

En pacientes seleccionados con determinadas características el programa ha sido bien tolerado y se han obtenido buenos resultados funcionales, sobre todo en el grupo de FF.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Castellano Vela E, Gómez Pajares F, Rochina Puchades A, Gil Egea M. Factores asociados a mejoría funcional y nueva institucionalización en enfermos con intervención rehabilitadora en una unidad de media-larga estancia. *Rev Clin Esp.* 2010;210:1–10.
- Baztán JJ, González M, Morales C, Vázquez E, Morón N, Forcano S, et al. Variables asociadas a la recuperación funcional y la institucionalización al alta en ancianos ingresados en una unidad geriátrica de media estancia. *Rev Clin Esp.* 2004;204:574–82.
- Baztán JJ, Domenech JR, González M, Forcano S, Morales C, Ruy Pérez I. Ganancia funcional y estancia hospitalaria en la unidad geriátrica de media estancia del Hospital Central de Cruz Roja de Madrid. *Rev Esp Salud Pública.* 2004;78:355–66.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: Barthel index. *Md State Med J.* 1965;14:61–5.
- Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicía Clin.* 2011;72:11–6.
- Abizanda Soler P, Gallego Moreno J, Sánchez Jurado P, Díaz Torres C. Instrumentos de Valoración Geriátrica Integral en los servicios de Geriatría de España: uso heterogéneo de nuestra principal herramienta de trabajo. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2000;35:261–8.

- Baztán JJ, Fernández-Alonso M, Aguado R, Socorro A. Resultados al año de la rehabilitación tras fractura de fémur proximal en mayores de 84 años. *An Med Interna (Madrid).* 2004;21:433–40.
- Martínez de la Iglesia J, Duenñas R, Onís MC, Aguado C, Albet C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc).* 2001;117:129–34.
- Valderrama E, Baztán JJ, Molpaceres J, Fernández M, Isach M. Evaluación de la mejoría funcional y la estancia en una unidad de rehabilitación geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1997;31:200–6.
- Dietre G, Vilarmou MT. Evolución de la capacidad funcional y características de los pacientes ingresados en una unidad de convalecencia y rehabilitación. *Rev Mult Gerontol.* 2000;10:26–32.

Rosa Mora Ferrer^{a,*}, Àngels Abril Carreres^a, Roser Garreta Figuera^a y Jaume Sanahuja Mota^b

^a Servicio de Rehabilitación, Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Terrassa, España

^b Centro sociosanitario de la Fundació Vallparadís, Terrassa, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: r.mora.f@yahoo.es (R. Mora Ferrer).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.01.009>

Trastorno del control de impulsos asociado a agonistas dopaminérgicos en la enfermedad de Parkinson. A propósito de un caso



Impulse control disorders associated with dopaminergic agonists in Parkinson's disease. Case report

La enfermedad de Parkinson (EP) es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente en nuestro medio tras la enfermedad de Alzheimer. Esta, desde su diagnóstico, supone un impacto muy importante en la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores. La EP en España tiene una incidencia y prevalencia similar al resto de Europa. En España se estima que unos 300.000 pacientes están diagnosticados de EP¹. Los trastornos del control de impulsos (TCI) que incluyen hipersexualidad, ludopatía, compulsión por comer o comprar, han sido descritos en la EP; así como el *punding*, comportamiento estereotipado que comprende rituales motores automáticos, incluye recolección y colección de objetos, clasificación y organización de objetos, acaparamiento, generosidad imprudente, y *hobbyism* sin finalidad y que se acompañan de una sensación subjetiva de fascinación y placer. Debido a que los pacientes no suelen referir a su médico estas conductas, el TCI y el *punding* están infradiagnosticados en la práctica clínica^{2–5}.

Nuestro paciente es un varón de 78 años de edad, independiente para actividades de la vida diaria, con antecedentes de cardiopatía isquémica controlada con tratamiento farmacológico, deterioro cognitivo leve asociado a EP en tratamiento con neuropsicoestimulación en el hospital de día psicogeriátrico, EP (diagnosticada en el mes de marzo de 2012; con predominio de temblor sin rigidez). Tras el diagnóstico se inicia tratamiento con pramipexol a dosis ascendentes hasta 2,1 mg/día. El pramipexol se suspende por somnolencia en el mes de marzo de 2013 y se cambia por rotigotina parches a dosis ascendentes hasta 8 mg/día. En el mes de enero de 2014, se inicia rasagilina 1 mg/día por mínima rigidez. En julio de 2014, ante la aparición de rigidez generalizada, ausencia de braceo y limitación para la marcha se inicia carbidopa/levodopa

25/100 mg con 0,5 comp/8 h. La hija consultó en julio de 2015, refiriendo que su padre presentaba «compras exageradas» en el supermercado, compras de múltiples billetes de lotería, recolección de objetos desechados por los vecinos en contenedores de la calle (coleccionaba muñecos y cables), todo ello de inicio 4 meses antes. Recientemente, en junio de 2015, había sido valorado en consulta externa de psiquiatría, siendo diagnosticado de trastorno psicótico vs. síndrome de Diógenes, iniciándose quetiapina 150 mg/día, la cual se suspende al cuarto día por somnolencia diurna excesiva, sin substituirse por ningún otro neuroléptico. Durante la valoración por psiquiatría el paciente niega la existencia de una finalidad económica para la colección de dichos objetos.

