

424/220 - ¿POR QUÉ NO VA BIEN ESTE PARKINSON?

F. Vallejo Somohano¹, A. Sánchez Calso², C. Aubert³, M. Antón Sanz⁴, P. Bravo Viejo⁵ y M. Ulecia Langa⁶

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. ²Médico de Familia. Centro de Salud Galapagar. Madrid. ³Médico de Familia. Centro de Salud Torrelodones. Madrid. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Alpedrete. Madrid. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lavapiés. Madrid. ⁶Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 68 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, obesidad, hipertensión arterial y enfermedad de Parkinson diagnosticada a los 65 años. Presenta rigidez, bradiquinesia e inestabilidad. También temblor postural, incontinencia urinaria y estreñimiento. Tratamiento habitual: levodopa/carbidopa/entocarpona 100/25/200 mg/12 horas. Metformina/sitagliptina 1.000/50 mg/12 horas. Enalapril 10 mg/12 horas. Lactulosa 10 cc/día. Mirabegron 50 mg/día. La paciente aqueja mal control de síntomas neurológicos por persistencia de inestabilidad y mala coordinación. Refiere repentinas caídas al suelo porque se queda sin fuerza, sin perder el conocimiento (conocidas como drop attacks, por disfunción del sistema nervioso autónomo).

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada. Bien hidratada y perfundida. TA 136/78 mmHg en decúbito y 116/64 mmHg en ortostatismo. FC: 76 lpm Sat O2 97%. ACP normal. Abdomen normal. Neurológico: ataxia, rigidez, inestabilidad postural, temblor postural pero no de reposo y disdiacocinesias. RMN: test de mesa basculante.

Orientación diagnóstica: Enfermedad de Parkinson con mala evolución clínica, hipotensión ortostática y síntomas de disfunción del sistema nervioso autónomo (atrofia multisistémica o enfermedad de Shy-Drager).

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Parkinson. Demencia con cuerpos de Levy. Parálisis supranuclear progresiva. Neuropatías autónomas. Insuficiencia neurodegenerativa. Infartos cerebrales múltiples.

Comentario final: Se trata de un trastorno neurodegenerativo progresivo que origina disfunción piramidal, cerebelosa y neurovegetativa que se caracteriza por una degeneración neuronal con cuerpos de inclusión citoplasmáticos que contienen sinucleína en varias zonas del encéfalo. Debemos sospecharlo ante un parkinsonismo que no responde a levodopa y empeora con entocarpona, asociado además a alteraciones cerebelosas y disfunción del sistema nervioso autónomo.

Bibliografía

1. Fanciulli A, Wenning GK. Multiple-system atrophy. N Engl J Med. 2015;372:249-63.
2. Castrillo A, Gil-Polo AC, Gutiérrez-Ríos R, Mendoza-Rodríguez A. Neuroimagen en los parkinsonismos. RMN y sonografía transcraneal. Rev Neurol. 2012;54(Supl. 4):S23-S31.

Palabras clave: Parkinson. Ortostatismo. Drop-attack.