

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

424/2361 - EFECTOS SECUNDARIOS FLECAINIDA VS PARKINSONISMO

V. López de Priego García, D. López Chaves, M. Cano Talavera y J. Garzón Aguilar

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 69 años con antecedentes: HTA, FA paroxística a 60 lpm, ictus isquémico cardioembólico (2013/2014), esteatosis hepática, polipectomía en recto. No fumador y exbebedor. Tratamiento habitual: dabigatrán 150 mg/12h, losartán/Hctz 100/12,5 mg/24h, fluticasona/salmeterol 25/250 ?g, flecainida 100 mg/12h, bisoprolol 5 mg/24h, omeprazol 20 mg/24h. Acudió a consulta por sensación de mareo de dos meses de evolución, con aumento incontrolable de la celeridad del paso, produciéndole varias caídas.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado, pupilas normorreactivas, pares craneales normales, fuerza y sensibilidad conservadas. Sin clínica de cerebelopatía. Romberg negativo. Marcha atáxica con flexión de tronco, sin aumento de base de sustentación, con aceleraciones. Hipoacusia. ECG en FA a 100 lpm. Holter sin hallazgos. Desde Atención Primaria se prescribieron ayudas físicas para la marcha y se derivó a Neurología y Cardiología. Acudió a urgencias por aumento de inestabilidad de miembros inferiores que dificultaba su marcha. Desorientado, no respondía adecuadamente a órdenes, sin coordinación para maniobra dedo-nariz, marcha atáxica y disdiadiococinesia difícilmente valorables. Se realizó TAC de cráneo sin apreciar lesiones agudas.

Orientación diagnóstica: Probable parkinsonismo vascular. Inició tratamiento con medio comprimido diario de levodopa/carbidopa 100/25 mg que se incrementó hasta medio comprimido/8h por persistencia de síntomas. Finalmente se suspendió por los efectos secundarios.

Diagnóstico diferencial: Se ingresó para estudio por alteración de la marcha de más de un año de evolución, inestabilidad durante más de un mes que imposibilitaba la bipedestación y movimientos mioclónicos de miembros inferiores. Se realizó analítica descartando enfermedad autoinmune, tiroidea, carencial, por depósito, tumoral y por lúes. Se realizaron TC y RM cráneo, EEG, RM columna, estudio neurofisiológico; sin encontrar hallazgos que justificaran la sintomatología, sospechándose causa yatrogénica por flecainida. Tras la suspensión de la misma, presentó mejoría importante del cuadro aproximándose a su estado basal anterior.

Comentario final: Ante un paciente polimedicado con un cuadro atípico sin causa subyacente debe sospecharse causa yatrogénica e investigar posibles reacciones adversas de la medicación. Sobre la flecainida, ya estaban recogidas en su ficha técnica las reacciones adversas: mareos, ataxia, síncope, temblor, neuropatías periféricas, convulsiones, disquinesias, tinnitus y vértigo.

Bibliografía

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica. Disponible en:
https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/79337/FichaTecnica_79337.html.pdf

Palabras clave: Parkinsonismo. Flecainida. Yatrogenia.