Nos encontramos ante un paciente que presenta TCI y *punding* como síntomas primarios y no reconocidos por el paciente, siendo los familiares directos quienes han reportado la sintomatología y su interferencia con las actividades de la vida diaria. Decidimos suspender rotigotina de manera progresiva. Durante su evolución ha mantenido estabilidad clínica de la EP, presentando mínima rigidez de muñecas, hipomimia y discreto temblor de reposo. En la visita de enero de 2016, se decide aumento de la dosis carbidopa/levodopa 25/100 mg a 1-1-0,5 comp/día por aumento de la rigidez. Nos cercioramos del cese de la sintomatología asociada a TCI (compras compulsivas de lotería y en supermercado) y *punding* (recolección de objetos).

La prevalencia descrita de TCI asociado a la EP es del 13–26% cuando solo se incluyen pacientes con EP que estén en tratamiento con agonistas dopaminérgicos; asimismo la prevalencia del *punding* va del 14 al 34%. En todo caso, muy inferior a la prevalencia reportada de manera inicial que oscila entre el 2–8%^{2,3,6–8}. Se trata de síntomas que habitualmente no son reconocidos por los pacientes, ya que no los consideran discapacitantes o displacenteros; lo cual condiciona su infradiagnóstico^{2,3}.

En este caso, el paciente presentaba factores predisponentes para el desarrollo de TCI y *punding* (sexo masculino, años de evolución de la EP, tratamiento con agonistas dopaminérgicos)^{2,3}. Consideramos este caso de gran importancia en la práctica clínica

habitual del geriatra, y de todos aquellos profesionales involucrados en la atención del adulto mayor, debido a la prevalencia actual de la EP. Es por esto que una entrevista clínica dirigida a identificar esta sintomatología, realizada al paciente y familiares, nos puede ayudar a un correcto diagnóstico clínico. El adecuado conocimiento de la relación de la aparición del TCl/*punding* en los pacientes con EP y el tratamiento con agonistas dopaminérgicos por parte del médico y el personal sanitario son medidas que harán posible identificar de manera precoz estos síntomas, permitiendo el ajuste terapéutico necesario.

Bibliografía

- García-Ramos R, Mir P, López Valdés E, Ballesteros L, de Jesús S. Informe de la fundación del cerebro sobre el impacto social de la enfermedad de Parkinson en España. *Neurología*. 2013, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2013.04.008>.
- Sáez-Francàs N, Martí Andrés G, Ramírez N, de Fàbregues O, Álvarez-Sabín J, Casas M, et al. Factores clínicos y psicopatológicos asociados a los trastornos del control de impulsos en la enfermedad de Parkinson. *Neurología*. 2015, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2015.05.002>.
- Ávila A, Cardona X, Bello J, Maho P, Sastre F, Martín-Baranera M. Trastornos del control de los impulsos y *punding* en la enfermedad de Parkinson: la necesidad de una entrevista estructurada. *Neurología*. 2011;26:166–72.
- Fernandez HH, Friedman JH. *Punding* on L-dopa. *Mov Disord*. 1999;836–8.
- Djamshidian A, Poewe W, Högl B. Impact of impulse control disorders on sleep-wake regulation in Parkinson's disease. *Parkinsons Dis*. 2015, <http://dx.doi.org/10.1155/2015/970862>.
- Moore TJ, Glenmullen J, Mattison DR. Reports of pathological gambling, hypersexuality, and compulsive shopping associated with dopamine receptor agonist drugs. *JAMA Intern Med*. 2014;174:1930–3.
- Weiss HD, Marsh L. Impulse control disorders and compulsive behaviors associated with dopaminergic therapies in Parkinson disease. *Neurol Clin Pract*. 2012;2:267–74.
- Kelley BJ, Duker AP, Chiu P. Dopamine agonists and pathologic behaviors. *Parkinsons Dis*. 2012;2012:603631, <http://dx.doi.org/10.1155/2012/603631>. Epub 2012 Apr 5.

