

NUEVOS TRATAMIENTOS DE ALGUNOS SÍNDROMES EXTRAPIRAMIDALES

Dr. A. JARDÍ LLAGOSTERA

EXISTE la idea, muy arraigada en la mente de los profanos y aun de algunos médicos, de que las enfermedades orgánicas del sistema nervioso carecen casi por completo de tratamiento eficaz. Formarían tales procesos una especie de grupo aparte en los que tras un afligranado diagnóstico, no quedaría al médico otro papel que cruzarse de brazos y abandonar el enfermo a su suerte.

No hay duda que tal criterio tiene un fundamento real, y es el hecho de ser el tejido nervioso incapaz de verificar un proceso de regeneración cuando ha sido lesionado y si tan sólo, en el mejor de los casos, un intento de reparación que solucione mal que bien los estragos que un proceso en curso o ya pasado ha producido en el tejido más diferenciado del organismo.

Pero si el tratamiento causal rara vez puede ser aplicado, ya por la razón apuntada, ya por desconocimiento absoluto de la etiología, disponemos en cambio en la actualidad de una serie de recursos de terapéutica sintomática, verdaderamente eficaces. En los últimos años, los progresos terapéuticos en patología nerviosa han sido considerables. Bástenos citar la piretoterapia y la penicilina, tan eficaces en la P. G. P.; los preparados de hidantoína en la epilepsia, la convulsoterapia en ciertas psicosis orgánicas, las vitaminas B₁, B₆ y E con sus diversas aplicaciones, etc., para apoyar este aserto.

Por su especial frecuencia, constituyen los síndromes extrapiramidales (enfermedad de Parkinson, parkinsonismo post-encefalítico, coreas, atetosis, etc.), uno de los problemas que más preocupan al médico y sobre los que con más insistencia se ha venido trabajando. Teniendo presente la regla clínica que demuestra que el número de tratamientos para una enfermedad es inversamente proporcional a su eficacia, podemos colegir el efecto desconsolador que ha de producir el examen de la interminable lista de medidas terapéuticas que se han recomendado para tratar dichos síndromes. Su estudio, siquiera somero, ocuparía gran extensión, por lo que nos limitaremos a citarlos.

Casi una curiosidad histórica, son los innumerables preparados opoterápicos que se emplearon, sin obtener, como era de esperar, el más pequeño éxito. El bromo, el calcio, el sulfato de magnesia, la fisioterapia en sus distintas formas (radioterapia, diatermia, ondas cortas, balneoterapia, etc.), la piretoterapia, etc., no han proporcionado mejores resultados. Los métodos quirúrgicos (radiocotomías posteriores, hemisecciones, sección del fascículo de Von Monakow) no han pasado apenas de la fase-experimental, por sus resultados inseguros y por su peligrosidad.

Hasta el presente, fueron ciertos alcaloides los que mejores éxitos cosecharon, y de éstos, aunque se ensayaron muchos (harmina, bulbocapnina, ciculina, aconitina, etc.), prácticamente sólo dos han entrado en la práctica corriente: la escopolamina y la atropina. La escopolamina, recomendada en los casos de predominio hiperquinético y la atropina en las formas hipoquinéticas con gran rigidez. La atropina se ha empleado pura (ROEMER), pero todos los autores están acordes en admitir la superioridad de los resultados que se consiguen con los cocimientos o extractos totales de raíz de belladona, constituyendo la llamada «cura búlgara», utilizada primero empíricamente por el herborista búlgaro IVAN

ROEF y estudiada después por innumerables químicos y clínicos. Parece ser que la superioridad de los extractos totales de raíz de belladona, estriba en la presencia de otros alcaloides en cierta proporción, además de la atropina. Su eficacia depende también de la procedencia de la planta, cuya riqueza en alcaloides es sumamente variable. La cura búlgara tiene bastantes inconvenientes, pues las dosis eficaces no suelen ser toleradas por los enfermos. Tiene, además, algunas contraindicaciones absolutas, tales como cardiopatías avanzadas, glaucoma, tuberculosis pulmonar, etc.

Recientemente se ha experimentado, al parecer con lisonjeros éxitos (BARRAQUER), el extracto hidroalcohólico de crisantemos del doctor GRANADOS, que tendría una eficacia parecida a la atropina sin algunos de los inconvenientes de ésta.

Citemos también el empleo del curare, iniciado por KAIRIUKSCHIS y KUTORGA en 1927; mas su uso, peligroso, no ha entrado en la práctica corriente.

Para intentar mejorar o complementar los resultados obtenidos con los alcaloides nombrados, se han afanado los investigadores en obtener nuevos productos o en aplicar otros ya conocidos al tratamiento de los síndromes que nos ocupan. Fruto de estos trabajos ha sido la introducción de los simpaticomiméticos (efedrina, bencedrina, pervitina), capaces de corregir ciertos síntomas (somnia, depresión) poco obedientes al tratamiento clásico, y de los espasmolíticos sintéticos de acción pareja a la atropina, como son la dolantina, el syntropán, el iterbeno y el más reciente y al parecer el más útil de todos ellos, conocido con el nombre de Parpanit, producido por la casa GEVGY de Basilea, y recientemente introducido en España.

