCE POR LO GENERAL A PERDIDAS GRAVES Y DRAMATICAS DE LA MOTRICIDAD VOLUNTARIA Y

LOS SINTOMAS GRAVES QUE PUEDEN APARECER EN ENFERMEDADES DE LOS GANGLIOS BASALES SE PUEDEN DIVIDIR EN :

- SINTOMAS CON SIGNOS MENOS
- SINTOMAS CON SIGNOS MAS

A LA PRIMERA CATEGORIA PERTENECEN LA ACINESIA MIENTRAS QUE A LA SEGUNDA LA RIGIDEZ, EL BALISMO, LA ATETOSIS, COREA Y TEMBLOR (3).

CAPITULO II: ENFERMEDAD DE PARKINSON:

HISTORIA (13):

DESCRITA POR JAMES PARKINSON EN 1817.

ESTE AUTOR DIO UNA NOTABLE DEFINICION COMPLETA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON BASADA EN UNA INVESTIGACION SOBRE LA PARALISIS AGITANTE (26).

2.1: DEFINICION O SINONIMIA:

ENFERMEDAD DEGENERATIVA PROGRESIVA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (7) QUE AFECTA A LAS NEURONAS DOPAMINERGICAS FUNCIONALES QUE IRRADIAN DE LA SUSTANCIA NIGRA AL NUCLEO CAUDADO Y AL PUTAMEN (2).

DICHA AFECCION PUEDE DEBERSE COMO CONSECUENCIA DE ESTADOS PATOLOGICOS (15), CARACTERIZADA, POR LA PERTURBACION DE LA FUNCION MOTORA (16), DANDO RESULTADO A MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS CON DISMINUCION DE LA FUERZA MUSCULAR ASI COMO PROPENSION A INCLINAR EL TRONCO HACIA ADELANTE Y PASAR DE MARCHA A LA CARRERA, MIENTRAS QUE LOS SENTIDOS E INTELECTO PERMANECEN INTACTOS (10).

CONSIDERADA COMO LA 4ª ENFERMEDAD NEURO DEGENERATIVA MAS FRECUENTE ENTRE LOS ANCIANOS ENTRE 40 Y 65 AÑOS, LA EDAD MEDIA DE INICIO ES HACIA LOS 57 AÑOS.

ES POSIBLE QUE COMIENZE EN LA NIÑEZ O DURANTE LA ADOLESCENCIA Y ES CONOCIDO COMO PARKINSONISMO JUVENIL (15).

CAPITULO III: ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON:

3.1: ETIOLOGIA

EN EL AÑO DE 1919, EN UNA TESIS DOCTORAL (TRETIAKOF) SE INDICO POR PRIMERA VEZ QUE LA SUSTANCIA NIGRA ES UN CORTE CEREBRAL FRESCO DE UN ENFERMO DE PARKINSON HABIA PERDIDO SU COLORACION OSCURA NORMAL; ESTO CONDUJO A UNA BUENA PISTA Y A LA DEMOSTRACION POSTERIOR DE QUE LAS CELULAS DOPAMINERGICAS DE LA SUSTANCIA NIGRA GENERAN ESTA ENFERMEDAD, LA COLORACION OSCURA DE LA SUSTANCIA NIGRA SE DEBE AL PIGMENTO DE LA MELANINA (LA MELANINA ES UN PRODUCTO DERIVADO DE LA SINTESIS DE LA DOPAMINA Y SE ALMACENA EN LAS CELULAS DOPAMINERGICAS DE LA PARS COMPACTA) (19).

LA MUERTE DE LAS CELULAS DOPAMINERGICAS TIENE COMO CONSECUENCIA QUE EL CONTENIDO EN DOPAMINA DEL CORPUS STRIATUM DISMINUYE CONSIDERABLEMENTE (23).

LAS CONSECUENCIAS DE ESTE DESCUBRIMIENTO ESTAN EN RELACION CON LOS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (26).

POR TANTO; LA ENFERMEDAD DE PARKINSON RADICA EN LA DESTRUCCION DE LAS GRANDES CELULAS GANGLIONARES DEL CUERPO ESTRIADO Y LA DOPAMINA, DONDE ESTA ULTIMA ES UN NEUROTRANSMISOR INHIBITORIO QUE ACTUA SOBRE LAS NEURONAS COLINERGICAS EXCITATORIAS EN EL CUERPO ESTRIADO (22).

EL HIPOTALAMO TIENE IMPORTANTES NEURONAS DOPAMINERGICAS Y LA DEGENERACION DE ESTAS NEURONAS PUEDEN ESTAR CORRELACIONADA CON DISFUNCIONES AUTONOMICAS COMO LA SEBORREA, SUDORACION EXCESIVA, HIPOTENSION ORTOSTATICA Y ANOREXIA. ASI MISMO EXISTEN OTRAS ANOMALIAS BIOQUIMICAS COMO LA REDUCCION EN LAS CONCENTRACIONES DE NORADRENALINA (23).

LOS FARMACOS SON LA CAUSA MAS COMUN DE PARKINSONISMO. LOS AGENTES ANTIPSICOTICOS Y LA METACLOPRAMIDA PUEDEN PRODUCIR SIGNOS PARKINSONIANOS POR BLOQUEO DE LOS RECEPTORES CENTRALES DE DOPAMINA (10). OTROS FARMACOS QUE AFECTAN SON FENOTIACINAS, BUTIFERONAS, ALCALOIDOS DE RAWOLFA Y TETRABENACINA (21).

EL PARKINSONISMO QUIMICO INDUCIDO POR FARMACOS SIEMPRE ES REVERSIBLE (14). HABITUALMENTE EN UNA O DOS SEMANAS DESPUES DE INTERRUMPIR LA ADMINISTRACION DEL FARMACO RESPONSABLE.

SE HA ESTABLECIDO QUE *MPTP* (1 METIL-4 FENIL-1, 2, 3, 6 - TETRAHIDROPIRIDINA) PRODUCTO INTERMEDIO EN LA SINTESIS DE MEPERIDINA, LESIONA DE MANERA SELECTIVA LAS NEURONAS QUE CONTIENEN DOPAMINA EN LA SUSTANCIA NIGRA O LOCUS NIGER Y POR TANTO PRODUCE UN PARKINSONISMO IRREVERSIBLE.

LA *MPTP* PARECE RELACIONARSE CON LA AFINIDAD DEL MPP^+ POR LA NEUROMELANINA PARA SER NEUROTOXICA LA *MPTP* DEBE CONVERTIRSE EN 1-METIL-4 FENILPIRIDINO (MPP^+) POR MEDIO DE LA ISOENZIMA B DE LA MONOAMINOOXIDASA (*MAO - B*) (8) EL PARKINSONISMO INDUCIDO POR LA *MPTP*

HA SIDO RECONOCIDO EN PERSONAS JOVENES QUE SON ADICTOS A FARMACOS INTRAVENOSOS (6).

DE IGUAL MANERA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON SE PUEDE DEBER A INFECCION ENCEFALITIS LETARGICA, MESENFALITIS SIFILITICA, TUBERCULOMA, TOXINAS TALES COMO MONOXIDO DE CARBONO, MANGANESO Y LA MENCIONADA *MPTP* (7), LESIONES ESTRUCTURALES (TUMORES, INFARTOS QUE AFECTAN EL MESENFALO O GALGLIOS BASALES), HEMATOMAS SUBDURALES, TRASTORNOS DEGENERATIVOS COMO LA DEGENERACION NIGROESTRIADA Y LA DEGENERACION OLIVOPONTOCEREBELOSA O LA ATROFIA MULTISISTEMICA. RECIENTEMENTE, LA *N-METIL- 1, 2, 3, 4* TETRAHIDROPIRIDINA (*N-MPTP*) UN SUBPRODUCTO DE LA SINTESIS DE UN TIPO DE HEROINA, HA CAUSADO PARKINSONISMO EN ALGUNOS ADICTOS A DROGAS (8).

NO EXISTEN CAMBIOS ISQUEMICOS, NI SIGNOS DE INFLAMACION, ALGUNAS ALTERACIONES POSTURALES Y MOTORAS PUEDEN SER SECUNDARIAS A GOLPES REPETIDOS EN LA CABEZA PUES EN SU CASO LAS LESIONES DE LA SUSTANCIA NIGRA SON UNO DE LOS COMPONENTES NEUROPATOLOGICOS (12).

TAMBIEN SE HA OBSERVADO PARKINSONISMO A CONTINUACION DE UN TRAUMATISMO DE UN MIEMBRO; COMENZANDO LOS SINTOMAS EN EL MIEMBRO LESIONADO (16).

LAS ALTERACIONES PATOLOGICAS DEPENDEN DE LA NATURALEZA DEL PROCESO PATOLOGICO CAUSAL. GREENFIELD (1958) Y BOSANQUET (1953) ESTUDIAN LA ANATOMIA PATOLOGICA DEL PARKINSONISMO Y DESCRIBEN CINCO TIPOS DE ALTERACIONES CELULARES (28).

- 1 DISTENSION SACULAR CON GRANULOS LIPOCROMOS
- 2 VACUOLIZACION
- 3 CELULAS BINUCLEADAS
- 4 INCLUSIONES ESFERICAS CONCENTRICAS HIALINAS DE LEWY
- 5 REDES NEUROFIBRIALES

3.2: EPIDEMIOLOGIA:

LA ENFERMEDAD DE PARKINSON SE OBSERVA EN TODO EL MUNDO, Y EN TODOS LOS GRUPOS RACIALES Y ETNICOS. AUNQUE DESDE HACE MUCHO TIEMPO SE HA SOSPECHADO QUE FACTORES GENETICOS DESEMPEÑAN UN PAPEL SIGNIFICATIVO EN LA PRODUCCION DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON, EXISTEN POCAS PRUEBAS QUE DEMUESTRAN QUE SOLO UN 2% DE LOS HERMANOS ADULTOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON PRESENTAN TAMBIEN LA ENFERMEDAD (29).

EN ALGUNOS ESTUDIOS SE HA ENCONTRADO UNA MAYOR FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN VARONES, PERO EN OTROS EL SEXO DESFAVORECIDO SON LAS MUJERES. NO PARECE SER EL SEXO UNA VARIABLE RELEVANTE PARA EL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD (30). A LO SUMO REFLEJA UNA EXPOSICION PROFESIONAL FRENTE A DETERMINADOS AGENTES.

LA ENFERMEDAD DE PARKINSON ES RARA ANTES DE LOS 40 AÑOS. LA ENFERMEDAD AUMENTA A MEDIDA QUE LA EDAD PROGRESA (28).

3.3: FORMAS DE PARKINSON

LOS CUADROS CLINICOS QUE EN CONJUNTO, RECUERDAN A LA ENFERMEDAD DE PARKINSON RECIBEN EL NOMBRE COLECTIVO DE SINDROMES PARKINSONIANOS O PARKINSONISMO.

A) PARKINSONISMO JUVENIL:

APARECE EN SUJETOS JOVENES DE 20 AÑOS, Y DE 15 Y AUN DE 10 AÑOS INCLUSO POR DEBAJO DE ESTA EDAD (6). PUEDE REPRESENTAR EN RARAS OCASIONES UN COMIENZO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON, PERO MAS A MENUDO ES UNA MANIFESTACION DE LA ENFERMEDAD DE WILSON (7).

