

Bibliografía:

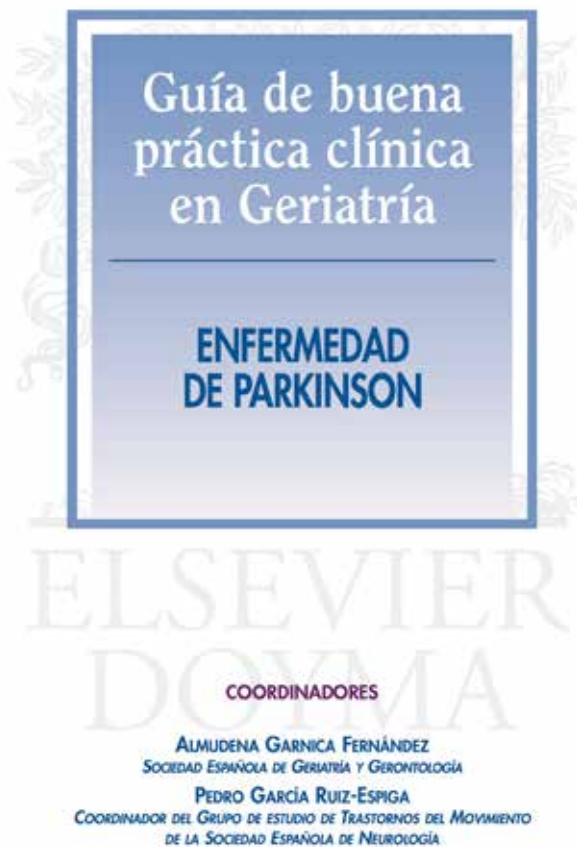
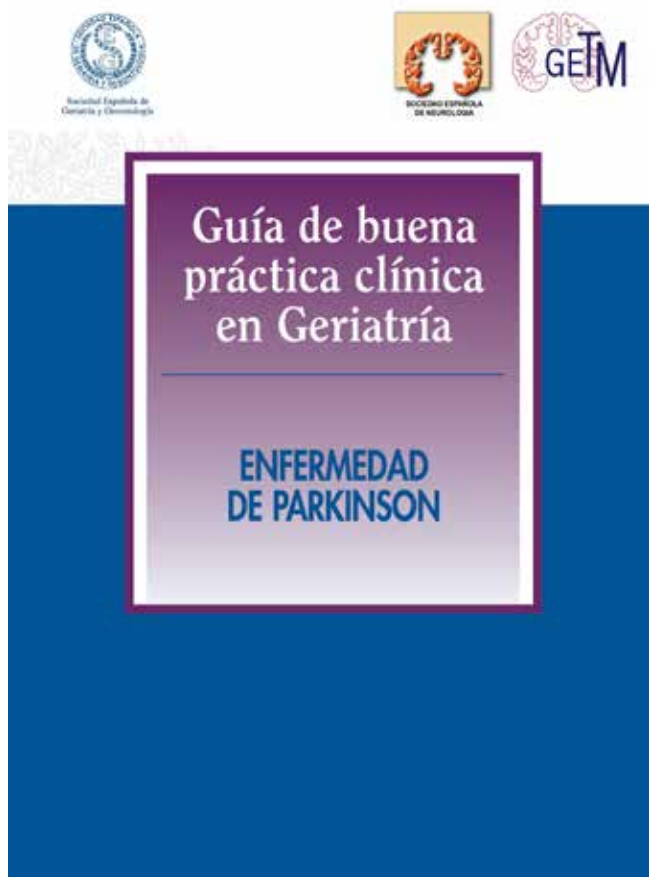
Autores: Garnica Fernández Almudena, García Ruiz-Espiga Pedro.

Título: Guía de buena práctica en geriatría. Enfermedad de Parkinson.

Editorial: Elsevier Doyma

Año: 2009

Página: 3



© 2009 Obra: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Sociedad Española de Neurología y ELSEVIER ESPAÑA, S.L.

Patrocinio y Distribución de la primera edición: GlaxoSmithKline

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ISBN: 978-84-691-7807-2
Depósito legal: M-3698-2009

Hay una reducción de los movimientos espontáneos (p. ej., una disminución del braceo al caminar), pobreza en la expresividad facial (hipomimia), y disminución del parpadeo y la gesticulación. La voz es monótona, a veces hipofónica. Puede haber caída de saliva por la comisura por reducción de la deglución. La bradicinesia se explora pidiendo al enfermo que realice movimientos alternantes rápidos (golpeo de los dedos índice y pulgar, abrir y cerrar los puños, pronosupinación de los brazos, taconear) durante los que se observará no sólo la lentitud, sino también la disminución de la amplitud del movimiento. La bradicinesia es el síntoma que mejor se correlaciona con el déficit dopaminérgico².

TEMBLOR DE REPOSO

El temblor parkinsoniano es un temblor de reposo con una frecuencia de 4-6 Hz, que desaparece con la acción y durante el sueño. Aparece en casi el 90% de los enfermos con EP y es el síntoma de inicio en alrededor del 60-75%. Suele aparecer de forma unilateral, para extenderse al resto de extremidades posteriormente. El temblor de reposo en las extremidades superiores es distal, de tipo pronosupinación (contar monedas, hacer píldoras), mientras que en los miembros inferiores es de abducción-aducción. Este temblor de reposo puede interesar también a los labios, la mandíbula o la barbilla; sin embargo, no afecta a la cabeza, al cuello ni a la voz, a diferencia del temblor esencial: un paciente que se presente con temblor cefálico es poco probable que presente una EP. Alrededor del 25% de los enfermos con EP tiene un temblor postural y cinético idéntico al del temblor esencial. No debe confundirse este temblor con la aparición del temblor de reposo al mantener una postura, lo que se conoce como temblor reemergente. Este temblor aparece con un cierto decalaje desde que se adopta la postura, tiene una frecuencia similar al de reposo y mejora con terapia dopaminérgica (tabla 3)⁹.

RIGIDEZ

La rigidez se caracteriza por un aumento de la resistencia al movimiento pasivo que aparece en todo el rango del movimiento articular. Cuando hay temblor asociado se acompaña del fenómeno de rueda dentada. La rigidez es más frecuente en las articulaciones distales que en las proximales, y en éstas más que en las axiales. En ocasiones sólo se observa cuando se realizan movimientos voluntarios con la extremidad contralateral (potenciación o manio-