



242/1937 - DOCTOR, MI BRAZO SE HA VUELTO PEREZOSO...

Á. Fernández Huergo^a, T. Flores Lunar^a, M. Miguel Abanto^b, M. Noguero Álvarez^b, T. Rincón Sánchez^c y M. Ramírez Reyes^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. Madrid.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. Madrid. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina

Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. Madrid. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 55 años sin antecedentes de interés que acude por omalgia izquierda de 3 días evolución con temblor en brazo izquierdo. En la anamnesis dirigida identificamos debilidad progresiva y mano torpe izquierda desde hace un mes. Su marido añade que también "arrastra la pierna izquierda cuando camina". Algunas veces se atraganta con líquidos. No tiene otra focalidad neurológica. Refiere hace 2 meses traumatismo leve en dicho hombro, sin clínica hasta ahora. No otro desencadenante aparente.

Exploración y pruebas complementarias: Glasgow 15. Hipomimia con reflejo glabellar positivo. Funciones superiores, PPCC y pruebas cerebelosas normales. No claudicación de miembros. Rigidez en rueda dentada moderada con temblor de reposo y torpeza para movimientos finos en mano izquierda e hipo/bradicinesia en miembros izquierdos. Disminución del braceo en la marcha. Sensibilidad conservada. Resto normal. AS con iones, TSH, ác. fólico, vitamina B12 normales. Serologías negativas. TC craneal normal, radiografía cervical normal.

Juicio clínico: Síndrome rígido-acinético asimétrico izquierdo, probable enfermedad de Parkinson idiopática.

Diagnóstico diferencial: Neuralgia periférica por compresión cervical, ACVA, demencia supranuclear progresiva, demencia por cuerpos de Lewy.

Comentario final: El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa crónica y progresivamente incapacitante que afecta a la sustancia negra del SNC, provocando una disminución de producción del neurotransmisor dopamina. Clínicamente se traduce en: afectación motora con rigidez generalizada, dolores articulares sin otra causa asociada y pérdida de expresión facial; afectación del movimiento con bradicinesia y temblor de reposo, además de afectación de la coordinación. La clínica de inicio es insidiosa y unilateral, progresando posteriormente a bilateral, lo que dificulta su diagnóstico precoz que es clínico, y acrecenta el número de diagnósticos diferenciales posibles. La enfermedad aparece alrededor de los 60 años y es de etiología idiopática. No tiene cura pero existen tratamientos farmacológicos encaminados a entretener su progresión por lo que es esencial que el médico de AP conozca los criterios diagnósticos para realizar una actuación temprana.

Bibliografía

1. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). Parkinson's Disease: Hope Through Research: NIH Publication No. 15-139 [Internet]. Bethesda (MD): National Institutes of Health (US); 2014. Disponible en: <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Hope-Through-Research/Parkinsons-Disease-Hope-Through-Research>

Palabras clave: Enfermedad de Parkinson idiopática. Temblor.