B) PARKINSONISMO POSTENCEFALITICO (10):

SE OBSERVA EN PRIMER LUGAR A CUALQUIER EDAD (13), TANTO EN EL NIÑO COMO EN EL ADOLESCENTE O BIEN EN EL ADULTO. LOS PACIENTES MUESTRAN PERDIDA DE PIGMENTACION EN LA SUSTANCIA NIGRA, AUNQUE LA OBSERVACION MAS CARACTERISTICA ES LA INTENSA DEGENERACION NEUROFIBRILAR EN LA SUSTANCIA NIGRA, PUTAMEN, TALAMO, HIPOTALAMO Y OTRAS ESTRUCTURAS,

LOS CUERPOS DE LEWY NO ESTAN PRESENTES EN ESTE TIPO DE PARKINSON (16).

SE PRODUCE COMO SECUELA DE ENCEFALITIS LETARGICA (11). LA ENFERMEDAD SE DESARROLLA EN POCOS DIAS DE FORMA RAPIDA (22). LA RIGIDEZ, LA LENTITUD DE LOS MOVIMIENTOS Y FALTA DE FUERZAS PRECEDEN HABITUALMENTE AL TEMBLOR. ESTOS SINTOMAS SUELEN SER MAS ACENTUADOS O PUEDEN ESTAR LIMITADOS A UN LADO DEL CUERPO (19).

EL MIEMBRO SUPERIOR SE HALLA HABITUALMENTE MAS AFECTADO QUE EL INFERIOR; GENERALMENTE LA RIGIDEZ ES MAS NOTORIA QUE EL TEMBLOR DURANTE TODO EL TRANSCURSO DE LA ENFERMEDAD.

EL ESPASMO DE LOS MUSCULOS OCULARES CONJUGADOS ES UNA COMPLICACION BASTANTE FRECUENTE (26).

LA ENCEFALITIS LETARGICA FUE HABITUAL EN LOS AÑOS 1920 A 1940, PERO POSTERIORMENTE DISMINUYO Y HOY EN DIA EXISTE, SOLO QUE RARA VEZ (28).

C) PARKINSONISMO ARTERIOESCLEROTICO (30):

ES LA FORMA QUE SE OBSERVA EN LA SEGUNDA MITAD DE LA VIDA. ES ALGO MAS FRECUENTE EN EL HOMBRE QUE EN LA MUJER (26) EN LA EDAD AVANZADA Y EN LA ANCIANIDAD SE DEBE A TRASTORNOS CIRCULATORIOS ISQUEMICOS, PEQUEÑOS FOCOS LAGUNARES DE REBLANDECIMIENTO EN LOS NUCLEOS GRISES MESENCEFALICOS.

AUNQUE LAS LESIONES VASCULARES RESULTANTES DE LA HIPERTENSION ARTERIAL PUEDEN PROVOCAR EL SINDROME EN EDAD MAS TEMPRANA ASI MISMO (20); LOS INFARTOS BILATERALES MULTIPLES EN LAS VIAS CORTICOESPINALES Y EN LAS ESTRUCTURAS CEREBRALES CENTRALES (22).

EL PACIENTE PRESENTA UNA DISCRETA HEMIPARESIA BILATERAL (13). CUANDO HAY HIPERTENSION ARTERIAL PUEDE PRODUCIR UNA HEMORRAGIA CEREBRAL FATAL. SU EVOLUCION ES RAPIDA (16).

CAPITULO IV: SIGNOS Y SINTOMAS:

***HIPOCINESIA (8):**

ES EL COMPONENTE MAS INCAPACITANTE DE LA ENFERMEDAD. DICHO TERMINO SIGNIFICA LENTITUD EN LA INICIACION Y EJECUCION DE ACCIONES MOTORAS VOLUNTARIAS ASI COMO UNA DEBILIDAD GENERAL DE MOVIMIENTOS AUTOMATICOS Y LOS QUE SE RELACIONAN (7).
CONTRIBUYE A MUCHOS SIGNOS Y SINTOMAS DE PARKINSONISMO (6).

***DETERIORO DE LA DIVERGENCIA OCULAR:**

CON ESTO SE DETERMINA QUE PUEDEN OCURRIR ESPASMOS INTERMITENTES DE LOS MUSCULOS ALREDEDOR DE LOS OJOS (10).

***DISMINUCION DEL PARPADO: (10)**

***FACIES QUE PARECE MASCARA: (13)**

TAMBIEN SE LE DENOMINA "FACIES ACARTONADA".
LOS MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS LOCALIZADOS DE LA

CARA, BOCA Y CUELLO LOS PUEDE IDENTIFICAR EL DENTISTA.

PUEDEN OCURRIR CONTRACCIONES UNILATERALES, BREVES, IRREGULARMENTE ESPASMÓDICAS DE LOS MÚSCULOS FACIALES (ESPASMO HEMIFACIAL) DESPUES DE PARÁLISIS FACIAL O BIEN DEBERSE A COMPRESION NERVIOSA POR TUMOR O ENFERMEDAD OSEA DE PAGET (13).

***LENGUAJE MONOTOMO:**

QUE EN OcasIONES LLEGA A ANARTRIA VIRTUAL (22). ES TÍPICO QUE EL PACIENTE HABLE RÁPIDAMENTE EN UN TONO BAJO Y MONOTOMO, LAS PRIMERAS PALABRAS PUEDEN SER DICHAS DE FORMA CLARA, PERO LUEGO LA VOZ SE HACE MAS TENUE (18), LA ARTICULACION SE ENTORPECE Y POR TANTO EL PACIENTE PRESENTA TAQUIFEMIA (22).

***MICROGRAFIA:**

AL ESCRIBIR SE REDUCE EL TAMAÑO DE LAS LETRAS, ES MAS DEFICIENTE SU FORMACION, A LA LARGA LA ESCRITURA SE TORNA ILEGIBLE HASTA QUE LLEGA UN MOMENTO EN QUE EL PACIENTE DEJA DE ESCRIBIR (26).

***REDUCCION DEL BALANCEO DE BRAZOS AL CAMINAR:**

EN EL PACIENTE DE EDAD AVANZADA DESDE UN PRINCIPIO LA HIPOCINESIA TIENDE A SER BILATERAL Y SIMETRICA (27).

***RIGIDEZ:**

SE REFIERE CUANDO ALGUNOS MUSCULOS SE CONTRAEN DE MANERA CONTINUA.

PUEDE SER DE MANERA UNILATERAL, AUNQUE EN LA EDAD AVANZADA, CON FRECUENCIA ES BILATERAL Y SIMETRICA DESDE EL COMIENZO, APARECE TEMPRANO EN LA MUSCULATURA DEL CUELLO; ESTO CONTRIBUYE A LA CARACTERISTICA DE " POSTURA FLEXIONADA " (26).

SE DESCRIBE CLINICAMENTE POR LA RESISTENCIA AL MOVIMIENTO PASIVO.

LA LLAMADA "RIGIDEZ EN RUEDA DENTADA" SE DEBE SIMPLEMENTE A LA COMBINACION DE RIGIDEZ Y TEMBLOR AUMENTANDO Y DISMINUYENDO LA RESISTENCIA DEL MUSCULO AL MOVIMIENTO PASIVO, CON LAS FASES DE CONTRACCION Y RELAJAMIENTO DEL MISMO PRODUCIDAS POR EL TEMBLOR (28)

LA " RIGIDEZ EN ENGRANE " NO SOLO ES RIGIDEZ PARKINSONIANA QUE SE COMPLICA A CAUSA DEL TEMBLOR

PARKINSONIANO, PORQUE PUEDE OCURRIR EN AUSENCIA DEL TEMBLOR EN REPOSO Y SU FRECUENCIA EN OCASIONES ES MAS ALTA (6 A 12 CICLOS/SEGUNDO) EN COMPARACION CON 4 A 8 CICLOS/SEGUNDO PARA EL TEMBLOR (22).

CUANDO NO HAY TEMBLOR LA RIGIDEZ ES UNIFORME, Y ES LA LLAMADA " EN CAÑO DE PLOMO ". LA RIGIDEZ DE LOS MUSCULOS FACIALES HACE QUE LA CARA SEA INEXPRESIVA, CARACTERIZADA POR OJOS ABIERTOS Y QUE NO PARPADAN (18).

***TEMBLOR:**

POR LO GENERAL AFECTA A LOS MUSCULOS DISTALES, COMO LOS DE LA MANO, ANTEBRAZO O DEL PIE (16).

EL O LOS TEMBLORES DE LA MANO SON EL SINTOMA MAS COMUN DE LA ENFERMEDAD; DICHOS TEMBLORES SE DISEMINAN AL MIEMBRO INFERIOR IPSOLATERAL Y DESPUES A LOS MIEMBROS CONTRALATERALES. LA FUNCION MOTORA SE VE AFECTADA POR LA BRADICINESIA, EN VIRTUD DE LA CUAL CADA VEZ RESULTA MAS DIFICIL Y PROLONGADO LLEVAR A CABO ACTIVIDADES COMO LAS DE

AFEITARSE, CORTAR LOS ALIMENTOS Y ABOTONARSE UNA CAMISA (13).

SE PRESENTA DE MANERA CARACTERISTICA EN REPOSO Y DISMINUYE CON EL MOVIMIENTO, EMPEORA CON EL NERVIOSISMO, FATIGA, O EXCITACION (7).

CUANDO EL TEMBLOR ES MINIMO, LOS PACIENTES PUEDEN ALIVIARLO MEDIANTE RELAJACION O MOVIMIENTOS, O BIEN, OCULTANDOLO MANTENIENDO SUS MANOS EN LOS BOLSILLOS (18). EN CIERTOS MOMENTOS EL TEMBLOR PRODUCE MOVIMIENTOS DE FLEXION-EXTENSION DE DEDOS O MOVIMIENTOS DE PRONACION-SUPINACION DEL ANTEBRAZO; ES DECIR LA MOVILIZACION PASIVA DE LOS SEGMENTOS DEL MIEMBRO SE HACE POR SACUDIDAS, SI SE INTENTA SEPARAR EL ANTEBRAZO FLEXIONADO SOBRE EL BRAZO LA DECONTRACCION MUSCULAR SE HACE POR DICHAS SACUDIDAS (22).

EN OCASIONES SOLO EL PIE PUEDE ESTAR AFECTADO O TAMBIEN LA MANDIBULA Y LA LENGUA. LA FRECUENCIA DEL TEMBLOR VARIA DE 4 A 8 CICLOS/SEGUNDO (18).

LOS CAMBIOS CARACTERISTICOS EN LA ACTITUD DE LAS MANOS ES QUE ADEMAS PRESENTAN DEFORMIDADES ESQUELETICAS QUE SE SEMEJAN A LA ARTRITIS REUMATOIDE. EL PACIENTE MANTIENE LOS DEDOS

EXTENDIDOS CON LAS ARTICULACIONES METACARPO-
-FALANGICAS FLEXIONADAS APROXIMADAMENTE 30°. A
MENUDO PRESENTE ESTA UNA FLEXION DE LOS DEDOS DE
LOS PIES DE LAS FALANGES PROXIMALES (16).

***TRASTORNOS POSTURALES:**

LOS PIES DEL PACIENTE PARECEN DE FORMA SUBITA
QUE SE PEGAN AL SUELO CUANDO CAMINA Y ES INCAPAZ
DE LEVANTARLOS DURANTE UN MOMENTO, EL PACIENTE
SUFRE DE FESTINACION POR LO QUE TIENDE A INCLINARSE
CADA VEZ MAS.

UN HECHO LLAMATIVO ES QUE UN PACIENTE QUE SOLO
PUEDE CAMINAR MUY LENTAMENTE, PUEDE SER CAPAZ DE
CORRER BASTANTE LIGERO Y ESTE FENOMENO HA SIDO
LLAMADO "CINESIA PARADOJAL" (16). ES COMUN QUE LOS
PACIENTES EN OCASIONES SON INCAPACES DE PARARSE
SIN AYUDA Y TIENDEN A CAERSE SIN LAS REACCIONES
DEFENSIVAS USUALES. LAS CAIDAS INESPERADAS PUEDE
QUE SEAN EL SIGNO DE PRESENTACION DEL
PARKINSONISMO.

