



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

OSCAR DE JESÚS GONZÁLEZ DEL CARPIO

7° SEMESTRE

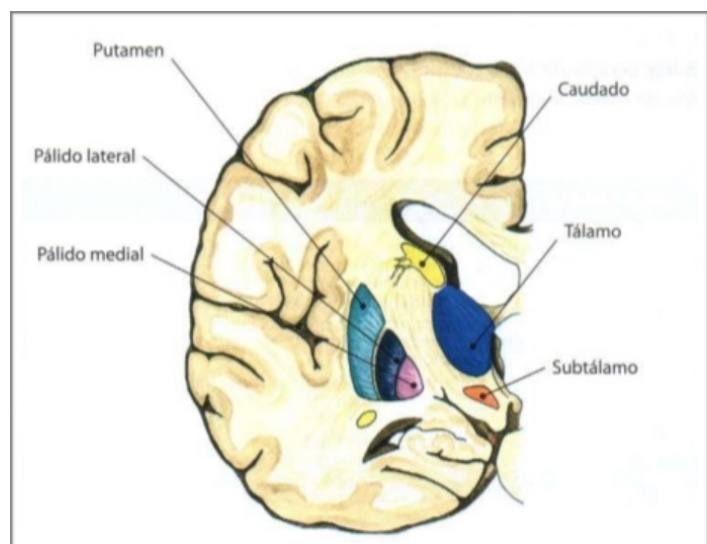
DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ

CLÍNICAS MÉDICAS COMPLEMENTARIAS

MEDICINA HUMANA

UNIDAD 4

“TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO”





Los trastornos del movimiento tienen su sustrato patológico principalmente en los ganglios basales. Aunque son núcleos motores no proyectan directamente sobre la médula espinal, sino que reciben estímulos corticales y proyectan de nuevo hacia la corteza, a través del tálamo, para regular la amplitud y velocidad de los movimientos y participar en la iniciación de los mismos. No es posible identificar un tipo específico de movimiento producido por los ganglios basales

TEMBLOR

Presencia de oscilaciones rítmicas de una parte del cuerpo, secundarias a contracciones alternantes o sincrónicas de grupos musculares opuestos. Puede resultar de procesos fisiológicos o patológicos, y afecta más frecuentemente a manos, cabeza, piernas y voz.

CLASIFICACIÓN

La frecuencia de los temblores patológicos es relativamente estable y fácil de medir mediante acelerometría.

Temblores de reposo: Se produce en ausencia de actividad muscular voluntaria.

Temblores de acción: Se produce con la contracción muscular voluntaria y se subdivide en temblor postural y cinético o de movimiento.

DISTONIAS

Movimientos involuntarios sostenidos que producen desviación o torsión de un área corporal. No se suprimen con la voluntad y pueden desencadenarse por movimientos o acciones específicas.

CLASIFICACIÓN

Distonias focales: afectan a una única parte del cuerpo. Son esporádicas, no progresivas y suelen aparecer en la vida adulta.

Distonias segmentarias: Aparecen movimientos distónicos en áreas corporales antiguas.

Distonia multifocal: Afecta a músculos de más de dos regiones no contiguas



Hemidistonias: Se asocian con lesiones estructurales en los ganglios basales contralaterales, particularmente el putamen.

Distonias generalizadas: Se caracterizan por distonía crural segmentaria y distonia en al menos una parte corporal adicional.

TRATAMIENTO

Benzodiazepinas

-Diazepam

-Clonazepam

-Lorazepam

Baclofeno

Tizanidina

*Levodopa

MIOCLONIAS

Son movimientos involuntarios, súbditos y de escasa duración, causados por contracción muscular activa. Según su origen pueden clasificarse en corticales, subcorticales, espinales o periféricas. Por su distribución se clasifican en focales, segmentarias o generalizadas. Por la forma de presentación pueden ser espontáneas, de acción o reflejas.

TRATAMIENTO

Clonazepam

Valproato

Piracetam

Pirimidona

5-hidroxitriptófano

TICS

Son movimientos estereotipados, sin objetivo, que se repiten irregularmente. Se caracterizan porque suprimen con la voluntad y aumentan con el estrés. Pueden persistir durante el sueño.

