



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1713 - ¡ESTA PACIENTE TIENE PARKINSON!

J.I. Berrocoso Sánchez^a, J.I. Delgado Redondo^a, E. de Dios Rodríguez^a, C. Sánchez Peinador^b, C. Montero Sánchez^c, N. Diego Mangas^d, C. de Manueles Astudillo^d, G. Lucía Ramos^e, Á.F. Viola Candela^b y M. Robles Torres^e

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca.

^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca.

^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Garrido Sur. Salamanca. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 88 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, HTA, insuficiencia renal, hipotiroidismo, fibrilación auricular, insuficiencia mitral y tricuspídea, SAOS y depresión. Se encontraba en tratamiento con metformina, rosuvastatina, manidipino, olmesartan, levotiroxina, furosemida, amiodarona, levosulpirida y lorazepam. La paciente acudió a la consulta de atención primaria refiriendo dolor en la rodilla derecha con la deambulación, de inicio agudo, sin antecedente traumático. Llama la atención que la paciente presentaba una facies hipomímica, lenguaje monótono y lento y, al caminar, lo hacía con pasos cortos, sin braceo. Se realizó una exploración física más exhaustiva y todo parecía indicar que se trata de un parkinsonismo rígido-acinético. Se suspendió la levosulpirida, se inició tratamiento con levodopa y se derivó a la paciente al neurólogo. Para la gonalgia se le prescribió paracetamol y capsaicina tópica.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración destacaba rigidez en rueda dentada de las cuatro extremidades, bradicinesia, marcha con pasos cortos y ausencia de braceo. No se observó focalidad neurológica, la fuerza y la sensibilidad estaban conservadas. El neurólogo mantuvo la retirada de la levosulpirida y recomendó la retirada de la amiodarona bajo supervisión del cardiólogo. Solicitó además un DAT-SCAN, cuyo resultado fue compatible con la normalidad.

Juicio clínico: Discinesia tardía y leve síndrome rígido-acinético de probable origen farmacológico.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Parkinson, parkinsonismo vascular, parkinsonismo farmacológico.

Comentario final: Como médicos de atención primaria debemos sospechar el inicio de un parkinsonismo cuando el paciente nos relate los síntomas o cuando observemos que dichos síntomas aparecen en pacientes que acuden asiduamente a la consulta. Aunque el síntoma más conocido es el temblor, debemos saber que no siempre está presente. Sospecharemos enfermedad de Parkinson ante síntomas típicos como temblor de reposo, bradicinesia, rigidez e inicio asimétrico de los síntomas; y pensaremos en otro tipo de parkinsonismo si predomina la inestabilidad, aparece

demencia antes que síntomas motores, disautonomía importante o mala respuesta al tratamiento con levodopa. En cuanto al parkinsonismo farmacológico, debemos sospecharlo en pacientes que comienzan con síntomas y se encuentran en tratamiento con algunos de estos fármacos: neurolépticos, benzamidas (sulpirida), deplecionantes dopaminérgicos, antagonistas del calcio, amiodarona, ácido valproico, ISRS, litio, meperidina, metildopa, inhibidores de la colinesterasa. Nuestra actuación desde atención primaria ante un paciente con sospecha de parkinsonismo farmacológico consistirá en retirar o sustituir el fármaco(s) potencialmente responsable y derivar al neurólogo (antes de 6 meses) a ser posible sin haber iniciado ningún tratamiento. El DaTSCAN suele ser normal en el temblor esencial, temblor distónico y en el parkinsonismo de origen farmacológico, vascular o psicógeno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo Andaluz de Trastornos del Movimiento, Sociedad Andaluza de Neurología. Recomendaciones de práctica clínica en la Enfermedad de Parkinson; 2012. p. 27-41; 163-70.