LA POSTURA INCLINADA CARACTERISTICA PUEDE
DESAPARECER CUANDO EL PACIENTE SE SIENTA EN UNA
SILLA APOYANDOSE EN EL RESPALDO O SE ACUESTA (13).

EL PACIENTE SE INCLINA HACIA UN LADO, CON UNA LATERALIZACION DEL TRONCO DE HASTA 10° A 15° DESDE LA POSICION VERTICAL CUANDO ESTA EN PIE (16).

LA "POSTURA FLEXIONADA" CONTRIBUYE A LOS FENOMENOS DE MARCHA EN ANTEROPULSION Y DE ACELERACION (APRESURADA).

•DISFUNCION AUTONOMA:

SURGE COMO CONSECUENCIA DE LA ENFERMEDAD Y ES UN FENOMENO COMUN EN PARKINSONIANOS DE EDAD AVANZADA, LOS SINTOMAS INCLUIRAN:

-CONTROL DEFECTUOSO DE VEJIGA:

HAY UN DISCRETO TRASTORNO DE LA MICCION, CON MICCION IMPERIOSA EN PARTICULAR EN VARONES ANCIANOS.

-ESTREÑIMIENTO INTENSO QUE A VECES CONDUCE A MEGACOLON Y OBSTRUCCION DEL INTESTINO GRUESO Y AUN A LAPAROTOMIAS INNECESARIAS.

-LA SEBORREA ES EVIDENTE Y EL PACIENTE PRESENTA UNA ERUPCION ERITEMATOSA Y ESCAMOSA DE LA PIEL. SOBRETUDO A LO LARGO DE LOS PLIEGUES NASOLABIALES TRAS LAS OREJAS, EN LAS CEJAS Y EN EL CUERO CABELLUDO (22).

***SINTOMAS VEGETATIVOS:**

SE MENCIONA QUE LOS ENFERMOS CON PARKINSON TOLERAN MEJOR EL FRIO QUE EL CALOR. RARA VEZ SE OBSERVA EDEMA Y CIANOSIS DE UN MIEMBRO (19).

***OTROS SINTOMAS (25):**

-TRASTORNOS MENTALES:

LA DEPRESION ES COMUN, EN ESPECIAL, EN PACIENTE QUE COMPRENDEN LA DECLINACION DE SUS FACULTADES.

-A MENUDO SE PRESENTA INERCIA, EL SUJETO LA RECONOCERA AUNQUE PARECE INCAPAZ DE HACER ALGO SOBRE ESTA.

-LA INSUFICIENCIA CEREBRAL CRONICA, DE GRADOS VARIABLES.

EN APROXIMADAMENTE UN TERCIO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON.

LA FASE MAS TARDIA DE LA ENFERMEDAD SE VE COMPLICADA POR UNA DEMENCIA GRADUAL.

EN UN PRINCIPIO EL PACIENTE PUEDE ESTAR OLVIDADIZO Y MOSTRAR UNA TENDENCIA A PRESENTAR EPISODIOS CONFUSIONALES MENORES QUE PUEDEN ATRIBUIRSE A LA MEDITACION.

EL PACIENTE PUEDE ESTAR IRRITABLE Y CONFUSO CON IDEAS PARANOIDES. MUCHOS PACIENTES PRESENTAN UN PATRON TIPICO DE ALUCINACIONES VISUALES COMPLEJAS. EL PACIENTE PUEDE VER A PERSONAS EXTRAÑAS CIRCULANDO A SU ALREDEDOR O AFIRMAN QUE HAN VISTO A UN FAMILIAR MUERTO. LA EXACERBACION INDUCIDA POR FARMACOS, LA DEMENCIA EN GENERAL DESAPARECE VARIOS DIAS DESPUES DE HABER INTERRUMPIDO EL AGENTE CAUSAL (27).

-PERDIDA DE PESO:

COMUN QUE 75% DE LOS PACIENTES CON PARKINSON ESTAN POR ABAJO DE SU PESO IDEAL (29).

LOS SINTOMAS SON INICIALMENTE LEVES Y PUEDEN PERSISTIR CON PEQUEÑOS CAMBIOS DURANTE 1 O 2 AÑOS (30).

SE SABE QUE LA GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGIA ESTA MUY INFLUIDA POR LOS FACTORES EMOCIONALES; A PESAR DE LA NATURALEZA PROGRESIVA DEL TRASTORNO EL TRATAMIENTO MEDICO PUEDE DAR BUENOS RESULTADOS, Y LOS PACIENTES PUEDEN LLEVAR DURANTE AÑOS UNA VIDA FELIZ Y PRODUCTIVA (4).

CAPITULO V: DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON:

5.1: GENERALIDADES:

EL DIAGNOSTICO DE PARKINSONISMO SE BASA FUNDAMENTALMENTE EN LA EXISTENCIA DE LA TRIADA DE TEMBLOR, RIGIDEZ Y BRADICINESIA ASI COMO LOS CARACTERISTICOS CAMBIOS POSTURALES, LA SEBORREA Y EL HABLA TAQUIFEMICA MONOTONA CONSTITUYEN UN CUADRO CLINICO DISTINTIVO. EN LOS CASOS PRECOCES CON HALLAZGOS FISICOS MINIMOS PUEDEN SER DIFICIL ESTABLECER UN DIAGNOSTICO; Y EL MEDICO PUEDE NECESITAR UNA REEVALUACION DESPUES DE CIERTO PERIODO DE TIEMPO.

LAS ETIOLOGIAS DEL PARKINSONISMO PUEDEN DETECTARSE EN BASE A LA HISTORIA CLINICA O A LA FALTA DE RESPUESTA POSITIVA A LA MEDICACION, COMO PUEDE OCURRIR TRAS UNA DEGENERACION DE ELEMENTOS POSTSINAPTICOS DE LOS GANGLIOS BASALES (11). POR TANTO; EL PARKINSONISMO EN UN PACIENTE JOVEN DEBE SUGERIR ENFERMEDAD DE WILSON. HAY QUE CONSIDERAR LA POSIBILIDAD DE ARTERIOESCLEROSIS CEREBRO VASCULAR EN EL PACIENTE ANCIANO (14).

5.2: ESTADIOS CLINICOS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON:

ESTA ESCALA FUE IDEADA POR HOEHN Y YAHR EN 1967 Y DESDE ENTONCES SIGUE EMPLEANDOSE PARA VALORAR LOS DIAGNOSTICOS DE LA ENFERMEDAD.

- I.- SIGNOS UNILATERALES.
- II.- SIGNOS Y SINTOMAS BILATERALES, AUSENCIA DE PROBLEMAS DE MARCHA O DEL EQUILIBRIO.
- III.- SIGNOS Y SINTOMAS BILATERALES. PROBLEMAS POSTURALES.
- IV.- ENFERMEDAD AVANZADA EN LA CUAL REQUIEREN AYUDA PARA DEAMBULAR (UN BASTON, UN AYUDADOR U OTRA PERSONA).
- V.- REQUIEREN LOS PACIENTES UNA SILLA DE RUEDAS O DEFINITIVAMENTE ESTAN CONFINADOS AL LECHO HASTA MORIR.

ESTA ESCALA ES IMPORTANTE PARA LA DECISION DE ADMINISTRAR UN FARMACO DETERMINADO.

RARAMENTE, LOS PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES PUEDEN PRESENTAR SINTOMAS QUE SIMULEN ENFERMEDAD DE PARKINSON, MAS A MENUDO, LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON PUEDEN MOSTRAR DE MANERA COINCIDENTE TUMORES CEREBRALES (19).

EL TEMBLOR AFECTA AL 5% DE LA POBLACION GENERAL (26). HAY QUE DIFERENCIAR EL TEMBLOR ESENCIAL QUE ES SIMETRICO Y SE VE MEJOR CON LOS BRAZOS EXTENDIDOS DEL TEMBLOR PARKINSONIANO QUE USUALMENTE ES ASIMETRICO Y MAS EVIDENTE EN REPOSO. EL TEMBLOR ESENCIAL ES MAS RAPIDO 4 A 11 C.P.S. Y EL DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON 3 A 4 C.P.S.

EL PACIENTE CUYA PRINCIPAL MOLESTIA ES LA RIGIDEZ DEBE SER EVALUADO PARA DETERMINAR SI LA RESISTENCIA PASIVA DEPENDE DE LA VELOCIDAD O LA DIRECCION (LA ESPASTICIDAD ES AFECTADA POR ESTOS PARAMETROS, NO ASI LA RIGIDEZ). LA ESPASTICIDAD SE ASOCIA CON ACCIDENTES CEREBROVASCULARES, TRAUMATISMOS ENCEFALOCRANEANOS, ESCLEROSIS MULTIPLES Y ENFERMEDADES EN LA MEDULA ESPINAL PERO NO CON LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (26)

CAPITULO VI: ANALISIS DE LABORATORIO:

6.1: ELECTROENCEFALOGRAMA (E.E.G.):

METODO UTIL PARA REGISTRAR LA ACTIVIDAD CEREBRAL Y SE REGISTRA O DE FORMA BIPOLAR, ES DECIR ENTRE DOS ELECTRODOS COLOCADOS EN EL CUERO CABELLUDO O DE FORMA UNIPOLAR ENTRE UN ELECTRODO LLAMADO DIFERENTE EN LA CABEZA Y OTRO ELECTRODO INDIFERENTE MAS ALEJADO, POR EJEMPLO EN EL LOBULO DE LA OREJA O, AUN MEJOR SOBRE LA NARIZ, EL MENTON O DOS PUNTOS SIMETRICOS DEL TORAX.

EL E.E.G. DE PACIENTES CON BRADICINESIA MARCADA Y DE LOS QUE PRESENTEN DEMENCIA PUEDEN DEMOSTRAR UNA LENTITUD ENTRE MODERADA E INTENSA Y UNA DESORGANIZACION DIFUSA.

LOS TRAZOS ELECTROENCEFALOGRAFICOS DEBEN REGISTRARSE DURANTE UN TIEMPO HABITUALMENTE LARGO PORQUE LA ACTIVIDAD DEL CEREBRO NO ES RITMICA..

6.2:BIOMETRIA HEMATICA:

LOS DATOS OBTENIDOS PUEDEN INCLUIR UNA LEVE ANEMIA MICROCTICA EN ALGUNOS CASOS, QUE PROBABLEMENTE REPRESENTA UNA MANIFESTACION INESPECIFICA DE ENFERMEDAD CRONICA (2).

6.3: RADIOGRAFIAS DEL TORAX:

MUESTRAN UNA LIGERA ESCOLIOSIS.

6.4: RADIOGRAFIAS DE CRANEO Y TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA (TAC) :

LA TOMOGRAFIA PUEDE AYUDAR A DEMOSTRAR MULTIPLES INFARTOS CEREBRALES PREVIOS, LOS PACIENTES CON DEMENCIA SIN EMBARGO; PUEDEN MOSTRAR CIERTA ATROFIA CORTICAL Y DILATACION VENTRICULAR.

6.5: ELECTROMIOGRAMA :

LAS DEFICIENCIAS MOTORAS DE LOS ENFERMOS DE PARKINSON SE PUEDEN ANALIZAR CUANTITATIVAMENTE LOS EXITOS TERAPEUTICOS ASI COMO LOS MECANISMOS PATOFISIOLOGICOS (1).

6.6: ESTUDIOS DINAMICOS DE LA DEGLUCION:

REVELAN UN PATRON ANORMAL CAUSADO POR RELAJACION RETARDADA DE LOS MUSCULOS CRICOFARINGEOS.

