

II JORNADA D'ATENCIÓ COMPARTIDA EN NEUROLOGIA

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL DE PARKINSONISME

Marta Sorribes Capdevila

Metge de família EAP Numància

Esteban Muñoz

Unitat de Parkinson i Trastorns del Moviment

Servei de Neurologia. ICN

Hospital Clínic de Barcelona

CAS CLÍNIC

Motiu de consulta:

Home de 64 anys que consulta per tremolor en la extremitat superior dreta.

Antecedents personals

- Jubilat
- Obesitat (IMC 35)
- Exfumador de 15 cigarretes/dia des de fa 15 anys
- Bebedor ocasional (caps de setmana)
- Hepatitis crònica B diagnosticada fa 9 anys. Controls a l' H. Clínic.
- Malaltia Vasculat perifèrica diagnosticada fa 9 anys. tractament amb AAS.
- Còlic nefrític fa 9 anys

Antecedents familiars

- Mare hipertensa
- **Pare afectat de malaltia de Parkinson als 60 anys.**

Malaltia actual

El pacient refereix que des de fa 2 anys nota **tremolor al dits de la ma dreta**. Es tracta bàsicament d'un tremolor de repòs, que el pacient nota especialment quan està assegut al sofà.

Es queixa també de **certa lentitud motora** i de **problemes de concentració, memòria i dificultats per escriure**. No refereix alteracions de la marxa o caigudes.

L'interrogatori dirigit evidencia la presència de **restrenyiment crònic** i **alteracions de la son** en forma moviments bruscos i somnilòquia. A més el pacient té molta somnolència diürna que la família relaciona amb el tractament farmacològic. També el pacient presenta **nictúria** i **incontinència urinària lleu d'esforç** així com **impotència coeundi** de llarga durada.

Exploració clínica

- TA 139/85, Pes 106 kilos (IMC 35)
 - ACR anodina.
 - Abdomen sense masses ni megàlies. Tou i depressible.
 - No adenopaties.
- NRL: Fàcies hipomímica . Moviments sacàdics oculars lents. Seguiment amb la mirada limitat en el pla vertical superior. Hipomímia. Discret tremolor en repòs i postural en la ESD. Bradicinèsia de predomini en EEII. Certa rigidesa ESD i EEII. Marxa normal. Reflexes posturals normals.



