



## 242/3940 - CLÍNICA EXTRAPIRAMIDAL, ¿PENSARÍAMOS EN PATOLOGÍA TIROIDEA?

S. Rodríguez Casillas<sup>a</sup>, M. Cordero Cervantes<sup>b</sup>, M. Aceves Espinaco<sup>c</sup>, A. Martínez Seoane<sup>d</sup> y L. Fernández García<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. Asturias. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles-Colloto. Asturias. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Pola de Siero-Sariego. Asturias. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 86 años que acude a su médico de atención primaria por astenia intensa y alteración de la marcha. Refería notar dificultad al caminar y realizar los giros por inestabilidad. Presentaba calambres y sensación de rigidez en las piernas. Tuvo una ganancia de 4 kg de peso. Se decidió realizar una analítica completa y una interconsulta a neurología puesto que la edad, clínica y exploración eran compatibles con un síndrome parkinsoniano. En la analítica se observó un hipotiroidismo grave, de tal manera que se inició tratamiento tiroideo y se derivó a endocrinología. En el transcurso de la cita para neurología y endocrino se vuelve a citar varias veces al paciente, el cual refería encontrarse con notable mejoría y disminución de la rigidez en rueda dentada.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la primera consulta presentaba facies inexpresiva, no braceo con la extremidad superior izquierda, rigidez en rueda dentada y temblor. Se realizó analítica con hormonas y resultado se observó TSH 55,54 y T4L 0,19. En consultas de neurología se decidió solicitar un TAC de cráneo, que fue informado sin alteraciones de tipo demencial ni parkinsoniano. Actualmente se encuentra en seguimiento evolutivo.

**Juicio clínico:** Parkinsonismo hipotiroideo.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad de Párkinson, demencia por cuerpos de Lewy, parálisis supranuclear progresiva, demencia frontotemporal, parkinsonismo secundario a fármacos, tumor, infección, vascular, traumatismo, insuficiencia hepática, enfermedad de Wilson, enfermedad de Huntington, enfermedad por priones.

**Comentario final:** La notable mejoría con el tratamiento tiroideo nos ayuda a pensar que el probable foco de la clínica del paciente haya sido producido por el intenso hipotiroidismo que padecía. Es importante tener en la mente el diagnóstico diferencial de las distintas patologías aunque en un primer contacto nos impresione del diagnóstico más común por la edad del paciente.

### Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.

**Palabras clave:** Parkinsonismo. Hipotiroidismo.