6.7: RADIOGRAFIA DE CONTRASTE DEL APARATO

GASTROINTESTINAL:

PONE DE MANIFIESTO EN GENERAL HIPOMOTILIDAD DE LOS INTESTINOS (9), RETRASO DEL VACIADO GASTRICO Y DIVERSOS GRADOS DE DISTINCION DEL INTESTINO DELGADO ASI COMO LA DETECCION DE MEGACOLON EN PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO INTENSO.

EL ENFERMO DE PARKINSON TIENE GRANDES DIFICULTADES EN SEGUIR CON EL DEDO ALGUNA SEÑAL LUMINOSA, DICHA PRUEBA ES LA LLAMADA "TRACKING" (5).

CAPITULO VII: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON:

ES IMPORTANTE DIFERENCIAR LA ENFERMEDAD DE PARKINSON DE OTROS PROCESOS QUE PUEDEN SIMULARLO:

7.1: ATERIOESCLEROSIS CEREBRAL:

MAS FRECUENTE EN HOMBRE QUE EN MUJER. SE MANIFIESTA GENERALMENTE HACIA LOS 60 AÑOS. A VECES ANTES (6). SE OBSERVAN SIGNOS Y SINTOMAS TALES COMO: RIGIDEZ MUSCULAR, FACIES FIJAS, ANDAR A PASOS PEQUEÑOS Y PARALISIS SEUDOBULBARES QUE HACEN SE CONFUNDAN CON LA ENFERMEDAD DE PARKINSON, PERO AQUELLOS QUE LA DIFERENCIAN SON LAS CEFALIAS PERSISTENTES, ZUMBIDO DE OIDOS, VERTIGO Y SOBRETUDO LA PRESENCIA DE CRISIS CONVULSIVAS (5); LA HIPERTENSION ARTERIAL Y LAS ALTERACIONES DEL FONDO DEL OJO SON FRECUENTES MAS NO CONSTANTES (24).

LOS SINTOMAS MAS LLAMATIVOS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON ES MAS PROBABLE QUE SEAN CONFUNDIDOS CON OTROS PROCESOS CAUSANTES:

7.2: TEMBLOR SENIL:

DIFIERE DEL TEMBLOR PARKINSONIANO POR SER MAS FINO Y SOBRETUDO MAS RAPIDO (13).

7.3: TEMBLOR FAMILIAR:

PUEDA COMENZAR EN LA INFANCIA Y HABITUALMENTE SE DESARROLLA DURANTE LOS PRIMEROS VEINTICINCO AÑOS DE VIDA, PUEDE SER FINO, RAPIDO O MAS LENTO ASI COMO GROSERO. ABARCA PRINCIPALMENTE MANOS, LABIOS Y LENGUA (10).

7.4: PARALISIS GENERAL:

UN SINTOMA DE LA PARALISIS GENERAL PROGRESIVA CONSISTE EN UN TEMBLOR RADICADO ESPECIALMENTE EN LA CARA, LENGUA Y MANOS, TEMBLOR FINO QUE AUMENTA CON LA MOTILIDAD VOLUNTARIA, LOS TRASTORNOS MENTALES, EL SIGNO O LOS SIGNOS DE LESION PIRAMIDAL Y LA REACCION DE WASSERMANN POSITIVA EN LA SANGRE Y EN EL LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO ADEMAS DEL SIGNO DE ARGYLL. ROBERTSON ESTABLECERAN LA DIFERENCIA ENTRE ESTE PROGRESO Y LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (16).

7.5: PARALISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA

(SINDROME DE STEELE RICHARDSON- OLSZEWSKI):

AFECTA A ANCIANOS EN EL MISMO PERIODO DE EDAD DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON; EXISTEN TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO Y MARCHA CON CAIDAS INESPERADAS, RIGIDEZ DEL CUELLO Y OTROS MUSCULOS DEL TRONCO, SIMULANDO ASI UNA ENFERMEDAD DE PARKINSON; ADEMAS EXISTEN

FACIES INEXPRESIVA, DISMINUCION DEL VOLUMEN DE LA VOZ, DISTONIA EN FLEXION EXTREMA O EXTENSION DEL CUELLO.

LA OFTALMOPLÉJIA ESTA CONSIDERADA COMO EL SIGNO CLINICO CARDINAL DE LA ENFERMEDAD. POR TANTO; AL EVOLUCIONAR LA ENFERMEDAD CADA SIGNO Y SINTOMA SE HACEN CADA VEZ MAS CRONICOS (10).

7.6: ARTRITIS MULTIPLE:

LA RIGIDEZ DEBIDA A UNA ENFERMEDAD ARTICULAR SIMULA OCASIONALMENTE UN PARKINSONISMO, ESPECIALMENTE CUANDO SE HALLAN AFECTADAS LAS ARTICULACIONES VERTEBRALES.

LA FLEXION DE LA COLUMNA Y LA INMOVILIDAD DE LA CABEZA PUEDEN SER A PRIMERA VISTA EQUIVOCAS, SIN EMBARGO, EN ESTOS CASOS EL DOLOR ES INTENSO HABITUALMENTE EN ALGUN PERIODO DE LA ENFERMEDAD, SIENDO FACIL DEMOSTRAR QUE LA RIGIDEZ ES DE ORIGEN OSEO Y NO MUSCULAR (25).

7.7: ESCLEROSIS MULTIPLE:

TAMBIEN LLAMADA ESCLEROSIS DISEMINADA, Y ES UNA ENFERMEDAD LENTAMENTE PROGRESIVA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (15). EL TEMBLOR ES FRECUENTE, FALTA CUANDO EL MIEMBRO ESTA EN REPOSO Y SOLO SE PRODUCE DURANTE LOS MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS, AUMENTANDO CUANDO EL MIEMBRO SE APROXIMA A SU OBJETIVO.

EN ESTOS ASPECTOS, ES OPUESTO AL TEMBLOR PARKINSONIANO QUE SE PRESENTA EN REPOSO Y DISMINUYE CON EL MOVIMIENTO (16). EN ESTA ENFERMEDAD HAY HABITUALMENTE NISTAGMO Y SIGNOS DE LESION PIRAMIDAL; QUE LO DISTINGUEN DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (26).

7.8: ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:

ES UN PROCESO DEGENERATIVO, EL CEREBRO PRESENTA ATROFIA PRONUNCIADA (15). APARECE DESPUES DE LOS 65 AÑOS. EXISTEN TRASTORNOS DE LA MARCHA, LA CUAL ES LENTA Y TORPE ASI COMO EXISTEN ALTERACIONES EN EL LENGUAJE, HIPOCINESIA SIN TEMBLOR. SE DIFERENCIAN DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON YA QUE EXISTE DEMENCIA Y PERDIDA DE LA MEMORIA, LAS CUALES EVOLUCIONAN PROGRESIVAMENTE, SE OBSERVA ADEMAS APATIA, EPISODIOS DE AGRESIVIDAD Y DESCONTROL (27).

7.9: ENFERMEDAD DE WILSON:

TRASTORNO GENETICO (2) QUE SE HEREDA EN FORMA AUTOSOMICA RECESIVA (5), EL COBRE SE ACUMULA EN HIGADO, CEREBRO Y CORNEA (3). SE ASOCIA A CIRROSIS HEPATICA Y CAMBIOS DEGENERATIVOS EN LOS GANGLIOS BASALES. LAS MANIFESTACIONES INCLUYEN A MENUDO TEMBLOR ASIMETRICO, RIGIDEZ Y ESPASMOS MUSCULARES. A VECES EXISTEN MOVIMIENTOS DISARTRIA, DISFAGIA Y CONVULSIONES.

PUEDE DIFERENCIARSE DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON PORQUE SE PRODUCEN ALTERACIONES DE CONDUCTA Y CAMBIOS DE PERSONALIDAD (6).

7.10: COREA DE HUNTINGTON:

TRASTORNO AUTOSOMICO DOMINANTE QUE SE CARACTERIZA POR COREA Y ALTERACIONES PSIQUIATRICAS COMO CAMBIO DE PERSONALIDAD, PSICOSIS O DEPRESION.

LOS PACIENTES DESARROLLAN TRASTORNOS DE LA MARCHA Y UN HABLA FARFULLANTE (DISARTRIA) QUE LA LOGRAN CONFUNDIR CON LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.

CAPITULO VIII: MANIFESTACIONES BUCALES DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON:

8.1: MANIFESTACIONES GENERALES:

EL TEMBLOR QUE SE PRESENTA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON AFECTA A LA MANDIBULA (6), Y CUANDO SE HALLAN INVOLUCRADOS LOS MUSCULOS MANDIBULARES, SE OBSERVA APERTURA Y CIERRE RITMICO DE LA BOCA, Y EN LA LENGUA EL TEMBLOR ADOPTA UNA FORMA DE PROPULSION Y RETIRADA (10). EL TEMBLOR INTENCIONAL DE LA MANDIBULA Y CABEZA EMPEORA FRECUENTEMENTE CUANDO SE PIDE AL PACIENTE QUE REALICE MOVIMIENTOS MANDIBULARES ESPECIFICOS, COMO LO ES EL REGISTRO DE MORDIDA PARA LAS DENTADURAS; ESTOS TEMBLORES PUEDEN SER MENOS INTENSOS CUANDO EL PACIENTE ESTA RELAJADO. EN PACIENTES CON UNA DENTACION NATURAL LOS MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS DE LA MANDIBULA PUEDEN DESTRUIR LA DENTACION.

LOS MOVIMIENTOS LINGUALES REPETITIVOS Y EL TONO MUSCULAR EN LA LENGUA DAN LUGAR A TRAUMATISMOS DE LA MUCOSA LINGUAL ASI COMO ULCERACION DE LA LENGUA.

HABRA PACIENTES QUE SE QUEJARAN DE SENSACIONES URENTES (23).

8.2: HIPERSALIVACION (25):

LA DEGLUCION ALTERADA HACE QUE SE ACUMULE SALIVA DENTRO DE LA BOCA Y PROVOCA BABEO (26). LA SALIVA ESCAPA POR LAS COMISURAS DE LOS LABIOS Y ESTO SE DEBE AL TEMBLOR QUE SE PRESENTA EN LABIOS (66).

ES CONSIDERADA COMO UNA FAZ AVANZADA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (27).

NUMEROSAS MEDICACIONES UTILIZADAS EN EL TRATAMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD AISLADAMENTE O EN COMBINACION PRODUCEN UNA CONSIDERABLE INHIBICION DEL FLUJO SALIVAL, MIENTRAS QUE OTROS PRODUCEN XEROSTOMIA, LA CUAL CONTRIBUYE A SENSACION DE QUEMAZON EN BOCA (28).

8.3: DISFAGIA:

ES COMUN EN AQUELLOS CON PARKINSONISMO (26). EXISTE DIFICULTAD EN INGERIR CANTIDADES SUFICIENTES DE ALIMENTOS Y RIESGO DE ASPIRACION Y BRONCONEUMONIA SECUNDARIA. LA INCAPACIDAD DE RELAJARSE DE LOS MUSCULOS CRICOFARINGEOS PARECE DIFICULTAR LA DEGLUCION.

EL PACIENTE PUEDE SEÑALAR LA LARINGE Y EXPLICAR QUE LOS ALIMENTOS QUEDAN DETENIDOS EN ESE PUNTO (31).

8.4: INFECCIONES:

PUEDE PRODUCIRSE EN PACIENTES CON XEROSTOMIA INDUCIDA POR FARMACOS UNA CANDIDIASIS O PAROTIDITIS SUPURADA (18).

8.5: PLACA DENTOBACTERIANA:

PRESENCIA SOBRETUDO EN LAS PARTES CORONARIAS Y OCLUSALES DE LAS PIEZAS DENTALES (18).