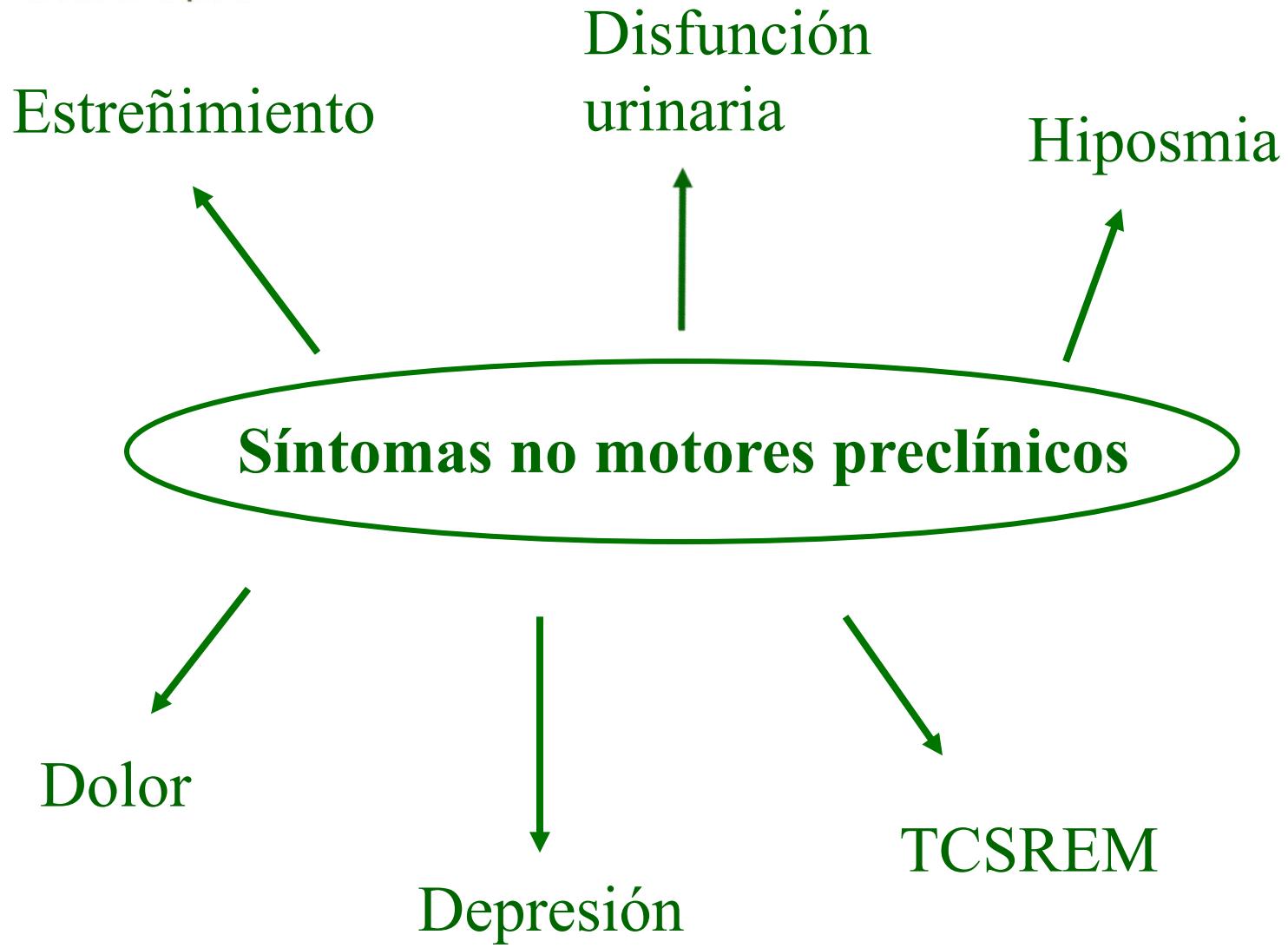
Exploracions complementàries

Analítica : Hemograma i VSG normal, Glucosa 112 mg/dl, Creatinina 1,16 mg/dl amb FG >60, Colesterol 189 mg/dl, Bilirrubina 1,85 mg/dl, Fosfatasa alcalina 65 U/L, GOT 25 U/L, GPT 28 U/L, GGT 27 U/L, TSH 1 uU/mL.

RM cerebral: A nivell substància blanca, petits focus de hipersenyal en T2 de característiques inespecífiques.
No altres alteracions.

CRITERIS DIAGNÒSTICS DE MALALTIA DE PARKINSON

- ✓ **Bradicinèsia** (lentitud del inici dels moviments voluntaris amb reducció progressiva de la velocitat y l'amplitud del moviment)
- ✓ **Al menys un del següents:**
 - Rigidesa muscular
 - Tremolor en repòs
 - Inestabilitat postural no atribuïble a un defecte visual, vestibular, del cervellet o disfunció propioceptiva.
- ✓ Criteris de recolzament:
 - Inici unilateral
 - Tremolor en repòs
 - Quadre progressiu
 - Asimetria persistent
 - Excellent resposta a levodopa



Nonmotor Symptoms as Presenting Complaints in Parkinson's Disease: A Clinicopathological Study

Sean S. O'Sullivan, MRCPI,¹ David R. Williams, PhD,^{1,2} David A. Gallagher, MRCP,³ Luke A. Massey, MRCP,¹ Laura Silveira-Moriyama, MD,¹ and Andrew J. Lees, FRCP¹

