



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología
y Enfermería en Salud Mental

TRASTORNO DE CONTROL DE IMPULSOS SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. A PROPÓSITO DE UN CASO

Shaila Carrasco Falcón, Silvia Cañas Jiménez, Laura Saiz Cortés, Sara Trufero Miguel, Pablo Reyes Hurtado, Belén Alemán Gutiérrez

shailacf@gmail.com

Trastorno de control de impulsos, Enfermedad de Parkinson, Agonistas dopaminérgicos. Impulse Control Disorders, Parkinson´s disease, Dopamine Agonists.

RESUMEN

La Enfermedad de Parkinson (EP) se caracteriza por la pérdida de neuronas dopaminérgicas de la parte compacta de la sustancia negra y es conocido que el tratamiento con agentes dopaminérgicos pueden conducir al desarrollo de trastornos específicos de control de impulsos, como el juego patológico o la hipersexualidad. El desarrollo de este trastorno se ha relacionado con factores como el inicio precoz de la EP y su duración prolongada o la presencia de complicaciones motoras, entre otros. Para el manejo se pueden adoptar distintas medidas, desde la reducción o retirada de los agonistas dopaminérgicos o cambiarlo por otro con distinto perfil receptorial hasta medidas no farmacológicas como la terapia cognitivo conductual, o tratamientos menos convencionales como la estimulación subatalámica bilateral.

Presentamos el caso de una mujer de 49 años, sin antecedentes psiquiátricos conocidos, diagnosticada de Enfermedad de Parkinson en tratamiento con levodopa/carbidopa 100/25 mg, pramipexol 1.05 mg y rasagilina 1 mg. Se decide ingreso hospitalario en psiquiatría por presentar a raíz de la instauración del tratamiento antiparkinsoniano, conductas inusuales en ella, como realizar gastos económicos excesivos e hipersexualidad. La paciente es diagnosticada al alta de Trastorno de control de impulsos secundario a medicación dopaminérgica. A propósito de este caso realizaremos una breve revisión acerca de dicho trastorno, sus factores predisponentes, la clínica y el manejo.

TRASTORNO DE CONTROL DE IMPULSOS SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Parkinson es cada vez más reconocida como un trastorno neuropsiquiátrico ⁽¹⁾, en la que no solo existen los síntomas motores clásicos, sino que pueden aparecer incluso antes que estos otros síntomas no motores como la hiposmia y alteraciones en el sueño o síntomas depresivos, entre otros⁽²⁾.

Múltiples estudios han demostrado que estos síntomas son consecuencia de la disminución de la disponibilidad de algunas aminas en el cerebro, principalmente por la pérdida progresiva de neuronas dopaminérgicas de la parte compacta de la sustancia nigra ⁽³⁾. Es por ello que el uso de agentes dopaminérgicos contribuyen a la mejoría ⁽⁴⁾, sin embargo, con la elevación de la disponibilidad de aminas biogénicas también aparecen algunos efectos secundarios. Se ha comprobado que el tratamiento con fármacos antiparkinsonianos, especialmente con agonistas dopaminérgicos, puede conducir al desarrollo o empeoramiento de trastornos específicos de control de impulsos ⁽⁵⁾, que van desde el juego patológico hasta comer o comprar compulsivamente o la hipersexualidad ^(6,7).

A continuación, exponemos un caso clínico en el que la paciente es diagnosticada de Trastorno de control de impulsos secundario a medicación dopaminérgica, realizando a propósito del mismo una breve discusión acerca de dicho trastorno, sus factores predisponentes y su el manejo.

MOTIVO DE INGRESO

Derivada por su psiquiatra de referencia para ingreso en psiquiatría.

ANTECEDENTES

- Antecedentes personales médicos: No alergias medicamentosas conocidas. Espondilitis Anquilosante. Gastrectomía tubular en enero 2014. Diagnosticada de Enfermedad de Parkinson en seguimiento por neurología en tratamiento inicialmente con levodopa/carbidopa 100/25 mg, pramipexol 1.05 mg y rasagilina 1 mg, suspendiendo estos dos últimos hace una semana.