8.6: ENFERMEDAD PARODONTAL:

DEBIDA A LA ACUMULACION DE LA PLACA DENTOBACTERIANA (19).

8.7: CARIES:

PUEDE SER CERVICAL, A MENUDO ESTAN EN EL CEMENTO, TIENDEN A SER PROFUNDAS CON AMPLIACION PULPAR PRECOZ Y POR TANTO LLEGAN A NECESITAR ENDODONCIA (25).

8.8: DEGENERACION DE LAS GLANDULAS SALIVALES:

TIENEN MENOR PODER BACTERIOSTATICO DE LA SALIVA Y, COMO CONSECUENCIA MENOR LUBRICACION DE LA BOCA (18).

8.9: DENTICION CON ANORMALIDADES MORFOLOGICAS:

DEBIDO A LOS RECHINAMIENTOS Y HABITOS BRUXISTICOS SE PRODUCE UNA RAPIDA ABRASION DE LAS SUPERFICIES INCISALES Y OCLUSALES: POR TANTO, HAY PERDIDA DE LA DIMENSION VERTICAL, SUELE IR ACOMPAÑADO DE HIPERCEMENTOSIS (12) DANDO COMO RESULTADO A SU VEZ UNA ESTETICA POBRE.

CAPITULO IX: ACTITUD DEL CIRUJANO DENTISTA ANTE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON:

A) TRATAMIENTO DENTAL:

9.1: GENERALIDADES:

HISTORIA CLINICA:

ES IMPORTANTE COMUNICARSE CON EL PACIENTE PARA ADEMAS DE ENTABLAR UNA RELACION DE TRABAJO OPTIMA BASADA EN LA OBTENCION DE SU CONFIANZA Y NO SOLAMENTE DEL PACIENTE SINO QUE TAMBIEN DE LA PERSONA QUE ESTE A SU CUIDADO, O FAMILIAR MAS CERCANO SE DEBEN RECABAR DATOS BASICOS PARA NUESTRO PLAN DE TRATAMIENTO, ES NECESARIO PROCEDER CON LOGICA, TODA ETICA PROFESIONAL Y SI EL PACIENTE LO PERMITE SIN OMITIR DETALLE ALGUNO QUE SEA IMPORTANTE, ESTO SIN EJERCER PRESION ALGUNA SOBRE NUESTRO PACIENTE.

CON FRECUENCIA LOS ANTECEDENTES DENTALES SON DE CONSIDERABLE SIGNIFICADO PORQUE EN BASE A ELLOS SABEMOS QUE TANTO EXITO SE OBTUVO AL EMPLEAR CIERTO MATERIAL, TECNICA Y SOBRETUDO LA ACTITUD QUE ASUMIO NUESTRO PACIENTE. EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON, PUEDE HABER DEPRESION COMO REACCION AL AVANCE GENERAL DE LA ENFERMEDAD O LA FALTA DE EXITO DEL TRATAMIENTO, POR LO QUE OCURREN

TRASTORNOS EMOCIONALES QUE SUELEN INTENSIFICAR LOS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD.

SI ESTOS PACIENTES CONCURREN REGULARMENTE AL CONSULTORIO PRIVADO DEL ODONTOLOGO HABRA QUE OBSERVAR LOS SINTOMAS.

LA ACTTUD DEL CIRUJANO DENTISTA DEBE SER ESTIMULANTE Y REFLEJAR UN INTERES GENUINO EN LA DOLENCIA Y BIENESTAR DEL PACIENTE.

A CONTINUACION SE MUESTRA UN TIPO DE HISTORIA CLINICA QUE PODRIAMOS TOMAR COMO MODELO PARA ELABORAR LA PROPIA (10).

INFORMACION HISTORICA DEL PACIENTE (INFORMACION CONFIDENCIAL PARA NUESTRO CAMPO)

FOLIO

NOMBRE EDAD FECHA DE NACIMIENTO.....DIRECCION:
..... TELEFONO PARTICULAR:DIRECCION DE OFICINA:
..... TELEFONO DEL TRABAJO OCUPACION:
..... CUANDO FUE SU ULTIMA VISITA AL DENTISTA?

POR FAVOR INDIQUE SI O NO:

ESTA BAJO ALGUN TRATAMIENTO MEDICO ?

QUE TIPO DE MEDICAMENTO ESTA TOMANDO ?.....PADECE ALERGIA

A ALGUN ANESTESICO ? ESTA BAJO EL CUIDADO DE UN

PSIQUIATRA ?INDIQUE FECHA DE INICIO ACEPTA EL TRATAMIENTO DENTAL ?

FIRMA FECHA:

FIRMA DE FAMILIA QUE ASUME LA REPONSIVA:

DENTRO DE LA HISTORIA CLINICA NO DEBEMOS PASAR POR ALTO LOS ASPECTOS LEGALES TALES COMO ANTES DE LLEVAR A CABO NUESTRO TRATAMIENTO PEDIR AL PACIENTE QUE SU MEDICO GENERAL MANDE AUTORIZACION PARA DICHO TRATAMIENTO, Y UNA VEZ OBTENIDO AHORA CORRESPONDE AL PACIENTE FIRMAR LA HISTORIA CLINICA EN LA CUAL ACEPTA EL TRATAMIENTO ASI COMO LAS CONDICIONES EN QUE SE VA A LLEVAR A CABO, PODEMOS TAMBIEN PEDIR A ALGUN FAMILIAR CERCANO FIRME LA HISTORIA CLINICA

XEROSTOMIA:

LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS OCASIONAN SEQUEDAD DE LA BOCA Y SI EN EL EXAMEN BUCAL DE UN PARKINSONIANO SE OBSERVA QUE LOS TEJIDOS BUCALES ESTAN EXCESIVAMENTE SECOS, HAY QUE NOTIFICARLO AL MEDICO GENERAL DEL PACIENTE, EL CUAL REDUCIRA LA CANTIDAD DE MEDICAMENTO O BIEN, LO CAMBIARA POR OTRO MAS ADECUADO. OCASIONALMENTE A LOS ENFERMOS CON BOCAS SECAS SE LES INDICA QUE CHUPEN CARAMELOS DE LIMON O LIMA, EL CUAL TIENE COMO CONSECUENCIA DESCALCIFICAR EL ESMALTE Y AUMENTAR LA INCIDENCIA DE CARIES. EL ODONTOLOGO DEBE EXAMINAR REGULARMENTE Y TOMAR PRECAUCIONES O MEDIDAS NECESARIAS PARA PREVENIR LA DESTRUCCION DE LOS DIENTES POR CARIES. EVITAR PRECISAMENTE LOS DULCES O GRAN INGESTA DE CARBOHIDRATOS, ADEMAS DE LOS PROTECTORES BUCALES (COMO MAS ADELANTE SE IRA EXPLICANDO LA REHABILITACION BUCAL DEL PACIENTE).

9.2: ELIMINACION DE LA PLACA DENTOBACTERIANA:

EN ESTE MOMENTO, EL UNICO MEDIO EFICAZ PARA ELIMINAR LA PLACA DE LAS PARTES CORONARIAS Y OCLUSALES DE LOS DIENTES ASI COMO DE LA UNION CON LOS TEJIDOS PERIODONTALES ES MEDIANTE METODOS MECANICOS, COMO LO ES EL CEPILLADO DENTARIO Y EL USO DEL HILO DE SEDA DENTAL. INFORTUNADAMENTE, ESTO REQUIERE LA PARTICIPACION ACTIVA DEL PACIENTE EN FORMA REGULAR. DE TODAS MANERAS, VISTO LA MAYOR CONCIENCIA PUBLICA Y UNA CANTIDAD CRECIENTE DE PROFESIONALES COMPROMETIDOS EN UN SISTEMA DE PREVENCION DE LA SALUD, LOS METODOS MECANICOS DE ELIMINACION DE PLACA DEBEN SER ENSEÑADOS A TODOS LOS PACIENTES DISPUESTOS A APRENDERLOS Y PRACTICARLOS COTIDIANAMENTE; ASI MISMO SI EXISTE ALGUIEN QUE DE POR SI AUXILIE AL PACIENTE PARKINSONIANO SE LE ENSEÑARAN DICHS METODOS.

A): DISPOSITIVOS Y MATERIALES:

SE SUGIERE UNA CANTIDAD MINIMA DE MATERIALES, CONSISTENTE EN SOLUCION REVELANTE, UN CEPILLO, HILO SEDA DENTAL, PORTAHILO Y ABREBOCAS.
LAS SOLUCIONES REVELANTES AYUDAN A IDENTIFICAR LA PLACA DENTOBACTERIANA, Y PUEDEN COLOCARSE DIRECTAMENTE EN BOCA Y PASARLAS ALREDEDOR DE CADA PIEZA DENTAL O PINTARLAS CON UN ISOPO DE ALGODON.

LAS RECOMENDACIONES PARA LA SELECCION DE UN CEPILLO DEBEN ADAPTARSE A LA SALUD DENTAL Y A LA DESTREZA MANUAL DEL PACIENTE INDIVIDUAL. LOS CEPILLOS MECANICOS SON RECOMENDADOS PARA AQUELLOS PACIENTES QUE TIENEN DIFICULTAD CON EL CEPILLO MANUAL CONVENCIONAL.

EN LOS CEPILLOS MECANICOS O MANUALES SE PUEDEN MODIFICAR LA ANGULACION DEL MANGO AGREGANDO UNA AGARRADERA COMO LAS DE MANUBRIO DE BICICLETA, ESPUMA DE GOMA O CINTA Y MEJORAR LA FORMA DE EMPUÑARLO CON UNA BANDA VELCRO.

DEBIDO AL ALINEAMIENTO Y CERCANA PROXIMIDAD DE LOS DIENTES EN EL ARCO, EL CEPILLADO TIENE POCO EFECTO EN LA ELIMINACION DE LA PLACA EN ZONAS INTERPROXIMALES, PARA LIMPIAR ESTAS ZONAS HAY QUE USAR HILO DENTAL DE SEDA DENTAL. AUNQUE SE DISCUTE SI DEBE DE SER O NO ENCERADO Y PARA FACILITARSE AL PACIENTE PARKINSONIANO SE USA PORTAHILO.

EXISTEN ABREBOCAS COMERCIALES PARA AYUDAR A LA TAREA DE ELIMINAR LA PLACA. SI EL PACIENTE NO ABRE LA BOCA, SE PUEDE GOLPEAR SUAVEMENTE LOS CARRILLOS Y EL BORDE INFERIOR DE LA MANDIBULA; SI ESTO NO DA RESULTADO SE PUEDE APRETAR LAS ALAS DE LA NARIZ O LLEVAR UN DEDO A LO LARGO DE LA PARTE INTERNA DEL CARRILLO HASTA LA RAMA, DONDE SE EJERCE LEVE PRESION. CON UNA DE ESTAS TECNICAS LOS ARCOS DEBEN SEPARARSE Y EL ABREBOCAS SE PUEDE MOVER A SU POSICION ENTRE LOS DOS ARCOS. CON EL ABREBOCAS EN SU LUGAR DEBE LIMPIARSE LOS DIENTES EN EL LADO OPUESTO, SUPERIORES E INFERIORES ANTES DE PASAR EL ABREBOCAS AL OTRO LADO. EN LUGAR DE ABREBOCAS SE PUEDE CONFECCIONAR UNO BARATO.

