

424/454 - UNA TRISTEZA DEL TAMAÑO DE UNA ACEITUNA

D. Martín Enguix¹, C. Morales Rodríguez², B. Ortiz Oliva³ y A. Hidalgo Rodríguez⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Caleta-Albayda. Granada. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Matilde es el nombre de nuestra paciente de 74 años que lleva en nuestro cupo de atención primaria desde hace 8 años, se mudó desde el norte de España al jubilarse con Juan su marido. Matilde, siempre ha llevado una vida tranquila sin demasiados sobresaltos. Hace dos años nuestra paciente comenzó con un cuadro insidioso de tristeza, irritabilidad, insomnio, dejó de interesarse por sus aficiones habituales (bailar con su marido, ir a clases de manualidades en el barrio...), también perdió 5 kg por disminución del apetito. Tras dos semanas con esta clínica diagnosticamos a Matilde de depresión. Nunca encontramos un acontecimiento vital desencadenante claro. Matilde padecía hipertensión arterial y solo tomaba enalapril 10 mg cada 12 horas. Nunca había consumido alcohol ni otros tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias: Se inició tratamiento con fluoxetina, un inhibidor selectivo de recaptación de serotonina, junto con psicoterapia breve para tratar su depresión, pero no fue efectiva y se sustituyó por venlafaxina, un inhibidor selectivo de serotonina y noradrenalina, con la que experimentó una discreta mejoría. Ante la tórpida evolución decidimos remitir a Matilde a Salud Mental donde está en seguimiento desde hace dos años por un cuadro de distimia que no termina de mejorar. Hace 6 meses empezamos a notar que la expresión facial de nuestra paciente había cambiado, se había tornado inexpresiva, sus pasos eran cada vez más cortos y sus movimientos más lentos, se quejaba además de que cada vez percibía menos los olores. Ante dicha clínica remitimos al servicio de neurología, donde tras la realización de un DaTscan confirma nuestra sospecha inicial de Parkinson en estadio 2 de Hoehn y Yahr.

Orientación diagnóstica: Enfermedad de Parkinson.

Diagnóstico diferencial: En cuadros depresivos de tórpida evolución debemos considerar la presencia de enfermedades orgánicas o tóxicos como desencadenantes. También hay que considerar otros trastornos mentales que puedan cursar con clínica depresiva como el TADH, trastorno bipolar, trastorno adaptativo, el duelo patológico o la esquizofrenia.

Comentario final: La mitad de los pacientes con enfermedad de Parkinson presenta clínica depresiva y hasta en un 1/3 como primera manifestación de la enfermedad. Suele cursar tópidamente y la respuesta al tratamiento suele ser escasa. La detección temprana es un reto importante para la Atención Primaria.

Bibliografía

1. Ravina B, Camicioli R, Como P, et al. The impact of depressive symptoms in early Parkinson disease. *Neurology*. 2007;69(4):342-7.

Palabras clave: Depresión. Parkinson. Primaria.