

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

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

F. Vallejo Somohano<sup>1</sup>, A. Sánchez Calso<sup>2</sup>, C. Aubert<sup>3</sup>, M. Antón Sanz<sup>4</sup>, P. Bravo Viejo<sup>5</sup> y M. Ulecia Langa<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid.<sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Galapagar. Madrid. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Torrelodones. Madrid. <sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Alpedrete. Madrid. <sup>5</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lavapiés. Madrid. <sup>6</sup>Médico 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.