UNIENDO CINCO O SEIS ABATELENGUAS CON CINTA ADHESIVA. EL DENTRIFICO SE HA OMITIDO DELIBERADAMENTE DE LA LISTA DE MATERIALES A UTILIZAR EN LA ELIMINACION DE LA PLACA DENTOBACTERIANA, YA QUE DISMINUYE LA VISIBILIDAD DE LA BOCA Y AUMENTA LOS REFLEJOS EN LA ARCADA ADEMÁS DE QUE SE NECESITA UNA PILETA PARA ENJUAGARSE Y ESCUPIR EL DENTRIFICO RESIDUAL.

SI POR EL HABITO SOCIAL O PRESION SOCIAL HAY NECESIDAD DE USAR UN DENTRIFICO; SE PUEDE COLOCAR UNA CANTIDAD MUY PEQUEÑA EN EL CEPILLO.

PARA LA EXPECTORACION DE LA MAYOR CANTIDAD DE SALIVA ESTIMULADA POR EL CEPILLADO SERA DIFICIL POR LO QUE SE USARAN PERILLAS O JERINGAS IRRIGADOR DE PLASTICO PARA ENJUAGAR LA BOCA Y ELIMINAR LO QUE DEBE ESCUPIRSE.

EXISTE UN APARATO DE SUCCION PORTATIL CON PUNTAS DESCARGABLES Y AYUDA MUCHO EN CUANTO AL PROCESO DE LIMPIAR LOS DIENTES.

B): POSICION:

SI EL PACIENTE ES INCAPAZ DE MANIPULAR EL CEPILLADO EN ESTOS CASOS SE COLOCA AL PACIENTE EN POSICION ADECUADA, ES DECIR, "ACOSTADA" FACILITANDO EL PROCESO DE LIMPIEZA. PARA PACIENTES CON MOVIMIENTOS INCONTROLABLES, DEBEN USARSE DISPOSITIVOS INMOVILIZADORES Y EL ABREBOCAS. COMO SE SABE HAY VARIAS TECNICAS DE CEPILLADO, POR EJEMPLO , LA VERTICAL, HORIZONTAL, ROTATORIO, VIBRATORIO ETC... SE SUGIERE QUE SI

UN PACIENTE CONSIGUE UN RESULTADO ACEPTABLE, CON UNA TECNICA, EL DENTISTA NO DEBERA MODIFICARLA, PARA COMPROBAR LA EFICACIA DEL CEPILLADO ADEMAS DE LA SOLUCION REVELADORA SE ACEPTA UN CEPILLADO ADICIONAL.

C: FRECUENCIA:

ES IMPORTANTE HACER RECOMENDACIONES RESPECTO A LA FRECUENCIA CON BASE AL CASO INDIVIDUAL DE CADA PACIENTE, TENIENDO EN MENTE QUE ES PREFERIBLE UNA BUENA LIMPIEZA AL MENOS UNA VEZ AL DIA QUE UNA CANTIDAD DE CEPILLADOS INADECUADOS DURANTE EL DIA. SI LA LIMPIEZA VA A QUEDAR LIMITADA UNA VEZ AL DIA, EL MOMENTO PREFERIBLE ES POR LA NOCHE, ANTES DE DORMIR. ESTUDIOS RECIENTES HAN INFORMADO QUE EL FLUJO SALIVAL CESA VIRTUALMENTE DURANTE EL SUEÑO, PERMITIENDO LA MAYOR CANTIDAD DE CRECIMIENTO Y ACTIVIDAD MICROBIANA, POR TANTO, ELIMINANDO LA PLACA DENTOBACTERIANA Y RESTOS DE ALIMENTOS ANTES DE DORMIR, SE SUPRIME EL SUSTRATO BACTERIANO (25).

9.3: SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS.:

FRENTE A LA POBRE HIGIENE QUE TIENEN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON (E.P.), EL SELLADO DE FOSAS Y FISURAS DE LAS PIEZAS DENTALES POSTERIORES ESTA INDICADO INDUDABLEMENTE, POR SU EFECTIVIDAD PARA REDUCIR CARIES CUANDO SE PRESENTE ALGUN PACIENTE CON

ENFERMEDAD DE PARKINSON EN UN ESTADIO IV O V SE REQUIERE ENTONCES DE ANESTESIA GENERAL PARA LA REHABILITACION TOTAL DE SU BOCA, TODAS LAS SUPERFICIES NO CARIADAS DEBEN SER SELLADAS EN ESE MOMENTO. POR ULTIMO, LOS SELLANTES DEBEN SER EXAMINADOS REGULARMENTE Y REAPLICADOS CUANDO SE PERDEN.

9.4: TERAPIA CON FLUORURO:

SON EFICACES EN LA REDUCCION DE CARIES. COMERCIALMENTE SE CONSIGUEN EN VARIAS FORMAS Y LOS GELES PARECEN ACTUAR MUCHO MEJOR. SU APLICACION ES IDEAL EN AQUELLOS CASOS EN QUE EXISTE RECESION GINGIVAL ACOMPAÑADO DE SENSIBILIDAD, ESTO DEBERA SER DIARIO DESPUES DE UNA LIMPIEZA MINUCIOSA. LA EDAD PERMITIDA PODRA SER AUN ANTES DE LOS 70 AÑOS Y EN UN ESTADIO III O IV.

9.5: TRATAMIENTO RESTAURATIVO O CONSERVADOR:

LOS DIENTES QUE REQUIEREN RESTAURACION: POR LO GENERAL SE PUEDEN CON PROCEDIMIENTOS CONVENCIONALES (6). LA REPARACION DE RESTAURACIONES TIENE LA VENTAJA DE QUE SE PUEDE EVITAR LA REMOCION TOTAL DE ANTIGUOS LLENADOS INTENTANDO SU REEMPLAZAMIENTO QUE POR LO CONSIGUIENTE SE ACOMPAÑA DE MAYOR PERDIDA DE ESTRUCTURA DENTAL, MAS DEBILITAMIENTO Y REDUCCION DE LA EXPECTACION DE VIDA DEL DIENTE. Y EN LOS PACIENTES ENFERMOS CON PARKINSON ES IMPORTANTE CONSERVAR LOS MUCHOS O POCOS DIENTES QUE TENGAN.

SABEMOS QUE LAS POSIBILIDADES DE UN DAÑO ACCIDENTAL TALES COMO ALGUNA LACERACION, ASPIRACION DE RESTOS O INSTRUMENTOS LAS EVITAMOS MEDIANTE EL USO DE DIQUE DE GOMA; Y EN ESTE CASO NO ES PRACTICO EMPLEARLO PUES SOLO HACEMOS QUE EL PACIENTE SE SIENTA AFLIGIDO ADEMAS DE SER UNA DESVENTAJA LOS MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS DE LA LENGUA Y MANDIBULA.

EN CONCLUSION; ES MEJOR EMPLEAR ESPEJOS IRROMPIBLES DE ACERO, YA QUE LOS MOVIMIENTOS REPENTINOS (YA MENCIONADOS), PODRIAN RESULTAR EN LA FRACTURA DE UN ESPEJO DE VIDRIO. ADEMAS CUANDO SE USAN " CLAMPS " PARA DIQUES DE GOMA O GASAS EN BOCA, ES MEJOR SE ASEGUREN CON UN TROZO LARGO DE HILO DE SEDA DENTAL QUE SE EXTIENDA FUERA DE LA BOCA PARA RETIRARLOS INMEDIATAMENTE EN CASO DE QUE TRAGEN (1).

POR CIERTO, LA APLICACION DE UN BLOQUEADOR LOCAL SE PODRA REALIZAR Y, PARA ESTO EL ODONTOLOGO DEBERA TENER UN CONTROL FIRME DE LA CABEZA DEL PACIENTE.

HAY MUCHAS FORMAS DE INMOVILIZAR AL PACIENTE, COMO LO ES LA TECNICA DE LA SABANA, EL PEDI-WRAP, CINTURONES PARA SILLON. PARA INMOVILIZAR MAXILARES EXISTEN ABREBOCAS COMO EL MOLT, MCKENSON, DEDALES INTEROCUSALES. ADEMAS SE PUEDEN CONFECCIONAR BLOQUES DE MORDIDA DE ACRILICO ESPECIALES, UN DEDAL DE SASTRE BASTARA COMO PROTECTOR.

CARIES DENTAL:

EN EL CASO DE CARIES CERVICALES LA RESTAURACION SE LOGRA CON AMALGAMA O LOS COMPONENTES (86). EN LO QUE RESPECTA A LA RESTAURACION CON AMALGA ES ESENCIAL CONSERVAR UN CAMPO SECO, Y ESTO PARA EL ODONTOLOGO ES UNA DESVENTAJA POR LA CONSTANTE SALIVACION, ASI QUE HAY CASOS EN LOS QUE NO ES POSIBLE CONSERVAR UN CAMPO SECO, DEBEN UTILIZARSE OTROS MATERIALES EN LOS QUE NO SEA CRITICA LA AUSENCIA DE HUMEDAD COMO LO ES EL IONOMERO DE VIDRIO YA QUE SE UNE A LA ESTRUCTURA DENTARIA Y SE MOLDEA FACILMENTE ASI COMO SATISFACTORIAMENTE DA UNA BUENA RESPUESTA GINGIVAL. POR MEDIO DE UNA SOLUCION LIMPIADORA O ALCOHOL SE ELIMINA LA PELICULA ADQUIRIDA, DEBE EVITARSE PULIR LA SUPERFICIE CON FRESAS O PIEDRAS, SI SE CUBRE LO RESTAURADO CON BARNIZ DE COPAL SE AYUDA A AISLAR LA HUMEDAD AL IONOMERO, EL CUAL NO SE ENDURECE POR COMPLETO EN 24 HORAS, EL EXCESO SE ELIMINA CON UNA SONDA, LA RESTAURACION NO DEBE TOCARSE DURANTE 24 HORAS POR LO MENOS, ANTES DE PULIR LOS DIENTES.

ATRICION Y ABRASION:

SI SE DESCUBREN ANTES QUE HAYA UN DAÑO SERIO Y SI EL PACIENTE ACEPTA ADEMAS DE TOLERAR UN APARATO INTRABUCAL, SE PUEDEN UTILIZAR FERULAS O PROTECTOR BUCAL NOCTURNO DE VINILO O ACRILICO (1).

SI HAY UN DESGASTE CONSIDERABLE, PUEDEN SER NECESARIO RESTAURAR LOS DIENTES CON ESPIGAS, Y UNA BASE O NUCLEO DE RESINA O AMALGAMA ANTES DE HACER LA PREPARACION DE LA CORONA. CUANDO ESTO NO ES POSIBLE SE HACE ENTONCES ENDODONCIA Y SE COLOCAN CORONAS AHORA, SINO DE LO CONTRARIO SE PUEDEN CUBRIR CON UNA CAPA DE IONOMERO DE VIDRIO Y POR LOGICA RESULTA MAS ECONOMICO QUE UNA CORONA AL IGUAL QUE LAS CORONAS PREFORMADAS DE POLICARBONATO.

ANTES DE COLOCAR O BIEN REALIZAR UNA PROTESIS EN UNA PERSONA PARCIALMENTE DESDENTADA DEBE HACERSE UNA PLACA TEMPORAL DE PLASTICO QUE EL PACIENTE PUEDA USAR HASTA QUE SE SIENTA COMODO, DESAFORTUNADAMENTE REQUIERE TIEMPO, PACIENCIA, HABILIDAD PARA ASI LOGRAR OPTIMOS RESULTADOS. DE IGUAL FORMA ES MEJOR RECOMENDAR QUE SEAN REMOVIBLES POR SUS CONDICIONES DE HIGIENE, ECONOMICO. LA UTILIZACION DE ACRILICOS RADIOOPACOS ES UNA AYUDA PARA LOCALIZAR FRAGMENTOS QUE PUDIERAN SE INHALADOS O TRAGADOS.