Los resultados tan favorables que parece ser que se han obtenido con él y el hecho de ser hasta ahora prácticamente desconocido, constituyen el principal motivo de esta nota.

El Parpanit es químicamente el clorhidrato del ester dietilamino-etílico del ácido l-fenilciclopentano l-carboxílico. Su acción farmacológica ha sido estudiada por DOMENJÓZ, operando sobre una preparación de intestino de conejo y comparándola con la de otros medicamentos espasmolíticos ya conocidos. Concluye de sus trabajos que el Parpanit actúa simultáneamente sobre el sistema nervioso, como la atropina, y sobre la fibra lisa como la papaverina, y que desarrolla, además, una acción inhibitoria sobre la musculatura estriada, semejante a la que produce el curare, traducible experimentalmente por una insensibilidad pasajera a la estimulación eléctrica del nervio. En cuanto a toxicidad ocuparía un lugar intermedio entre la atropina y el syntropán por un lado y la dolantina, papaverina y trasentina por otro, y lo más importante es que su acción terapéutica se consigue con dosis que no llegan a producir efectos molestos sobre el sistema vegetativo.

Su empleo terapéutico fué descubierto casualmente por GRUNTHAL, experimentando la acción de diversos fármacos sintéticos sobre la sensibilidad cutánea. Los sujetos sanos que ingirieron el medicamento, observaron una sensación especial de debilidad muscular, pérdida del sentido de posición y facilitación de los movimientos voluntarios. Sólo a dosis altas se producía disminución real de la fuerza muscular y síntomas vegetativos (sequedad de boca, taquicardia). Este cuadro se interpretó como debido a disminución de las sensaciones propioceptivas que nacen en la musculatura estriada, y partiendo de la idea de que el tono es mantenido por estas sensaciones, se pensó emplear el Parpanit en los estados patológicos acompañados de hipertonia.

Los mejores resultados se han obtenido en los parkinsonismos postencefálicos en forma muy superior a la atropina y la escopolamina, si bien, como también sucede con estos fármacos, su acción es más eficaz sobre la rigidez que sobre el temblor. Igualmente son francamente buenos los resultados obtenidos en el síndrome de Parkinson senil de origen arterioesclerótico, pero lo más importante es que con el Parpanit es posible mejorar otros síndromes en los que hasta


ahora estábamos prácticamente desarmados. Se comunican resultados altamente satisfactorios en la atetosis (GRUNTHAL, BICKEL y DUBOIS, HARTMANN), en ciertas coreas (hereditarias o postapopléticas) y en temblores de tipo intencional de la esclerosis en placas o del síndrome superior del núcleo rojo. Aunque los resultados no parecen ser muy constantes, se han obtenido también algunos éxitos espectaculares en las contracturas de carácter piramidal de los hemipléjicos (CZONICZER). En la corea menor o de Sydenham no se recomienda su empleo por ser poco eficaz y por disponer en la actualidad de un medicamento, la vitamina B₆ (piridoxina), de resultados muy favorables (BALLABRIGA).

Por ser el Parpanit un medicamento de reciente introducción en la terapéutica, la casuística no es muy numerosa todavía, pero los resultados obtenidos hasta ahora permiten dar una impresión muy optimista sobre su eficacia.

El medicamento es en general bien tolerado y con las dosis habituales rara vez aparecen manifestaciones desagradables. Cuando se observan, éstas consisten en vértigos, palpitaciones, inseguridad en la marcha o molestias epigástricas. Son más frecuentes en aquellos enfermos que llevan muchos años tratados con atropina, en los que el proceso se halla en evolución y en los afectos de arterioesclerosis avanzada.

En cuanto a dosificación y forma de empleo, es difícil dar un esquema general, pues el tratamiento debe ajustarse a las reacciones propias del enfermo. El medicamento se presenta en comprimidos de 0,00625 y de 0.05 gramos (fuerte). Suele empezarse por 0,0125 tres veces al día, aumentando con cuidado según la tolerancia, hasta 0,075 tres veces al día, dosis que no conviene sobrepasar. Se administra media hora antes de las comidas. La aparición de manifestaciones de intolerancia no obliga a dejar el medicamento, sino tan sólo a mantener o rebajar ligeramente la dosis.

En enfermos sujetos a tratamiento con belladona no es recomendable la sustitución brusca; es mejor rebajar progresivamente la dosis de ésta mientras aumentamos la de Parpanit.



PROTAMINAL

Alimentación desintoxicante y plástica

700'28 CALORIAS GRANDES POR 100 C. C.

INFECCIONES, INSUFICIENCIAS HEPÁTICAS Y RENALES, DESNUTRIDOS
 EMBARAZO, CONVALESCIENTES Y POST OPERADOS

LABORATORIO ELES, S. A.

BARCELONA
(España)