TRASTORNO DE CONTROL DE IMPULSOS SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. A PROPÓSITO DE UN CASO

- Antecedentes personales psiquiátricos: Valorada por psiquiatría de urgencias la semana pasada tras realizar sobreingesta medicamentosa y por alteraciones de conducta de características impulsivas, por lo que se interconsultó a neurología y se decidió retirar el tratamiento con pramipexol y rasagilina, siendo dada de alta tras un periodo de observación y derivada a la Unidad de Salud Mental para seguimiento ambulatorio.
- Antecedentes familiares: no refiere antecedentes de interés.
- Tratamiento actual: Calcifediol 0.266 mg 1/2s, cianobobalamina 1 mg/amp 1/4s, clonazepam 0.5 mg 1-0-2, desogestrel 0.075 mg 1/24 h, ferroglicina sulfato 567.6 mg 2-0-0, ácido fólico 5 mg 1-0-0, ranitidina 150 mg 1-0-1, levodopa/carbidopa 100/25 mg 1/8h.
- Situación- Sociofamiliar: Separada desde hace dos meses tras 26 años de matrimonio. Tiene dos hijos de 18 y 20 años, que actualmente viven con el padre. Trabaja como soldadora, actualmente de baja.

ANAMNESIS

Paciente mujer de 49 años que acude derivada por su psiquiatra de referencia para ingreso en la Unidad de Internamiento Breve de psiquiatría. Valorada en el Servicio de Urgencias hace una semana tras realizar sobreingesta farmacológica al descubrir su familia que la paciente mantenía relaciones extra-matrimoniales. La familia comenta que previo al diagnóstico y tratamiento para la EP la paciente era una persona introvertida y que tras esto, durante las últimas semanas comienza con trastornos de conducta importantes con cambio de rasgos caracteriales, auto y heteroagresividad impulsiva, gastos excesivos de dinero e hipersexualidad. Sentimientos de no reconocimiento de sí misma por parte de la paciente y también por parte de la familia, quienes señalan que siempre ha sido una persona muy reservada y que desde que se inicia el tratamiento es una persona diferente. La paciente es derivada nuevamente por persistencia de las alteraciones conductuales que ponen en peligro su integridad, a pesar del ajuste de tratamiento por parte de neurología.

TRASTORNO DE CONTROL DE IMPULSOS SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. A PROPÓSITO DE UN CASO

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Consciente y orientada en las tres esferas, colaboradora. Ligera labilidad emocional e inquietud psicomotriz. Discurso coherente aunque escaso e hipófono, normal en tasa. No se objetivan en estos momentos clínica delirante ni alteraciones senso perceptivas. Desinhibición sexual progresiva con cierto insight, dificultades de control de impulsos con repercusión afectiva. No ideación autolítica. Biorritmos no explorados.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Laboratorio: hemograma, bioquímica y serología sin hallazgos significativos.
- TAC cerebral: Sin hallazgos significativos.

EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS

Al ingreso la paciente se muestra desinhibida, con problemas graves de conducta en planta, hipersexualidad y trastorno del control de impulsos. Dados los antecedentes de EP y la sospecha diagnóstica de TCI Secundaria a farmacología antiparkinsoniana, se realiza interconsulta a neurología, decidiendo dejar en monoterapia con levo-dopa para su EP e introducir neurolépticos y tratamiento para el control de impulsos. Se va aumentando progresivamente dosis farmacológica hasta alcanzar la dosis eficaz para controlar los síntomas. Durante su ingreso la paciente va disminuyendo las alteraciones de la conducta, aceptando progresivamente límites adecuados y desapareciendo la hipersexualidad, quedando finalmente únicamente rasgos de personalidad en primer plano. Dado la estabilidad y la ausencia de conductas auto o heterolesivas se decide el alta y control ambulatorio.

DIAGNÓSTICO

Trastorno de control de los impulsos secundario a medicación dopaminérgica y Trastorno mixto de la personalidad.

TRASTORNO DE CONTROL DE IMPULSOS SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. A PROPÓSITO DE UN CASO

TRATAMIENTO AL ALTA

Ranitidina 150 mg 1-0-0, desogestrel 0.075 mg 1-0-0, topiramato 50 mg: 1-1-1, levodopa/carbidopa 100/25 mg 1-1-1, quetiapina 200 mg 0-0-1., Fluracepam 30 mg si insomnio.