9.6: TRATAMIENTO GENERAL PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON:

PSICOTERAPIA:

EXPLICAR AL ENFERMO, PESE A LAS APARIENCIAS ES PSIQUICAMENTE NORMAL Y CONSERVE EL MAYOR TIEMPO POSIBLE TODA SU ACTIVIDAD. EVITAR EMOCIONES QUE AGRAVEN LA ENFERMEDAD.

MASAJES:

MASAJES Y LOS MOVIMIENTOS PASIVOS TIENEN UN EFECTO FAVORABLE PERO TRANSITORIO SOBRE LA RIGIDEZ MUSCULAR .

9.7: FARMACOS UTILIZADOS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON:

A) AGENTES BLOQUEADORES COLINERGICOS:

*** MECANISMO DE ACCION:**

SUPRIMEN O REDUCEN LOS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD COMO SON: TEMBLORES, RIGIDEZ Y SU ADMINISTRACION PRODUCE MEJORIA EN LA MOTILIDAD; EN

LA COORDINACION MUSCULAR Y EN LA ACTIVIDAD MOTORA (14).

DICHO EFECTO CENTRAL SE LE ATRIBUYE A LA INTERFERENCIA CON LA ACCION DE LA ACETIL-COLINA SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (15).

LOS ANTICOLINERGICOS BLOQUEAN LA RECAPTACION DE DOPAMINA POR TERMINACIONES NERVIOSAS EN EL CUERPO ESTRIADO Y DE ESTA MANERA TORNAR MAYOR CANTIDAD DEL TRANSMISOR. DISPONIBLE PARA LOS RECEPTORES SUGIERE UNA SEGUNDA POSIBILIDAD PARA EL MECANISMO DE ACCION (16).

***USOS TERAPEUTICOS:**

SON EFECTIVOS EN EL TRATAMIENTO DEL TEMBLOR, RIGIDEZ LEVES EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON Y SON MAS EFECTIVOS EN COMBINACION CON LEVODOPA (3). EL TEMBLOR SE REDUCE EN UN 25%. UN EFECTO ANTICOLINERGICO ES INHIBIR LA SALIVACION (3).

***INTERACCIONES FARMACOLOGICAS:**

LOS AGENTES ANTICOLINERGICOS RETARDAN EL VACIAMIENTO GASTRICO Y POR TANTO INTERFIEREN CON LA ABSORCION DE LA LEVODOPA O LOS NEUROLEPTICOS,

**SON FARMACOS QUE SON ABSORBIDOS EN EL DUODENO Y
DESTRUIDOS EN EL ESTOMAGO (9).**

***PREPARADOS Y DOSIS:**

PRESENTACIONES. TABLETAS, CAPSULAS,
AMPOLLAS (10).

EL TRATAMIENTO DEBE COMENZAR CON UNA DOSIS
PEQUEÑA Y AUMENTAR LA CANTIDAD LEVEMENTE HASTA
EL LIMITE DE TOLERANCIA O HASTA LA DOSIS
RECOMENDADA (8).

LAS DOSIS BUCALES SERAN ADMINISTRADAS 2 O 3 VECES AL
DIA.

***CONTRAINDICACIONES:**

GLAUCOMA, TAQUICARDIA, OBSTRUCCION PARCIAL
DE LOS TRACTOS GASTROINTESTINAL Y BILIAR Y EN
HIPERTROFIA PROSTATICA. ASI COMO HIPERTENSION,
ENFERMEDAD CARDIACA O EVIDENCIA DE TRASTORNOS
MENTALES (14).

***REACCIONES ADVERSAS:**

NAUSEAS, VOMITOS, DIFICULTAD PARA ORINAR, RETENCION URINARIA (1), SEQUEDAD Y ULCERACIONES DE LA LENGUA Y MUCOSA ORAL (2), LAS DOSIS EXCESIVAS PRODUCEN AGITACION, REACCIONES PSICOTICAS Y ALUCINACIONES (2).

***AGENTES ANTICOLINERGICOS (2):**

-MESILATO DE BENZOTROPINA:

ANTICOLINERGICO SINTETICO, CON PROPIEDADES ANTIHISTAMINICAS Y DE ANESTESICO LOCAL, DE ACCION PROLONGADA. EL EFECTO TOTAL SE ESTABLECE EN 2 A 3 DIAS.

UTIL EN LOS TEMBLORES, RIGIDEZ MUSCULAR SOBRETODA A LA HORA DE DORMIR PARA LOGRAR UN ALIVIO DURANTE TODA LA NOCHE.

DOSIFICACION:

POR VIA ORAL SERA SU ADMINISTRACION, RARAMENTE POR VIA INTRAMUSCULAR O INTRAVENOSA.
0.5-6 MG. DIARIOS. AUMENTANDO GRADUALMENTE HASTA 1-4 MG UNA O DOS VECES AL DIA (2).

-LACTATO DE BIPERIDENO (2):

ANTICOLINERGICO SINTETICO. SE PUEDE
DESARROLLAR TOLERANCIA (8), PUEDE AUMENTAR LOS
TEMBLORES CONFORME MEJORA ESPASTICIDAD. SU USO
PRINCIPALMENTE ES EN PARKINSONISMO TIPO
POSTENCEFALITICO O IDIOPATICO (6)

DOSIFICACION: CLORHIDRATO: PO 2 MG. 3-4 VECES AL DIA

-LACTATO PARENTERAL:

1 M. IV: 2 MG., SE REPITEN EN CASO NECESARIO HASTA UN
MAXIMO DE 8 MG. DIARIOS.SU ADMINISTRACION DEBE SER
CON LOS ALIMENTOS PARA REDUCIR LA IRRITACION
GASTRICA (8).

-CLORHIDRATO DE CLOROFENOXAMINA

ANTICOLINERGICO SINTETICO. LA ACCION SE
INSTALA A LOS 30 MINUTOS, LA DURACION ES DE 4 A 6
HORAS; TIENE ACTIVIDAD ANTIHISTAMINICA (10).

DOSIFICACION: P.O. 50 MG. O MAS, 3 VECES AL DIA.
EN CASOS SEVEROS SE PUEDEN DAR HASTA 400 MG.
DIARIOS.
SU ADMINISTRACION DESPUES DE LOS ALIMENTOS CON
LECHE PARA MINIMIZAR LA IRRITACION GASTRICA.

-CLORHIDRATO DE CICRIMINA (12):

ANTICOLINERGICO SINTETICO.

DOSIFICACION: P.O. INICIAL: 1.25 MG. 3 VECES AL DIA CON LOS ALIMENTOS.
AUMENTAR GRADUALMENTE HASTA 5 MG. 4 VECES AL DIA.
DOSIS MAXIMA: DIARIA 20 MG.
ADMINISTRAR CON ALIMENTOS (11).

-CLORHIDRATO DE ETOPROPACINA.

ANTICOLINERGICO SINTETICO.

ES EL MEDICAMENTO DE ELECCION PARA EL TRATAMIENTO DE FUERTES TEMBLORES DEL PARKINSONISMO (13).
TIENE EFECTO ATROPINICO, Y ALGUNOS EFECTOS DE ANTIHISTAMINICO, ANESTESICO LOCAL Y DEPRESOR DEL S.N.C

INSTALACION DE LA ACCION: MEDIA HORA, DURACION 4 HORAS.

DOSIFICACION(11): P.O. INICIAL 50 MG. UNA O DOS VECES AL DIA. CON ALIMENTOS DE 10 MG. POR DOSIS CON INTERVALOS DE 2-3 DIAS. MANTENIMIENTO: 100-600 MG. DIARIOS.

***CITRATO DE ORFENADRINA (15).**

-CLORHIDRATO DE ORFENADRINA.

MEDICAMENTO ANTICOLINERGICO QUE MEJORA LA RIGIDEZ PERO NO LOS TEMBLORES.

EFECTO MAXIMO 2 HORAS. DURACION 4 A 6 HORAS.

DOSIFICACION: P.O. : 50 MG. 3 VECES AL DIA, PUEDE SER NECESARIA UNA DOSIS DE HASTA 400 MG. DIARIOS.

EN ESPASMOS MUSCULARES AGUDOS I.M. I.V. 60 MG. CADA 12 HORAS.

P.O.: 100 MG. 2 VECES AL DIA.

-CLORHIDRATO DE PROCICLIDINA.

ANTICOLINERGICO SINTETICO (13).

INSTALACION DE LA ACCION, 30 A 45 MINUTOS, DURACION 4 A 6 HORAS.

DOSIFICACION (16): P.O. INICIAL 2.5 MG. 3 VECES AL DIA, DESPUES DE LOS ALIMENTOS. AUMENTAR GRADUALMENTE A UN NIVEL OPTIMO DE 5-10 MG. 3 VECES AL DIA.

-CLORHIDRATO DE TRIHEXILFENIDILO (16).

ANTICOLINERGICO.

INSTALACION DE LA ACCION 1 HORA, DURACION 6 A 12 HORAS. ALIVIA LA RIGIDEZ, LIGERO EFECTO SOBRE TEMBLORES.

DOSIFICACION: 1 MG. AL PRIMER DIA, 2 MG. CADA 2 A 4 DIAS .
MANTENIMIENTO USUAL: 6-10 MG. EN DOSIS DIVIDIDAS.
ADMINISTRADA CON ALIMENTOS.

B) OTROS AGENTES ANTIPARKINSONIANOS (12)

-CLORHIDRATO DE AMANTADINA.

AGENTE ANTIPARKINSONIANO Y ANTIVIRAL.

DISMINUYE LOS SINTOMAS DE ACINESIA, RIGIDEZ,
TEMBLORES, SALIVACION EXCESIVA, TRASTORNOS PARA
CAMINAR. LA MEJORIA PUEDE DURAR HASTA 30 MESES.

DOSIFICACION (8) : P.O. INICIAL 100 MG. DIARIOS (DESPUES DEL DESAYUNO)
POR 5 A 7 DIAS.

EN AUSENCIA DE REACCIONES ADVERSAS SE PUEDEN DAR
OTROS 100 MG. DESPUES DE LA COMIDA. ADMINISTRAR LA
ULTIMA DOSIS VARIAS HORAS ANTES DE DORMIR PARA
EVITAR INSOMIO.

- CARBIDOPA/LEVODOPA.

LA CARBIDOPA INHIBE LA DESACTIVACION
METABOLICA DE LA LEVODOPA PERIFERICA Y, POR LO
TANTO, QUEDA MAYOR CANTIDAD DE LEVODOPA PARA EL
CEREBRO.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DOSIFICACION: INDIVIDUALIZADA: LA MAYORIA DE LOS PACIENTES SE PUEDEN MANTENER CON 3 A 6 TABLETAS DIARIAS DE 25 MG. DE CARBIDOPA/250 MG. DE LEVODOPA EN DOSIS DIVIDIDAS.

-CLORHIDRATO DE DIFENHIDRAMINA.

ANTIHIISTAMINICO.

ES UTIL PARA CONTROLAR LOS TEMBLORES Y ES UN EXCELENTE SEDANTE LIGERO.

I.M., I.V. 10-50 MG. HASTA UN MAXIMO DE 400 MG./DIA. P.O. 50 MG. 3 VECES AL DIA O 4. (12).

-LEVODOPA (12):

ES UN PRECURSOR DE LA DOPAMINA, ES UN NEUROTRANSMISOR. SOLAMENTE PROPORCIONA UN ALIVIO SIMTOMATICO Y NO ALTERA EL CURSO DE LA ENFERMEDAD.

CUANDO ES EFECTIVO ALIVIA RIGIDEZ, BRADICINESIA, TEMBLORES, DISFAGIA, SEBORREA, SIALORREA E INESTABILIDAD PORTURAL.