TABLE 1. Patient characteristics and presenting symptoms

	Total cases (N = 433)	Cases with "motor symptoms" at presentation (N = 342)	Cases without "motor symptoms" at presentation (N = 91)	P value
Male:female (%)	274:159 (63:37%)	215:127 (63:37%)	59:32 (65:35%)	NS ^a
Number of patients with a documented family history of PD (%)	31 (7%)	28 (8.2%)	3 (3.3%)	0.08 ^a
Age of PD onset mean ± SD	60.9 ± 10.4 years	60.6 ± 10.6 years	61.9 ± 9.5 years	NS ^b
Interval between symptom onset and diagnosis of PD; median, interquartile range (years)	1.1 (0.9–2.4)	1.0 (0.8–2.2)	1.6 (1.0–3.0)	0.001 ^c
Duration of PD before death; mean ± SD (years)	14.9 ± 6.9	15.3 ± 7.0	13.4 ± 6.6	0.016 ^b
Age of death; mean ± SD	75.8 ± 7.4	75.9 ± 7.6	75.3 ± 6.6	NS ^b
First symptoms including tremor	196 (45.3%)	196 (57.3%)	0	N/A
First symptoms including bradykinesia	136 (31.4%)	136 (39.8%)	0	N/A
First symptoms including rigidity	44 (10.2%)	44 (12.9%)	0	N/A
First symptoms including unspecified gait disturbance	51 (11.8%)	51 (14.9%)	0	N/A
First symptoms including pain	65 (15%)	17 (5%)	48 (52.7%)	N/A
First symptoms including urinary dysfunction	17 (3.9%)	2 (0.6%)	15 (16.5%)	N/A
First symptoms including depression or anxiety	11 (2.5%)	0	11 (12.1%)	N/A
Other symptoms	59 (13.6%)	34 (9.9%)	25 (27.5%)	N/A





SOSPITA DE PARKINSONISME ATÍPIC

- Pobre o nula resposta a levodopa
- Deteriorament cognitiu precoç
- Parkinsonisme simètric des del inici
- Disautonomia precoç (incontinència o hipotensió ortostàtica)
- Disfunció cervel·letosa (atàxia de la marxa, dismetria, incoordinació motora)
- Signos piramidals (Babinski, hiperreflexia, clonus)
- Oftalmoparesia
- Caigudes precoces
- Signes frontals (perseveració motora, “grasping”, conductes imitatòries, palilalia-ecolalia)
- Marcada rigidesa asimètrica
- Déficits sensitius corticals (asteroagnòsia, agrafiestesia)
- Apraxia
- “Alien limb”

CAUSES DE PARKINSONISME SECUNDARI

- ✓ Fàrmacs
 - Antagonistes dopaminèrgics (antipsicòtics, antivertiginosos, procinètics, trimetazidina)
 - Calciantagonistes (flunarizina, cinaricina)
 - “Antiarrítmics y antiepilèptics” (àcid valproic, amiodarona)
 - “Sals de liti”
- ✓ Patologia vascular cerebral (lesions estriatals, Binswanger)
- ✓ Hidrocefalia normotensiva
- ✓ Hematomes subdursals crònics
- ✓ Tòxics (MPTP, manganès, monòxid de carboni, metílic, mercuri, disolvents)
- ✓ Infeccions (SIDA, Creutzfeld-Jakob, Whipple, postencefalític)
- ✓ Alteracions metabòliques (Wilson, degeneració hepato-cerebral adquirida)
- ✓ Tumoral (tumors cerebrals, síndromes paraneoplàstics)

PARKINSONISMES ATÍPICS

- ✓ Malaltia per cossos de Lewy difusos
- ✓ Paràlisi supranuclear progressiva
- ✓ Atròfia multisistèmica
- ✓ Degeneració cortico-basal

ENFERMEDAD POR CUERPOS DE LEWY DIFUSOS

- Deterioro cognitivo
- Fluctuaciones cognitivas con variación pronunciada en atención y alerta
- Alucinaciones visuales recurrentes
- Parkinsonismo

Otros:

- Caídas repetidas
- Síncopes
- Pérdidas transitorias de conciencia
- Hipersensibilidad a neurolépticos
- Ilusiones sistematizadas
- Otras alucinaciones (auditivas, táctiles...)

