



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/450 - DETERIORO PROGRESIVO DE LA MARCHA

S. Santana Alviz<sup>1</sup>, M. Barrabés Solanes<sup>2</sup>, A. Arrieta Salinas<sup>1</sup> y A. Herrero Azpiazu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. Navarra.

<sup>2</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azpilagaña. Pamplona. Navarra.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 65 años. En seguimiento por Neurología por bloqueos de la marcha inespecíficos desde 2016, sin evidencia de enfermedad de Parkinson en dicho momento. En tratamiento con levodopa/benserazida 200/50 mg cada 8h, sin mejoría. En seguimiento en atención primaria por ansiedad, se deriva a Psiquiatría para valoración y se pauta tratamiento con zolpidem 10 mg/24h y alprazolam 0,5 mg/12h. Acude refiriendo deterioro progresivo de la marcha en los últimos 15 días, permaneciendo encamado y con pañal la última semana, por pérdida de fuerza de extremidades; control de esfínteres conservado. Además, aqueja lentitud de movimientos y temblor de extremidades inferiores. Niega caídas recientes. Asocia empeoramiento de la ansiedad en los últimos 2 meses (fallecimiento de padres, desempleo...). Relaciona la progresión de clínica motora con el empeoramiento del estado anímico, sin buena respuesta a ansiolíticos. Se deriva a urgencias para valoración y descartar patología aguda urgente que justifique la rápida evolución del cuadro.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemodinámicamente estable. Consciente y orientado. Hipomimia fluctuante. No temblor de extremidades en reposo. Leve rigidez bilateral simétrica, sin rueda dentada. Fuerza 4/5, sensibilidad conservada. Babinski bilateral. Analítica sanguínea y sedimento: normales. Radiografía de tórax: sin alteraciones. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 69 latidos por minuto. TAC craneal: normal.

**Orientación diagnóstica:** Ingresa en observación a cargo de Psiquiatría por sospecha de trastorno conversivo, se inicia tratamiento con diazepam intravenoso.

**Diagnóstico diferencial:** Trastorno conversivo. Síndromes rígido-acinéticos: enfermedad de Parkinson, parkinsonismos atípicos: parálisis supranuclear progresiva, parkinsonismos heredodegenerativos: Huntington, Wilson..., parkinsonismos secundarios: fármacos, hipoparatiroidismo, encefalopatía hepática.

**Comentario final:** Al no presentar mejoría tras diazepam, se decide valoración por parte de Neurología y se solicita gammagrafía morfofuncional, objetivando lesión dopaminérgica presináptica. Se diagnostica al paciente de parálisis supranuclear progresiva de rápida evolución. Actualmente sigue tratamiento con levodopa/carbidopa 25/100 mg cada 8 horas, sertralina 100 mg/24h y clonazepam 0,25 mg. Conclusiones: son muy importantes la anamnesis, exploración física y diagnóstico diferencial. A pesar de tener antecedentes psiquiátricos, debemos descartar la existencia de una patología orgánica subyacente.

## **Bibliografía**

1. Prieto J. Guía de actuación sobre la enfermedad de Parkinson para profesionales de Medicina de Atención Primaria y Farmacia Comunitaria [Internet]. 2019 [consultado 31 May 2020]. Disponible en:  
[https://www.esparkinson.es/wp-content/uploads/2019/07/FEP.CGCOF\\_.SEN\\_.SEMERGEN.-Guia-parkinson-profesionales.pdf](https://www.esparkinson.es/wp-content/uploads/2019/07/FEP.CGCOF_.SEN_.SEMERGEN.-Guia-parkinson-profesionales.pdf)

**Palabras clave:** Ansiedad. Rigidez. Acinesia.