CLASIFICACIÓN

~*Tics primarios (esporádicos o hereditarios) y secundarios, ~*Tics Motores y vocales,
~*Tics simples y complejos



SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

Forma más grave de las tics múltiples. Su herencia se presume autonómica dominante.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- ~ Múltiples tics motores y uno o más tics fónicos
- ~ Los tics ocurren muchas veces al día, casi todos los días a lo largo de más de un año.
- ~ El tipo, gravedad, y complejidad de los tics cambia con el tiempo.
- ~ Inicio antes de los 21 años.
- ~ Los movimientos involuntarios y ruidos no pueden ser justificados por otros medios.
- ~ Se asocian a ecolalia y coprolalia

TRATAMIENTO

Neurolepticos:

-Haloperidol

-Pimozida

Clonidina

Antidopaminergicos

SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS

Trastorno del movimiento que se caracteriza por distraías de predominio en miembros inferiores, que aparecen preferentemente en reposo y que se alivian con él movimiento.

ETIOLOGÍA

Idiopática, debe descartarse polineuropatía sensitiva, anemia ferropenica.

TRATAMIENTO

Agonistas dopaminergicos o Levodopa

Benzofiacepinas u opiaceos

COREA. ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

Forma más común de corea hereditario, puede debutar a cualquier edad aunque la mayor incidencia se sitúa entre la 4ª y 5ª década de la vida, evolucionando lentamente hasta la muerte en un periodo de 10 a 25 años.



ETIOLOGÍA

Antecedentes familiares. Se hereda con carácter autonómico dominante y penetrancia completa y es el resultado de un defecto genético localizado en el brazo corto del cromosoma 4.

CLÍNICA

Se caracteriza por la tríada: ~*Trastornos del movimiento, ~*Deterioro cognitivo, ~*Clínica psiquiátrica

DIAGNÓSTICO

Historia clínica. Exploración física. Antecedentes familiares, Hallazgo de un número excesivo de tripletes CAG

La TC, muestra atrofia de la cabeza del núcleo caudado con dilatación selectiva de las astas frontales de los ventrículos laterales

La RM permite cuantificar el grado de pérdida de volumen del caudado y putamen.

TRATAMIENTO

Puesto que no existe un tratamiento patogénico eficaz, fundamentalmente se realiza tratamiento sintomático.

Corea:

~ Bloqueantes de receptores dopamínicos

Alteraciones psiquiátricas:

~ Antidepresivos o ISRS

ENFERMEDAD DE PÁRKINSON IDIOPÁTICA

Es el síndrome parkinsoniano más común. Afecta más frecuentemente a varones, con una Edad Media de comienzo de 55 años. Solo un 5-10% debuta antes de los 40 años.

Epidemiología

El promedio de incidencia anual varía entre 7-19 casos por cada 100,000 habitantes, y su prevalencia es ampliamente variable en función de la edad y el área geográfica.



DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico

Criterios diagnósticos

- ~ Temblor en reposo
- ~ Rigidez
- ~ Brasicinesia
- ~ Inestabilidad postural
- ~ Afectación corticoespinal
- ~ Afectación de asta anterior
- ~ Signos cerebelosos
- ~ Polineruopatía
- ~ Mioclonías
- ~ Crisis oculogiras

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Orientado a potenciar los sistemas dopaminérgicos y disminuir la actividad colinérgica

- ~ Levodopa
- ~ Inhibidores de la COMT
- ~ Agonistas dopaminérgicos
- ~ Anticolinérgicos
- ~ Deprenil o selegilina y rasagilina
- ~ Amantadina

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento quirúrgico puede ponatearse en pacientes relativamente jóvenes, con sintomatología incapacitante que no responden a la medicación o que presentan intolerancias a la misma o efectos secundarios importantes que limitan su uso.

BIBLIOGRAFÍA

- ~ Manual CTO DE Medicina y Cirugía; neurología y neurocirugía 3° edición.
- ~ Manual CTO DE Medicina y Cirugía; neurología y neurocirugía 8° edición.