DISCUSIÓN

Para el Trastorno de Control de Impulsos en la Enfermedad de Parkinson han sido descritas prevalencias muy variables, entre el 2.6⁽⁸⁾ y el 34.8%⁽⁹⁾, siendo mayores en pacientes tratados con agonistas dopaminérgicos⁽¹⁰⁾. Hay evidencia que continúan siendo poco diagnosticados en la práctica clínica ya que son muchos los pacientes que no los refieren de manera espontánea^(11,12).

Los síntomas pueden variar mucho en cuanto a severidad, pero en general se asocian a una reducción en la calidad de vida⁽¹³⁾, mayor deterioro funcional⁽¹⁴⁾ y aumento de la carga de los cuidadores⁽¹⁵⁾, por lo que se ha estudiado diferentes factores que están relacionados con el desarrollo de TCI en estos pacientes, con el objetivo de identificar al subgrupo de pacientes con mayor riesgo. Entre estos factores se encuentran⁽¹⁶⁾:

- Fármacos antiparkinsonianos: Tanto agonistas dopaminérgicos como el uso de L-dopa se han visto implicados en el desarrollo de TCI en pacientes con enfermedad de Parkinson, siendo más frecuente en el grupo de pacientes tratados con los primeros, especialmente si se usan dosis elevadas. Algunos estudios señalan especialmente al pramipexol y ropinirol, por su mayor afinidad por el receptor D3.
- Factores sociodemográficos: género masculino y edad joven
- Síntomas psiquiátricos: Se ha encontrado asociación entre síntomas depresivos y ansiedad como predictores en el desarrollo de TCI en pacientes con EP.
- Características de la EP: edad de inicio precoz y duración prolongada de la enfermedad, así como la presencia de complicaciones motoras.

Para su manejo la primera recomendación y la más importante sería el diagnóstico precoz, realizando una evaluación más sistemática y exhaustiva de los pacientes dirigida a detectar este tipo de síntomas⁽¹¹⁾, así como informar a los pacientes y familiares sobre estos efectos adversos⁽¹²⁾ para una detección más temprana.

TRASTORNO DE CONTROL DE IMPULSOS SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sobre el tratamiento, el primer paso recomendado es tratar de disminuir la dosis del fármaco o retirar los agonistas dopaminérgicos, teniendo en cuenta el riesgo de empeorar la sintomatología motora, así como cambiar a otro tratamiento que tenga menor selectividad por el receptor D3 y emplear L-dopa ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Sin embargo, estas medidas no son eficaces en todos los pacientes por lo que se han propuesto otras intervenciones con menor nivel de evidencia como el uso de amantadina y la naltrexona, precisándose más estudios que apoyen esta práctica en la actualidad. Igualmente, la evidencia del uso de anticonvulsivos como el topiramato o el ácido valproico, así como para el uso de antipsicóticos de segunda generación es de utilidad clínica limitada, no existiendo una evidencia clara ^(17,18).

Existe la idea de que la administración continua de medicamentos, en comparación con la distribución pulsátil, podría ser un posible método de tratamiento del TCI. Sin embargo, se necesitan más estudios que demuestren el posible papel beneficioso de la administración continua de fármacos utilizando estrategias no orales, como el parche transdérmico de rotigotina y la infusión subcutánea continua de apomorfina ⁽¹⁷⁾.

Por último, existen medidas no farmacológicas como terapia cognitivo conductual centrada en TCI, y en última instancia existen tratamientos menos convencionales como la estimulación subtalámica bilateral, del que algunos estudios de casos han mostrado mejoría, sin embargo los resultados son inconsistentes ^(17,18).

CONCLUSIONES

Es conocido que los pacientes con EP y TCI son reticentes a comentar de manera espontánea este tipo de clínica a su médico por lo que es necesario una entrevista clínica dirigida a identificar este tipo de sintomatología dada la importante repercusión en la vida diaria que este trastorno conlleva. Es por ello que es de especial interés prestar atención a ciertos factores predisponentes, con el fin de centrar nuestra atención especialmente en esta población, como son aquellos que están en tratamiento con agonistas dopaminérgicos, especialmente aquellos con mayor afinidad por el receptor D3, si son de género masculino o tuvieron un inicio precoz de la enfermedad y presentan síntomas motores entre otros. Sobre el manejo se recomienda la reducción o retirada de agonistas dopaminérgicos, optando por otros fármacos con menor afinidad por el receptor D3 o L-Dopa principalmente.

