

333/331 - PARKINSONISMO SECUNDARIO A PREGABALINA

M. Corrales Navarro¹, A. Gala González¹, A. Reyes Torres¹.

¹Médico EBAP. Centro de Salud Palma del Río. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años de edad con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal crónica grado I, HTA, dislipemia, síndrome ansioso depresivo, escoliosis dorso lumbar severa. Tratamiento actual con Metformina 850 mg., Enalapril 20 mg., Atorvastatina 40 mg., Citalopram 20 mg. y Pregabalina 75 mg cada 12 horas. Acude a la consulta tras haber sufrido hace 3 días un fallo renal agudo secundario a contraste intravenoso de TAC abdominal con diagnóstico de hernia paraduodenal, por presentar desde hace 48 horas bradipsiquia, sensación de mareos, disartria, somnolencia, incapacidad para la deambulación, rigidez de movimientos, disminución de la expresión facial, de evolución súbita así como la expresión de los síntomas más marcada.

Exploración y pruebas complementarias: Afectación del estado general consciente, buena colaboración y orientación, exploración neurológica: PINLA, MOEC, Fuerza Motora Conservada, Romberg con lateralización a la derecha. Se realiza toma de constantes presentando TA: 130/70 mmHg, FC 90 lpm, Saturación O2 99%, afebril; ACR: Tonos rítmicos, sin soplos, buen murmullo vesicular, sin ruidos patológicos añadidos; Abdomen blando, depresible, no masas ni megalías, sin signos de irritación peritoneal. Se solicita como primera prueba complementaria una analítica dentro de los parámetros de la normalidad, estudio de coagulación normal, bioquímica general glucemia e iones normales, creatinina 1.52 mg/dl (previa de 72 horas 3.82 mg/dl) y PCR normal. Se decide solicitar TAC Craneal que es normal. Se solicita RMN Cerebral y se cita en consulta externas de Neurología para completar estudio. Tratamiento. En la primera consulta de atención primaria se retira Pregabalina de su tratamiento habitual ante la sospecha de estar frente a un síndrome de Parkinsonismo secundario. La paciente en el contexto del trascurso de los días la sintomatología va mejorando hasta llegar a desparecer y encontrándose asintomática cuando es reevaluada en la consulta una semana después.

Juicio clínico: Parkinsonismo Secundario.

Diagnóstico diferencial: Accidente Cerebro Vascular. Enfermedad de Alzheimer. Glioblastoma. Cualquier Patología Neurológica.

Comentario final: Los trastornos del sueño en la enfermedad de Parkinson constituyen un problema frecuente cuyo mecanismo fisiopatológico probablemente se deba a una combinación de factores como la neurodegeneración de estructuras dopamínergicas y no dopamínergicas y al efecto del propio tratamiento antiparkinsoniano. Se trata de una patología infradiagnosticada, que debe tratarse porque mejora sustancialmente la calidad de vida de los pacientes. Las intervenciones farmacológicas sobre uno de los síntomas pueden empeorar o incluso hacer que aparezcan otros. Por ello, es importante identificar las causas

de forma individualizada.

Bibliografía

Mondragón-Rezola E, Arratibel-Echarren I, Ruiz-Martínez J, Martí-Massó JF. Trastornos del sueño en la enfermedad de Parkinson: insomnio y fragmentación del sueño, hipersomnia diurna, alteraciones del ritmo circadiano y síndrome de apnea del sueño. *Rev Neurol* 2010; 50 (Supl 2): S21-6.

Olanow CW, Stern MB, Sethi K. The scientific and clinical basis for the treatment of Parkinson disease. *Neurology* 2009; 72 (Suppl 4): S1-136.

Palabras clave: Parkinsonismo. Pregabalina. Atención Primaria.