

Título del trabajo:

Resumen convulsiones y trastornos del movimiento

Unidad IV

Nombre del alumno: Karla Zahori Bonilla Aguilar

Nombre de la asignatura: Medicina Paliativa

Semestre y grupo: 6° Semestre Grupo "A"

Nombre del profesor: Ricardo Acuña de Saz

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 24 de Junio de 2020.

Convulsiones

Las convulsiones son frecuentes en los pacientes con tumores intracraneales primarios o metastásicos.

Epidemiología

Las convulsiones y los trastornos epilépticos pueden surgir por muchas entidades patológicas subyacentes, las convulsiones son el síntoma de presentación de las metástasis cerebrales en el 15-20% de los casos, con otro 10% que desarrollan convulsiones posteriormente. En los pacientes con tumores cerebrales primarios, un 20-45% debutan con convulsiones y otro 15-30% las desarrollan posteriormente.

Fisiopatología

La fisiopatología de las convulsiones asociadas a tumores no está totalmente clara, pero con gran probabilidad implica una pérdida de inhibición nerviosa asociada al ácido aminobutírico (GABA).

Manifestaciones clínicas

La localización del tumor primario o las metástasis influye de forma importante en la presentación de los episodios, siendo los lóbulos temporal y frontal las zonas más frecuentes de actividad convulsiva.

Diagnóstico diferencial

Las convulsiones deben diferenciarse clínicamente de los fenómenos de apariencia similar, especialmente síncope, caídas y mioclonías.

Tratamiento

Cuando se tratan las convulsiones en pacientes que toman glucocorticoides, es importante recordar que los esteroides pueden afectar a los niveles plasmáticos de anticonvulsivantes. Anticonvulsivantes puede ser un reto y requiere el conocimiento de las diferentes vías de administración. La dosis parenteral requiere

una perfusión intravenosa continua o con inyecciones repetidas (fenitoína, fosfenitoína, fenobarbital, valproato), intramusculares (fosfenitoína, fenobarbital) o subcutáneas (fenobarbital).

MIOCLONÍAS

Epidemiología y prevalencia

Las mioclonías se definen con frecuencia como movimientos bruscos, breves e involuntarios causados por contracción o desinhibición musculares. Prevalencia a lo largo de la vida de 8,6 por 100.000 habitantes. Generalmente, los estudios indican que predominan las mioclonías sintomáticas.

Ciencias básicas y fisiopatología

La fisiopatología exacta de la mioclonía depende de la parte específica implicada de la neuroanatomía, información que puede obtenerse ciertamente con extensas pruebas neurofisiológicas cuando están indicadas.

En general, existen varias categorías:

- Periféricas
- Medulares
- Subcorticales-supramedulares
- Cortical subcortical y cortical.

Manifestaciones clínicas

Implican movimientos involuntarios de sacudida, generalmente de las extremidades, causados por una actividad muscular irregular.

Tratamiento

En la población de cuidados paliativos, el tratamiento de las etiologías frecuentes de mioclonías secundarias se centra en la restauración de la inhibición nerviosa GABAérgica. Los fármacos incluyen el ácido valproico, las benzodiazepinas y los



barbitúricos. Es frecuente que se considere al clonazepam el fármaco más eficaz, que en ocasiones requiere dosis altas.

TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO INDUCIDOS POR NEUROLÉPTICOS

Epidemiología y prevalencia

La prevalencia no está clara, es conocido que dichos trastornos pueden ser relativamente frecuentes. Los antagonistas de la dopamina más potentes como el haloperidol pueden causar síntomas de distonía aguda o acatisia en hasta el 30-40% de los casos.

Fisiopatología : No está clara, aunque las hipótesis se centran en la función esencial del neurotransmisor dopamina. Los fármacos implicados bloquean la neurotransmisión de la dopamina, simulando hasta cierto punto los rasgos de la enfermedad de Parkinson

Manifestaciones clínicas: La distonía aguda es un movimiento lento, involuntario, que con frecuencia se describe como un espasmo muscular. Los movimientos típicos son el tortícolis, la protrusión de la lengua, las muecas faciales y el opistótono.

La acatisia se desarrolla generalmente 2 semanas tras el inicio del fármaco y se refiere a la combinación de la sensación subjetiva de inquietud y de movimientos observados sin objetivo, cambios constantes de la postura corporal o los movimientos de marcha sin desplazamiento. El decúbito con frecuencia alivia los síntomas lo cual diferencia la acatisia del síndrome de piernas inquietas. El parkinsonismo inducido por neurolépticos tiende a aparecer más tarde que la distonía aguda y la acatisia.

Tratamiento: fármacos anticolinérgicos, preferiblemente aquellos con actividad subtipo M1. La administración parenteral de bencotropina o difenhidramina generalmente es eficaz y debería mantenerse durante 24 a 48 horas.

Bibliografía

Walsh, D. (2010). Medicina paliativa. España: Elsevier.