

## 424/398 - ME CAIGO POR TODAS PARTES

M. Pejenaute Labari<sup>1</sup>, P. López Company<sup>2</sup>, J. López Juan<sup>2</sup> y M. Ricote Belinchón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente 75 años hipertensa, acudió a consulta por presentar desde hacía 5 meses inestabilidad, sin giro de objetos, focalidad neurológica ni otra sintomatología asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** La exploración física muestra amimia, marcha lenta, bradicinesia sin rigidez, temblor ni alteración cognitiva. El análisis de sangre y electrocardiograma son normales y la radiología simple de columna cervical confirma signos de cercicoartrosis.

**Orientación diagnóstica:** Se derivó a neurología con diagnóstico de probable enfermedad de Parkinson completó estudio con RNM cervical en la que se observó estenosis de canal cervical C4 C5, radiología de troncos supra-aórticos que identifican ateromatosis carotidea, TAC y RMN craneal normales, por lo que se diagnostica de alteración del equilibrio no neurológica. La paciente empeoró durante los siguientes 4 meses con incremento de su desequilibrio y varias caídas. Se deriva nuevamente a neurología que le realiza DATSCAN objetivándose hipocaptación en putamen izquierdo, es diagnosticada de síndrome de Parkinson plus tipo atrofia multisistémica, e iniciándose tratamiento con levodopa y amantadina sin mejoría. En el momento actual la paciente es dependiente para todas las ABVD excepto comer.

**Diagnóstico diferencial:** La atrofia multisistémica es un conjunto de síndromes neurodegenerativos que se caracteriza por parkinsonismo, disfunción autonómica, cerebelosa y degeneración cortico espinal, tiene una incidencia anual de 3/100.000 habitantes. Su etiología es desconocida, aunque se sugiere trastorno primario de la glía. Clínicamente se manifiesta como parkinsonismo rígido acinético, inestabilidad postural, fallo autonómico, signos piramidales y ataxia cerebelosa. Se clasifica en dos subgrupos según predomine el parkinsonismo o la ataxia. El diagnóstico se basa en la clínica. Las pruebas de neuroimagen no son específicas y sirven junto con la escasa respuesta a la levo dopa como ayuda en el diagnóstico diferencial que debe realizarse con enfermedad de Parkinson, parálisis supranuclear progresiva y degeneración corticobasal. Se utiliza para el tratamiento levodopa y fármacos dopaminérgicos pero su evolución suele ser hacia una progresión rápida independiente del mismo.

**Comentario final:** La inestabilidad es muy frecuente en los ancianos, la progresión de la misma debe hacernos sospechar etiologías infrecuentes.

### Bibliografía

- Factor S, Doss C. Multiple system atrophy: Clinical features and diagnosis.(Internet). Hurting (MA): Up To Date; 2019 (acceso 6 mayo 2019). Disponible en: <http://www.uptodate.com>

**Palabras clave:** Atrofia multisistémica.