



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-349 - ENFERMEDAD DE PARKINSON

G. Zambrana Calvi, M. Camacho Martos, G. Pérez Darnaudguilhe y G. Zambrano Granella

CS Ciudad Real 3.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años de edad, procedente de Vitoria. Sin antecedentes personales ni familiares de interés. Ocupación: ofimática. Refiere que hace 1-2 años comenzó a presentar de manera progresiva torpeza, lentitud y perdida de habilidad para la realización de movimientos finos en la mano derecha con incapacidad para llevar a cabo actividades manuales y disminución del braceo. Nota que las letras las escribe más pequeñas. No refería temblor en ninguna de sus variantes. Niega tratamiento con fármacos.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración neurológica mostraba una facies hipomímica y un lenguaje moderadamente hipofónico. La motilidad ocular y resto de los pares craneales normal. Los reflejos osteotendinosos se encontraban simétricos a 2/4 y el reflejo cutaneoplantar era flexor bilateral. No se apreciaba temblor de reposo, de actitud o cinético. Existía una rigidez en “rueda dentada” en miembro superior derecho con ausencia de braceo con una importante bradicinesia de grado 2/4 para los movimientos de la mano derecha. En la extremidad inferior derecha bradicinesia grado 2/4. Podía levantarse sin apoyo de una silla y al caminar presentaba un muy discreto arrastre del pie derecho. Se mantenía estable en la posición de Romberg y no se observaban dismetrías en las maniobras cerebelosas. Analítica: función hepática, TSH, Ca (dentro de valores normales). Radiografía de tórax: normal. TAC craneal: normal.

Juicio clínico: Enfermedad de Parkinson.

Diagnóstico diferencial: Atrofia multisistémica, parkinsonismos atípicos.

Comentario final: Al paciente se derivó a consultas de neurología como síndrome rígido-acinético bilateral y simétrico, sin temblor y con un trastorno de la marcha. Y se hizo seguimiento desde atención primaria. El paciente presentó una respuesta favorable pero no brillante, a los agonistas dopamínergicos pautados y, al cabo 18 meses, fue necesario asociar levodopa (1.000 mg al día) por un empeoramiento global de su bradicinesia. A los 6 años desde el inicio de los síntomas, comenzó a presentar movimientos involuntarios (discinesias) de tipo distónico, invalidantes con dificultad para moverse acompañado de caídas frecuentes que afectaban a la cara. Cuatro meses después presentó incontinencia del esfínter vesical, dificultad para articular el lenguaje y dificultad para la deglución pero podía conciliar el sueño y no tenía pérdida de memoria. El paciente falleció a los 8 años después de iniciar los síntomas. El médico de Atención Primaria debe ser clave en el control de la evolución de la enfermedad de Parkinson después del diagnóstico. Para ello es fundamental el conocimiento de terapias alternativas de rehabilitación, acceso a ayudas y manejo de la terapia farmacológica, tanto del propio tratamiento como de las complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Xu LY, Liu A, Kerr HA. Livedo reticularis from amantadine. Skinmed. 2011;9:320-1.
2. Ficha Técnica de EMEA de Mirapexin® 1,05 retard.