TRASTORNO DE CONTROL DE IMPULSOS SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. A PROPÓSITO DE UN CASO

BIBLIOGRAFÍA

1. V. Voon, M.N. Potenza, T. Thomsen. Medication-related impulse control and repetitive behaviors in Parkinson's disease. *Curr. Opin. Neurol.* 20. 2007;484-492.
2. Khoo TK, Yarnall AJ, Duncan GW, et al. The spectrum of nonmotor symptoms in early Parkinson disease. *Neurology* 2013; 80: 276–81.
3. MacPhee G, D Stewart. Parkinson's Disease. *Reviews in Clinical Gerontology.* 2001; 11: 33-49 .
4. Kulisevsky J, Oliveira L, Fox SH. Update in therapeutic strategies for Parkinson's disease. *Curr Opin Neurol.* 2018 Aug;31(4):439-447.
5. Lim S-Y, Evans AH, Miyasaki JM. Impulse control and related disorders in Parkinson's disease: review. *Ann N Y Acad Sci.* 2008; 1142:85–107.
6. Mestre, T. A., Strafella, A. P., Thomsen, T., Voon, V. and Miyasaki, J. Diagnosis and treatment of impulse control disorders in patients with movement disorders. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders.* 2013; 6:175–188.
7. Shimo Y, Hattori N. Underlying mechanisms of impulse control disorders and dopamine agonist withdrawal syndrome in Parkinson's disease. *J Neurol Disord Stroke.* 2014; 2(3):1–4.
8. Bostwick JM, Hecksel KA, Stevens SR, Bower JH, Ahlskog JE. Frequency of new-onset pathologic compulsive gambling or hypersexuality after drug treatment of idiopathic Parkinson disease. *Mayo Clin Proc.* 2009;84(4):310–6.
9. Joutsa J, Martikainen K, Vahlberg T, Voon V, Kaasinen V. Impulse control disorders and depression in Finnish patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2012;18(2):155–60.
10. Weintraub D, Koester J, Potenza MN, Siderowf AD, Stacy M, Voon V, et al. Impulse control disorders in Parkinson disease: a cross-sectional study of 3090 patients. *Arch Neurol.* 2010;67(5):589–95.
11. Ávila A, Cardona X, Bello J, Maho P, Sastre F, Martín- Baranera M. Trastornos del control de los impulsos y punding en la enfermedad de Parkinson: la necesidad de una entrevista estructurada. *Neurología,* 2011;26:166-72.

TRASTORNO DE CONTROL DE IMPULSOS SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. A PROPÓSITO DE UN CASO

12. H. Baumann-Vogel, P.O. Valko, G. Eisele, C.R. Baumann, Impulse control disorders in Parkinson's disease: don't set your mind at rest by self-assessments, *Eur. J. Neurol.* 2015; 22:603-609.
13. Phu AL, Xu Z, Brakoulias V, et al. Effect of impulse control disorders on disability and quality of life in Parkinson's disease patients. *J Clin Neurosci* 2014;21:63-66
14. Voon V, Sohr M, Lang AE, et al. Impulse control disorders in Parkinson disease: a multicenter case-control study. *Ann Neurol* 2011; 69:986-996
15. Leroi I, Harbishettar V, Andrews M, et al. Carer burden in apathy and impulse control disorders in Parkinson's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012;27:160-166
16. Marie Grall- Bronnec, Caroline Victorri-Vigneau, Yann Donnio, Juliette Leboucher, Morgane Rousselet, Elsa Thiabaud, Nicolas Zreika, Pascal Derkinderen, Gaëlle Challet-Bouju. Dopamine agonists and impulse Control Disorders: A complex Association *Drug Saf* 2018; 41:19-75.
17. M Samuel, M Rodriguez-Oroz, A Antonini, JM Brotchie, K Ray Chaudhuri, RG Brown, WR Galpern, MJ Nirenberg, MS Okun, AE Lang, Impulse Control Disorders in Parkinson's disease: Management, Controversies, and Potential Approaches. *Mov Disord.* 2015; 30 (2):150-159.
18. Susan Zhang, Nadeeka N. Dissanayaka, Andrew Dawson, John D. O'Sullivan, Philip Mosley, Wayne Hall and Adrian Carter. Management of impulse control disorders in Parkinson's disease. *International Psychogeriatrics.* 2016; 28:10, 1597-1614.