Table 1 A comparison of clinical symptoms in Alzheimer's disease and dementia with Lewy bodies

	Dementia with Lewy bodies		Alzheimer's disease	
	At presentation (%)	Ever (%)	At presentation (%)	Ever (%)
Dementia	82 (40–100)	100	100	100
Fluctuation	58 (8–85)	75 (45–90)	6 (3–11)	12 (5–19)
Visual hallucinations	33 (11–64)	46 (13–80)	13 (3–19)	20 (11–28)
Auditory hallucinations	19 (13–30)	19 (0–45)	1 (0–3)	4 (0–13)
Depression	29 (7–75)	38 (12–89)	16 (9–38)	16 (12–21)
Parkinsonism	43 (10–78)	77 (50–100)	12 (5–30)	23 (19–30)
Falls	28 (10–38)	37 (22–50)	9 (5–14)	18 (11–24)
Neuroleptic sensitivity	61 (0–100)		15 (0–29)	

Figures show mean (range). Based upon 261 cases of Alzheimer's disease and 190 cases of dementia with Lewy bodies, with autopsy confirmation of diagnosis.



ATROFIA MULTISISTEMICA (MSA)

Enfermedad esporádica, progresiva, con inicio por encima de los 30 años, caracterizada por:

- **Incontinencia urinaria** (junto con disfunción eréctil en hombres) ○ **disminución de la presión arterial** a los 3 minutos del paso del decúbito supino a la bipedestación de 30 mmHg en la sistólica o de 15 mmHg en la diastólica **y**
- **Parkinsonismo** (bradicinesia con rigidez, temblor o inestabilidad postural) con pobre respuesta a la levodopa ○
- **Síndrome cerebeloso** (ataxia de la marcha con disatria cerebelosa, ataxia de extremidades o disfunción oculomotora cerebelosa – nistagmus, seguimiento ocular no uniforme, sacadas dismétricas-)

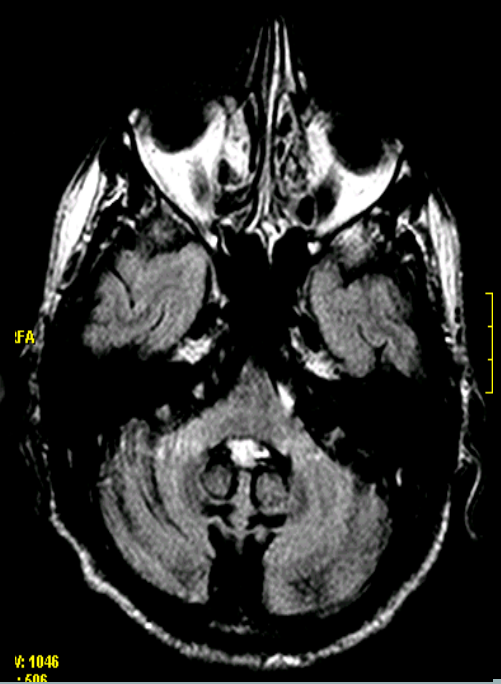
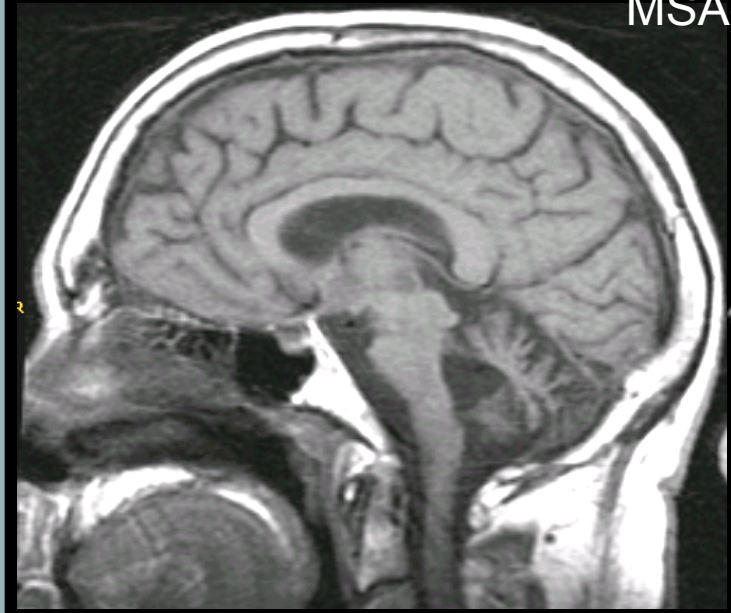
MSA. Características adicionales

- Signo de Babinski con hiperreflexia
- Estridor
- Parkinsonismo rápidamente progresivo
- Pobre respuesta a la levodopa
- Disfagia en el transcurso de 5 años desde el inicio de los síntomas motores.

