



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



452/118 - CUANDO EL BIEN, A VECES, HACE MAL...

J. Ballesta Fuentes¹, I. Marín Subero², B. Urdín Muñoz³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torraramona. Zaragoza. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 72 años que como antecedentes de interés presenta trastorno bipolar (en tratamiento con plenur 400 mg 3 veces al día y risperdal 60 mg 1,5 comprimidos al día) e hipotiroidismo, que acude a Urgencias por presentar bradipsiquia de 2-3 meses de evolución asociado a torpeza al andar de varios días de evolución siendo en el día de la consulta mucho más acentuada ya que casi se cae. No refieren otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración neurológica presenta bradipsiquia, Romberg lateralizado y una marcha lenta arrastrando los pies, el resto de la exploración sin hallazgos relevantes. Se realiza analítica de sangre siendo normal y con niveles de litemia en 1,29 (normal entre 0,6 y 1,2). Se realiza Rx tórax sin hallazgos de interés. Se realiza TAC craneal descartando causa vascular ni hidrocefalia crónica del adulto. Se realiza consulta con Neurología donde aprecian hipomimia, festinación, marcha lenta, bradicinesia marcada con gran rigidez en las extremidades y alteración de los reflejos posturales. Tras hablar con ellos les impresiona de síndrome parkinsoniano en contexto de litio y risperdal (el paciente lleva más de 15 años tomándolos), indican de retirar dicha medicación y que tras periodo de lavado de 1 mes volver a valorar para ver si realmente la patología que presenta es secundario a fármacos. Tras esto, se realiza interconsulta con Psiquiatría ajustando el tratamiento y siendo dado de alta con control por su médico de Atención Primaria e interconsulta con Neurología si la clínica no mejora. A la semana siguiente acude a seguimiento por su médico de Atención Primaria con clara mejoría de la sintomatología tras el ajuste del tratamiento.

Juicio clínico: Parkinsonismo de origen farmacológico.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Parkinson. Demencia. Hidrocefalia crónica del adulto.

Comentario final: Nuestros pacientes en atención primaria, sobre todo los pacientes pruripatológicos, ingieren una gran cantidad de medicamentos, pudiendo presentar efectos adversos e interacciones. La idea de este caso clínico es que tengamos en cuenta estas interacciones y efectos secundarios cuando nuestros pacientes vienen consultándonos por síntomas a nuestra consulta de primaria, pues hay veces, como es en este caso, que la clínica no se debe a una patología en concreto sino que es provocada por su tratamiento habitual de tantos años de evolución.

Bibliografía

Guía clínica de Enfermedad de Parkinson [Internet]. Fistera.com. 2019 [acceso Noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/enfermedad-parkinson/>

Palabras clave: RAM. Parkinson. Bradipsiquia.