

9. MIASTENIA GRAVE, PÉRDIDA DE ORIGEN CENTRAL...

9. MIASTENIA GRAVE, PÉRDIDA DE ORIGEN CENTRAL, SÍNDROMES RIGIDO-AQUINÉTICOS Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE

Las enfermedades de la placa neuromotora producen pérdida de fuerza pura, sin alteraciones sensoriales. Su rasgo fundamental es la fatiga excesiva en relación con el ejercicio. Por eso, los pacientes se encuentran peor por las tardes.

MIASTENIA GRAVE

Puede afectar solamente a la musculatura del ojo, o bien ser generalizada.

Los síntomas más frecuentes son ptosis palpebral y diplopía intermitente, aunque puede afectarse cualquier grupo muscular.

El tratamiento con medicamentos anticolinesterásicos con propiedades colinérgicas como la neostigmina produce un aumento del tono, restablece el funcionamiento muscular normal y disminuye la presión intraocular durante varias horas.

Los efectos adversos muscarínicos de estos medicamentos son náuseas, vómitos, diarrea, epigastralgia, lagrimeo, miosis, bradicardia, etc. Los efectos digestivos colinérgicos pueden ser corregidos por los atropínicos.

PÉRDIDA DE FUERZA DE ORIGEN CENTRAL

La causa más frecuente es la enfermedad vascular por infarto o hemorragia.

Alteraciones hemisféricas

Producen parestias, y si las lesiones son amplias, se acompañan de déficits neurológicos focales como disfasia, hemianopsia homónima contralateral y desviación óculo-cefálica hacia el lado de la lesión.

Lesiones en el tronco encefálico

Se manifiestan en forma de hemiparesias, tetraparesias, y menos frecuentemente como monoparesias de localización contralateral. Se afectan algunos pares craneales y se asocia disminución del nivel de conciencia.

Lesiones de la médula espinal

Producen hemiparesias ipsilaterales o bien tetraparesias en lesiones cervicales, o paraparesias en las lesiones dorsales.

Se pueden acompañar de espasticidad de miembros y de síntomas sensitivos en forma de parestias, que pueden comenzar en uno o ambos pies y van ascendiendo.

La afectación motora por interrupción de los haces corticoespinales produce tetraplejía o paraplejía, con aumento del tono muscular.

9. MIASTENIA GRAVE, PÉRDIDA DE ORIGEN CENTRAL...

SÍNDROMES RIGIDOQUINÉTICOS

Se caracterizan por pobreza de movimientos, lentitud y cansancio en llevarlos a cabo, y rigidez con gran tensión muscular, que ejerce una resistencia intensa al movimiento pasivo.

Enfermedad de Parkinson

Se caracteriza por acinesia, bradicinesia, rigidez, temblor de reposo que aumenta con la ansiedad y desaparece con el sueño, e inestabilidad postural.

La lentitud de los movimientos afecta a los que necesitan más precisión, para progresivamente interferir con todas las actividades cotidianas, incluida la conducción.

Los pacientes llegan a quedarse quietos, sin apenas parpadear, y sin poder leer ni escribir. La rigidez afecta más al cuello y a las extremidades, no pudiendo llevar la postura erguida de la marcha y con trastornos del equilibrio y frecuentes caídas. Los síntomas depresivos están casi siempre presentes, y habitualmente se instaura la demencia.

Tienen dificultad para manejar los pedales del coche y reaccionan con lentitud ante un imprevisto en la circulación.

El tratamiento con L-Dopa es sintomático y tiene efectos secundarios como intolerancia digestiva, hipotensión ortostática, arritmias cardíacas que pueden ser graves, así como trastornos psiquiátricos.

Los efectos adversos de origen central del tratamiento con L-Dopa aparecen alrededor de los dos años y se caracterizan por fluctuaciones motoras, discinesias (presencia de movimientos anormales e involuntarios) y sueño intenso.

Por tanto, estos pacientes presentan síntomas originados por la propia enfermedad y también síntomas más complicados por el tratamiento.

Parkinsonismos

Secundarios a infecciones, tóxicos, enfermedades cerebrovasculares, alteraciones metabólicas del calcio, traumatismos cerebrales, enfermedades amiotróficas del sistema nervioso central, entre otras.

Favorecidos por medicamentos como neurolépticos, reserpina, alfametildopa, litio, amiodarona, fenelzina, meperidina, anfotericina B, cefaloridina, diltiazem, etanol, procaína, antidepresivos tricíclicos y valproato.

Es importante que los médicos adviertan a los pacientes que se encuentran en estas condiciones de la posibilidad que tienen de desarrollar un parkinsonismo y la interferencia de sus síntomas al volante.

Consejo sobre miastenia grave

- ▶ Únicamente, si los síntomas de la miastenia se controlan con tratamiento médico, se podrá conducir.
- ▶ El especialista informará al paciente en este sentido, advirtiéndole de los efectos secundarios de la medicación para que extreme la precaución al volante.

9. MIASTENIA GRAVE, PÉRDIDA DE ORIGEN CENTRAL...

- ▶ Algunos medicamentos como quinina, hidantoína, estreptomina, diazepam y fenotiazinas pueden empeorar la miastenia o favorecer un brote espontáneo.
- ▶ Se aconseja evitar estos medicamentos, y en el caso de que sean necesarios, el paciente debe conocer su posible interferencia con la conducción.
- ▶ A los conductores con miastenia grave conviene recomendarles que la conducción la realicen en horario diurno, cuando todavía no se encuentran fatigados.
- ▶ Si al conducir refieren diplopía o caída de los párpados, deben aparcar el vehículo y pedir ayuda. Forzar la conducción en esta situación puede provocar un accidente.

Consejo sobre pérdida de fuerza de origen central

- ▶ La pérdida de fuerza de origen central impide conducir hasta la resolución completa del cuadro clínico sin secuelas.
- ▶ Los conductores con alteraciones motoras persistentes o definitivas deben ser valorados en su incapacidad para intentar adaptar el vehículo a su situación y que puedan conducir con las restricciones que se establezcan según la ley.

Consejo sobre síndromes rigidoaquinéticos

- ▶ En cualquiera de las situaciones descritas no se puede conducir, y el médico debe advertirlo al paciente y a sus familiares.

Consejo sobre parkinsonismos

- ▶ Las enfermedades que se caracterizan por deterioro motor con lentitud en los movimientos y pobreza en la respuesta, y pérdida cognitiva con dificultad en la capacidad de reacción, impiden la conducción.
- ▶ El paciente debe acudir a su médico ante la menor duda, y si se confirma la presencia de síntomas de parkinsonismo secundario, aunque sea en inicio, se desaconseja la conducción hasta la resolución del cuadro clínico.
- ▶ Se desaconseja la conducción de forma permanente en las enfermedades evolutivas con alteraciones del movimiento y la postura.
- ▶ Cuando el paciente es diagnosticado de enfermedad de Parkinson, los síntomas característicos de la enfermedad le impedirán conducir.
- ▶ Por otra parte, los medicamentos empleados le pueden provocar reacciones adversas que dificultarían aún más la conducción.