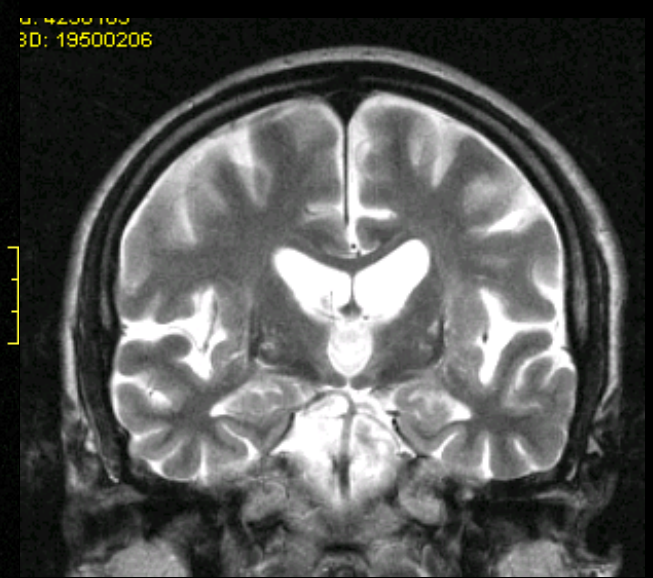
Características de apoyo MSA (red flags)

- Distonía orofacial inducida por levodopa
- Antecollis desproporcionado
- Camptocormia (severa flexión anterior de la columna) y/o
- Síndrome de Pisa (severa flexión lateral de la columna)
- Contracturas de manos y pies
- Suspiros inspiratorios
- Severa disfonía
- Severa disartria
- Pies y manos frías
- Risa o llanto patológico
- Temblor mioclónico postural/acción
- Trastorno de conducta sueño REM muy prominente

MSA-c



MSA-p



PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA (PSP)

