



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2952 - Porque no todo temblor de reposo es Enfermedad idiopática de Parkinson

N. Valiño Ferraces^a, P. Cabanelas Pousa^b, N. García Varela^c, P. Montalvá García^d y Z. Cuesta Loidi^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepción Arenal. A Coruña.^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Conxo. A Coruña.^cMédico de Familia. Centro de Salud de Vite. A Coruña.^dMédico de Familia. Centro de Salud Valdezara Sur. Madrid.^eMédico de Familia. Centro de Salud Kueto. Bizkaia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 88 años que vive sola desde fallecimiento de su marido. Varias veces al día tiene una cuidadora que le ayuda con la toma de medicación y las tareas de casa. La familiar, que hace 6 meses que no la ve refiere que la nota con fascies seria, lenta, somnolienta... con gran rigidez. Pérdida de peso importante que no sabe precisar. Preguntando por medicación la familiar refiere su médico pautó hace 6 meses haloperidol en gotas por agitación nocturna.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada en 3 esferas. Fascies hipomímica. Cauquexia. Marcada bradipsiquia y bradilalia. NRL: temblor reposo mano derecha. Reflejo fotomotor conservado y consensuado. PPCC normales. No déficit motor ni sensitivo. No dismetrías ni diadococinesias. Marcada dificultad para el inicio de la marcha. RCP flexor bilateral. Romberg no valorable.

Juicio clínico: Parkinsonismo.

Diagnóstico diferencial: Denominamos parkinsonismo al cuadro que genera síntomas frecuentes en la enfermedad de Parkinson tales como hipomimia facial, dificultad para inicio del movimiento, voz suave y bradilalia, rigidez del tronco, los brazos o las piernas y temblor de reposo. El parkinsonismo secundario puede ser causado por trastornos como encefalitis, meningitis o accidente cerebrovascular. Otras entidades que pueden generar daño neuronal a nivel de la neuronas dopaminérgicas son la degeneración corticobasal, la enfermedad de los cuerpos de Lewy o la parálisis supranuclear progresiva que se presentan a menudo acompañadas de cierto grado de deterioro cognitivo y de diagnóstico complejo y tardío. Otra causa común de parkinsonismo secundario y no despreciable en nuestro medio son los medicamentos, como antipsicóticos (haloperidol), metoclopramida, fenotiazinas. De igual modo no debemos dejar de lado que los pacientes expuestos a monóxido de carbono o con sobredosis de narcóticos podrán presentar de igual modo síntomas de parkinsonismo secundario.

Comentario final: Se realizan pruebas complementarias (analítica de sangre y TC cerebral) que resultan normales. Se retira haloperidol y se mantiene a la paciente en observación presentando a las 24 horas evolución favorable remitiendo gran parte de los síntomas como la bradilalia y la bradipsiquia, quedando confirmado que la paciente presentaba un parkinsonismo secundario a antipsicóticos.

Bibliografía

1. Jankovic J. Movement disorders. En: Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, Mazziotta JC, eds. Bradley's Neurology in Clinical Practice, 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2012.
2. Lang AE. ¿Cuándo y cómo se debe iniciar el tratamiento en la enfermedad de Parkinson? Neurología. 2009;72(7 Suppl):S39-43.

Palabras clave: *Parkinsonismo. Temblor.*