



## 242/4712 - SÍNDROME PARKINSONIANO DE PROBABLE ORIGEN NEURODEGENERATIVO

M. Gutiérrez García<sup>a</sup>, S. Pérez Garrachón<sup>b</sup>, H. Avellón Liaño<sup>c</sup>, B. Vielba Dueñas<sup>d</sup>, L. Seco Sanjurjo<sup>b</sup> y E. Martínez Velasco<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tordesillas. Valladolid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Canterac. Valladolid. <sup>c</sup>Médico Adjunto de Neurología. Hospital Río Hortega. Valladolid. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Herrera de Pisuegra. Palencia. <sup>e</sup>Médico Adjunto de Neurología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 75 años. No alergias medicamentosas. Antecedentes familiares sin interés. A. personales: hemorragia intraparenquimatosa en 1995, con hemiparesia residual izquierda. Hipertensión arterial, dislipemia, glucemia basal alterada, hipertrofia benigna de próstata. Trombocitosis esencial desde 2006. En tratamiento con ácido acetilsalicílico 100 mg, atorvastatina 20 mg, ramipril 10 mg, hidroxycarbamida 500 mg y tamsulosina 0,4 mg. Independiente para actividades vida diaria. Presentó cuadro vertiginoso durante una semana, que respondió lentamente a tratamiento médico. Posteriormente sufre varios "mareos", por hipotensión y se cae en 3 ocasiones. A lo largo de varios meses le notan nicturia, incontinencia fecal leve, coxalgia bilateral, hiperhidrosis, cambios en el habla y voz, junto con tristeza y apatía. Movimientos anormales mientras duerme.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración neurológica al principio normal, salvo leve debilidad muscular generalizada. Analítica y serología completa: normal. A lo largo de varios meses desarrolló: rigidez apendicular de predominio en extremidades superiores. Marcha con disminución de la amplitud y cadencia del paso. Base de sustentación normal. Dificultad para los giros. Disminución bilateral de sincinesia de brazo. Hiponimia. Leve encorvamiento de espalda. Se deriva neurólogo, quien confirma exploración y tras pruebas neuroimagen normales, orienta al diagnóstico de síndrome parkinsoniano.

**Juicio clínico:** Síndrome parkinsoniano de probable origen neurodegenerativo.

**Diagnóstico diferencial:** Parkinsonismos neurodegenerativos. Enfermedad de Parkinson. Tumores. Hidrocefalia. Depresión. Hematoma subdural crónico.

**Comentario final:** Los síndromes parkinsonianos engloban varias enfermedades neurodegenerativas. La más común es el Parkinson con 200-300 casos por 100.000 habitantes. La clínica "no motora" aparece con más frecuencia antes de que aparezcan los síntomas "motores clásicos". Aunque suelen pasar desapercibidos, pueden preceder en años al diagnóstico. Incluyen alteraciones neuropsiquiátricas, sensitivas, alteraciones del sueño y disfunción autonómica. La identificación precoz en Atención Primaria de estos "síntomas prodrómicos" es fundamental para

hacer diagnóstico diferencial temprano y poder empezar tratamiento, para mejorar calidad de vida de estos pacientes.

## **Bibliografía**

1. Schrag A, Horsfall L, Walters K, Noyce A, Petersen I. Prediagnostic presentations of Parkinson's disease in primary care: A case-control study. *Lancet Neurol.* 2014;14:57-64.
2. Argandoña-Palacios L, Perdoná-Moratalla AB, Hernández-Fernández F, Díaz-Maroto I, García-Muñozguren S. Trastornos no motores de la enfermedad de Parkinson: introducción y generalidades. *Rev Neurológica.* 2010;50(Supp 2):S1-5.

**Palabras clave:** Enfermedad de Parkinson. Bradicinesia. Síntomas "no motores".