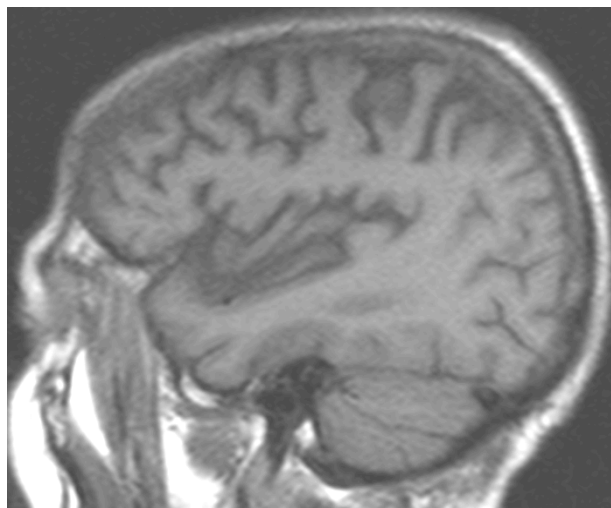
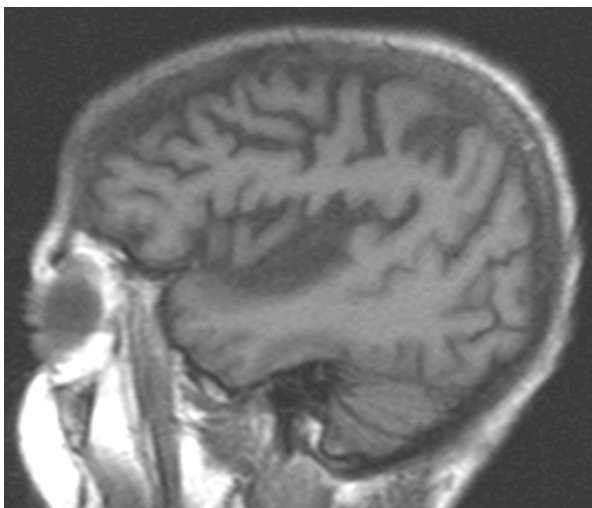
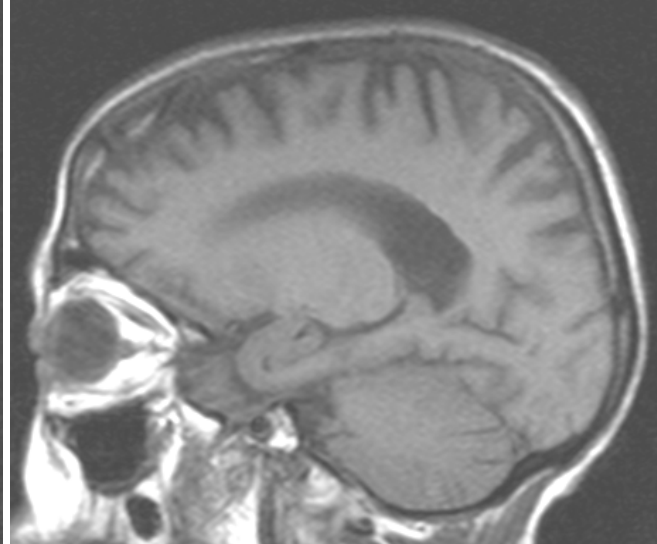
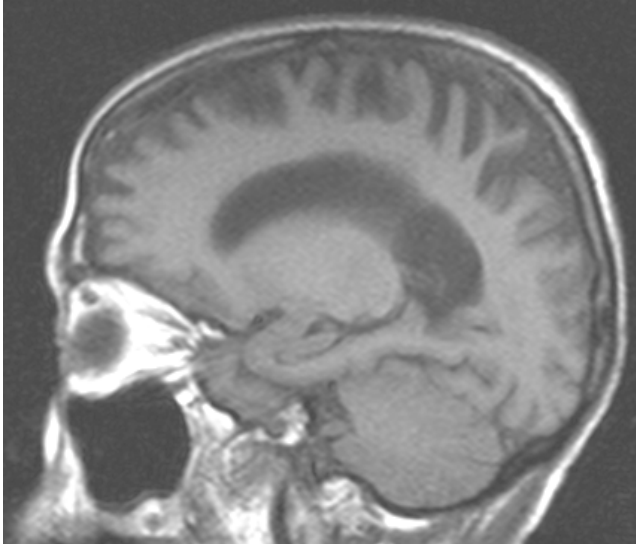
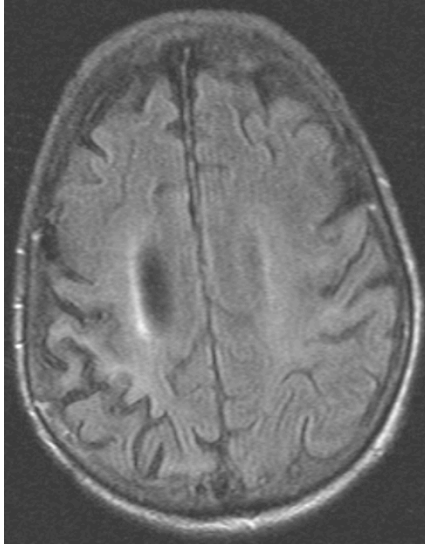
- Trastorno gradualmente progresivo
- Inicio a partir de los 40 años
- Parálisis supranuclear de la mirada vertical
- Lentitud de movimientos sacádicos verticales
- Inestabilidad postural con caídas en el primer año

Datos clínicos que apoyan el diagnóstico

- Deterioro cognitivo fronto-subcortical precoz con :
 - Apatía
 - Alteración el pensamiento abstracto
 - Fluencia verbal disminuida
 - Utilización o comportamiento imitativo
 - Signos de liberación frontal
- Parkinsonismo simétrico y de predominio axial
- Postura cervical anormal, sobretodo retrocollis
- Apraxia palpebral.

DEGENERACION CORTICO- BASAL

- Presentación muy asimétrica
- Rigidez y acinesia severa
- Disonía de extremidades
- Mioclonus en extremidades
- Apraxia oral o en extremidades
- Déficit de sensibilidad cortical (astereognosia, agrafoesia, alteración de la sensibilidad posicional)
- Fenómeno de extremidad ajena (“alien limb”)



**Degeneració
Còrtico-Basal**