Andrés Gamboa Arango^{a,*}, María Teresa Bernal Bernal^b
y Enric Duaso Magaña^a

^a Servicio de Geriatría, Hospital de Igualada, Igualada, Barcelona, España

^b Servicio de Neurología, Hospital de Igualada, Igualada, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agamboa@csa.cat (A. Gamboa Arango).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.01.010>

Los reactantes de fase aguda en la neumonía inducida por daptomicina



Acute-phase reactants in daptomycin induced pneumonia

La eosinofilia pulmonar inducida por medicamentos (NEIM) es rara. La enfermedad se puede presentar con infiltrados pulmonares con eosinofilia, enfermedad pleural y neumonía eosinofílica aguda (NEA). La NEA es una causa poco frecuente de insuficiencia respiratoria aguda, por lo general se presenta con un rápido inicio de tos no productiva y disnea con hallazgos radiológicos inespecíficos. La etiología más común es idiopática¹. A continuación se describe el caso de un paciente que desarrolló NEIM relacionada con la administración de daptomicina. Comenzó sin presencia de fiebre ni sintomatología por aparatos, y fue detectada por elevación de los reactantes de fase aguda: proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación glomerular (VSG) (fig. 1).

Se trata de un varón de 80 años, sin alergias conocidas a medicamentos, ex-fumador, independiente en actividades básicas de la vida diaria y sin deterioro cognitivo. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC GOLD III), hipertensión arterial y cardiopatía isquémica con *flutter* paroxístico y CHA₂DS₂-VASc = 6, que requiere anticoagulación. Desde hace 10 años, clínica de claudicación intermitente por arteriopatía periférica, realizándose diversas intervenciones. Vuelve a presentar clínica, por lo que ingresa para realizar un *bypass* axilo-femoral que se ocluye, posteriormente realiza un *bypass* íleo-femoral miembro inferior izquierdo (MII) con Dacron®, y explante prótesis parcial de *bypass* axilo-femoral previo, que evoluciona desfavorablemente, precisando amputación supracondílea de MII por isquemia irreversible. En cultivo de explante de prótesis se aísla *Proteus vulgaris* y *Staphylococcus epidermidis*, se inicia tratamiento empírico con daptomicina + ertapenem, se desescaló a daptomicina + ciprofloxacino, según antibiograma, para mantener durante 4-6 semanas.

Se traslada a la unidad de cuidados continuos, 15 días después, para completar antibioterapia, finalizar curas y reeducación en actividades de la vida diaria. Buena evolución clínica: sin fiebre, cierre de heridas quirúrgicas y muñón con buen aspecto. Se realiza una analítica evolutiva, encontrándose elevación de pará-

metros de inflamación (RFA): PCR 25,5 mg/dl y VSG 120 mm, con respecto al mes previo (PCR 14,6 mg/dl y VSG 36 mm). Sin leucocitosis ($8,52 \times 10^9/l$) ni eosinofilia ($0,3 \times 10^9/l$). El paciente, no refiere tos, disnea ni expectoración. La exploración muestra taquicardia (130-140 lpm) e hipoxemia (SatO₂ 89-90%). La auscultación: rítmica, sin soplos. Crepitantes gruesos en hemitórax derecho y crepitantes, mucho más llamativos, en todo el hemitórax izquierdo; en este lado son finos y secos, de predominio teleinspiratorio. Se realizan hemocultivos (resultan negativos), radiografías de tórax (fig. 1A y B), y cambio de ciprofloxacino por ertapenem. Se descarta colección infecciosa en muñón mediante ecografía. Para descartar episodio de insuficiencia cardíaca se inicia tratamiento diurético, sin mejoría, y se completa el estudio con espudo inducido (resultado negativo), tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) torácico. Se plantea la posibilidad de NEIM, en relación con daptomicina; se cambia daptomicina por linezolid y se mantiene ertapenem. El paciente presenta mejoría clínica y funcional, así como de los parámetros analíticos (PCR 0,84 mg/dl y VSG 78 mm) y radiológicos (fig. 1C) Se desplaza en silla de ruedas y realiza transferencias independiente. Es alta de la unidad con tratamiento con cotrimoxazol hasta la revisión (fig. 1D).

La eosinofilia pulmonar constituye un grupo heterogéneo de patologías que comparten el hallazgo común de un aumento del número de eosinófilos en el parénquima pulmonar. La eosinofilia pulmonar inducida por medicamentos puede comenzar como un infiltrado asintomático, un derrame pleural, y/o NEA. Los criterios para el diagnóstico de la NEA incluyen enfermedad febril aguda de menos de 5 días de evolución, hipoxemia, infiltrados alveolar difuso o alveolo-intersticiales mixtos, lavado broncoalveolar (LBA) con >25% de eosinófilos, ausencia de etiologías infecciosas, y respuesta a corticoesteroides².

En el caso presentado se sospechó de neumonía eosinofílica inducida por daptomicina (NEID) debido al aumento de los RFA, pruebas de imagen y descartando otras causas (infecciosas, cardiovasculares...). A pesar de no presentar fiebre ni sintomatología por aparatos, se retira el fármaco y no se realiza un LBA para evitar una prueba invasiva y la buena situación clínica del paciente. No se ensayan corticoides por la buena evolución del cuadro.