LA LEVODOPA SE ADMINISTRA CON FRECUENCIA EN COMBINACION JUNTO CON UN AGENTE ANTICOLINERGICO.

DOSIFICACION: P.O. CON LOS ALIMENTOS. INDIVIDUALIZADA.
USOS INICIAL 0.5- 1 G. DIARIO EN 2 O MAS DOSIS DIVIDIDAS.
AUMENTAR DE 100 A 500 MG. CADA 2 A 4 DIAS HASTA QUE
SE OBTENGA RESPUESTA MAXIMA.

DOSIS OPTIMA USUAL: 4-6 G. DIARIOS EN 3 O MAS DOSIS DIVIDIDAS
ESTAS DOSIS SE OBTIENE A LAS 4 A 6 SEMANAS. DOSIS
MAXIMA DIARIA 8 G.
A LOS PACIENTES QUE NO PUEDEN TRAGAR TABLETAS O
CAPSULAS, FRACCIONAR LAS TABLETAS O VACIA LAS
CAPSULA EN UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE JUGO DE FRUTAS
A LA HORA DE ADMINISTRARSELA (6).

CONCLUSIONES:

EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON ES CLINICO EN LA PRACTICA HABITUAL, DEBE PRESTARSE ESPECIAL ATENCION A LA EXISTENCIA DE SIGNOS ATIPICOS QUE PODRIAN CUESTIONAR EL DIAGNOSTICO.

LOS TRASTORNOS DEL CONTROL MOTOR DEBEN ENTENDERSE POR LA SECUENCIA DE ACTIVACION DE LOS DISTINTOS MUSCULOS INVOLUCRADOS.

EL OBJETIVO TERAPEUTICO DE MAYOR IMPORTANCIA CONSISTE EN DETENER, EL PROCESO DEGENERATIVO, Y LA PERDIDA NEURONAL EN LA SUSTANCIA NIGRA PARS COMPACTA. PARA MANTENER EL MAYOR GRADO DE INERVACION ESTRIALATAL POSIBLE.

ACTUALMENTE EL FARMACO QUE MAS SE APLICA EN LA TERAPIA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON ES LA LEVODOPA.

PARA QUE UN PROGRAMA DE ATENCION A LA SALUD FUNCIONE, LAS PROFESIONES ODONTOLÓGICAS Y MÉDICAS DEBEN ESTAR REPRESENTADAS Y FUNCIONAR COMO EQUIPO JUNTO CON LOS OTROS MIEMBROS. AYUDANTES.

HAY QUE HACER ESFUERZOS NECESARIOS PARA QUE CADA CONSULTORIO ODONTOLÓGICO SEA CONSIDERADO COMO UN LUGAR EN EL QUE EL CIUDADANO CON ENFERMEDAD DE PARKINSON, RECIBA LA ATENCION ODONTOLÓGICA IGUAL QUE OTRO PACIENTE:

LOS ODONTÓLOGOS MODERNOS DEBEN NO SOLAMENTE ESTAR BIEN CAPACITADOS PARA EL DIAGNOSTICO, PLAN DE TRATAMIENTO Y LA APLICACION DE CONOCIMIENTOS CLINICOS SINO TAMBIEN PARA MODIFICAR LA CONDUCTA DE SUS PACIENTES Y ENSEÑARLES COMO CUIDAR SUS BOCAS.

IMPORTANTE ES QUE EL ODONTOLOGO MISMO ESTE CONVENCIDO DE SU PROPIA CAPACIDAD PARA TRATAR AL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON, DENTRO DE LOS LIMITES QUE QUIZAS EXISTAN EN EL CONSULTORIO. NUESTRO TRABAJO COMO PROFESIONISTA POR LO TANTO ES PRIMERO EDUCATIVO, SEAMOS ENTONCES MAESTROS DE LA SALUD.

GLOSARIO:

- ATETOSIS:** MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS DE TIPO SERPENTEANTE EN EL PIE DE UN PACIENTE CON LESION FOCAL CEREBRAL FOCAL SECUNDARIA A UN INFARTO.
- ACINESIA:** AUSENCIA O POBREZA EN MOVIMIENTO.
- AXON:** TRANSMITE LOS IMPULSOS NERVIOSOS PROVENIENTES DE LA CELULA.
ES UNA PROLONGACION QUE DA COLATERALES Y TERMINA EN UNA SINAPSIS O PUNTO DE ANASTOMOSIS DE DOS NEURONAS.
- BRADICINESIA:** LENTITUD ENTRE INICIO Y EJECUCION DE MOVIMIENTOS.
- BLEFOROESPASMO:** ESPASMO INVOLUNTARIO CON CIERRE BILATERAL DE LOS PARPADOS OCASIONA DIFICULTADES PARA ACTIVIDADES COMO LEER, ESCRIBIR, VER TELEVISION O PASEAR.
- CPS:** CICLOS/ SEGUNDO.
- COREA:** AFECCION DEL SISTEMA NERVIOSO, CONSISTE EN MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS ARRITMICOS, DESORDENADOS, IRREGULARES Y DE GRAN AMPLITUD. LAS

LESIONES ANATOMICAS PRINCIPALMENTE SON DE TIPO INFECCIOSO O DEGENERATIVO.

CUERPOS DE LEWY: INCLUSIONES INTRACITOPLASMATICAS EOSINOFILAS DE CARACTER DISTINTIVO

DISCINESIAS: SIMPLES MOVIMIENTOS CASI INAPARENTES ASOCIADOS A CONTRACCIONES DE LA CARA Y CUELLO.

FESTINACION: ACELERARSE PROGRESIVAMENTE CON PASOS CORTOS Y PUEDEN PRODUCIRSE CAIDAS SI FALLAN LOS MECANISMOS POSTULARES.

HIPOCINESIA: REDUCCION EN LA AMPLITUD DEL MOVIMIENTO O DISMINUCION DE LOS MOVIMIENTOS.

MIOCLONIAS: MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS ORIGINADOS POR CONTRACCIONES MUSCULARES BRUSCOS Y LEVES QUE SE MANIFIESTAN EN FORMA DE SACUDIDAS O DESPLAZAMIENTOS PRODUCIDAS POR LA INHIBICION MOMENTANEA DE LA ACTIVIDAD MUSCULAR SOSTENIDA.

PALILALIA:

REPETICION ESPONTANEA APARENTEMENTE INCOERCIBLE
DE UNA O VARIAS PALABRAS O DE UNA FRASE CORTA, CON
ACORTAMIENTO GENERAL DE LAS FRASES.

TAQUIFEMIA

PAROXISTICA:

VOZ QUE SE HACE CADA VEZ MAS DEBIL.

BIBLIOGRAFIAS

- 1.- MEDICINA BUCAL DE BURKET. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.
BURKET, M.A. LYNCH.
8a. EDICION, 1991.
EDITORIAL INTERAMERICANA.

- 2.- PRINCIPIOS DE FARMACOLOGIA
COON P. MICHAEL, PH. O. G.F. GEBHART.
7a. EDICION, 1991.
EDITORIAL MANUAL MODERNO S.A. DE C.V.

- 3.- FARMACOLOGIA
CEDR. C M. SMITH
ALAN REYNARD
1993
EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA.

- 4.- PSICOLOGIA
DIANE E. PAPALIA, SALLY WENDKOS OLDS
1995
EDITORIAL MC-GRAW-HILL.

- 5.- TRATADO DE MEDICINA INTERNA TOMO 2
DIAZ RUBIO M. - D. ESPINOS.
24 a EDICION, 1994
EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA.

- 6.- VADEMECUM CLINICO DEL MEDICO PRACTICO
DEL SINTOMA A LA RECETA
FATTORUSO - O. RITTER
5 a. EDICION, 1983
LIBRERIA ATENEO.
- 7.- ATLAS A COLOR Y TEXTO MEDICINA INTERNA
FORBES CHARLES, P.
JACFON WILLIAM, F.
1992
EDIT. MOSBY
- 8.- BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA.
GOOMAN, LOUIS
GILMAN, ALFRED
5a. EDICION
EDIT. MANUAL MODERNO.
- 9.- MANUAL DE FISIOLOGIA MEDICA
GANONG, WILLIAM.
3a. EDICION, 1980.
EDITORIAL MANUAL MODERNO.
- 10.- PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA VOL. II
HARRISON
3a. EDICION
EDITORIAL MC-GRAW-HILL.

- 11.- TRATADO DE MEDICINA INTERNA, VOL. 2
JINICH, HORACIO.
WOOLRICH, JAIME.
1988
MANUAL MODERNO.
- 12.- THERAPY OF PARKINSON'S DISEASE
KOLLER C. WILLIAM
PAULSON GEORGE
1995
MARCEL DEKKER, INC.
- 13.- ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO.
LORD, BRAIN.
2a. EDICION
EDITORIAL ATEO.
- 14.- MANUAL DE FARMACOLOGIA
LOEBL SUZANNE.
GEORGE SPRATTO.
1986
EDITORIAL LIMUSA.
- 15.- EL MANUAL DE MERCK. DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA.
MERCK
9a. EDICION
EDITORIAL MOSBY.

- 16.- NEUROANATOMIA Y NEUROFISIOLOGIA CLINICAS
MANIER T. JOHN
1986
EDITORIAL INTERAMERICANA
- 17.- MANUAL DE FARMACOLOGIA CLINICA.
MEYERS H. FREDERICK
JAWETZ ERNEST
4a. EDICION, 1980
EDITORIAL: MANUAL MODERNO
- 18.- ODONTOLOGIA PARA EL PACIENTE IMPEDIDO:
NOWAR ARTHUR J., D.M.D.H.A.
1981
EDITORIAL MUNDI
- 19.- COLECCION CIBA DE ILUSTRACIONES MEDICAS TOMO 12
"SISTEMA NERVIOSO"
WETTER, FRANK M.D.
EDITORIAL SALVAT, EDITORES, S.A.
- 20.- MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA.
PIEDROLA, GIL.
J DEL REY CALERO...
9a. EDICION, 1991
EDITORIAL: MASSON SALVAT.

- 21.- TRATADOS DE ANATOMIA HUMANA.
QUIROZ GUTIERREZ, FERNANDO.
EDITORIAL PORRUA
- 22.- TRATADO DE NEUROLOGIA
RIMBAUD, P. PASSOUANT. E...
6a. EDICION, 1986
EDITORIAL, - INTERMEDICA.
- 23.- MEDICINA INTERNA EN ODONTOLOGIA.. TOMO II.
ROSE LOUIS F.
DONALD KAYE
2a. EDICION, 1992
EDITORIAL SALVAT.
- 24.- FISIOLOGIA HUMANA.
SCHMIDT, G. THEWS.
1995
EDITORIAL MC-GRAW-HILL.
- 25.- ENFERMEDADES SISTEMICAS EN ODONTOLOGIA
T.J. BAYLEY
S.J. LEINSTER
1985
EDITORIAL MUNDI.

- 26.- MANUAL CLINICO DE GERIATRIA
VANDER
EDITORIAL MANUAL MODERNO

REVISTAS:

- 27.- DAIL, J.L.C.
ERMINI, M. HERRLING.
P.L. LEHR. V. METER, RUGE. H.B.
(1993) PROTECTS IN AGAIN, THE 1992.
SANDUZ.: LECTURES IN GERONTOLOGY ACADEMIC PRESS.
- 28.- ARCHIVES OF NEUROLOGY
VOL. 5, APRIL 1994.
AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
- 29.- THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE
VOL. 334., JANUARY 11, 1996. NUMBER 2.
- 30.- MANAGEMENT OF THE GERIATRIC DENTAL PATIENT.
KENNETH A. FREEDMANI D.D.S.
1980, QUINTE SSENCE. PUBLISHING, CO. ING. CHICAGO I.