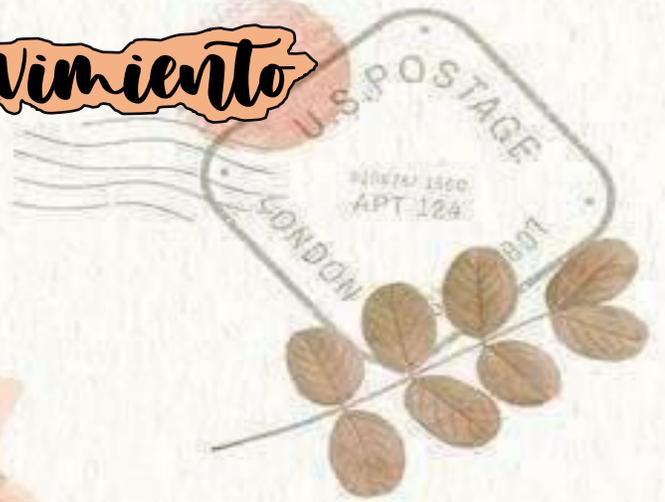


*Trastornos del movimiento*



UNIVERSIDAD DEL SURESTE



2DO PARCIAL

# CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

KAREN YURENNI MARTÍNEZ SÁNCHEZ

DR. RICARDO ACUÑA

## DEFINICION.

Los trastornos del movimiento se expresan como alteraciones del tono muscular, de la postura, o por la presencia de movimientos involuntarios, constituyen una patología relativamente frecuente en la práctica médica diaria, tanto en la consulta de neurología como en Atención Primaria, y se pueden presentar como estados hiperkinéticos o hipocinéticos. El prototipo de trastorno hipocinético es la enfermedad de Parkinson y también representa la patología más frecuente dentro de los trastornos del movimiento. En general, los trastornos del movimiento tienen como sustrato anatómico común, la alteración de los núcleos de los ganglios basales, y aunque son una manifestación característica de las enfermedades que afectan de forma primaria a estas estructuras, una gran variedad de enfermedades neurológicas y sistémicas que alteran el funcionamiento de los ganglios basales pueden manifestarse o presentar a lo largo de su evolución diferentes tipos de movimientos anormales.

## EPIDEMIOLOGIA.

Temblores están presentes en un 20%, las mioclonías un 2%, distonías 27%, corea 5% y TIC un 36% siendo la más frecuente de todas.

## CLASIFICACION.

**Discinesias. 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. **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. **Temblores fisiológicos exacerbados.** Es un temblor fisiológico de frecuencia normal (8-12 Hz), pero de mayor amplitud. Está ausente en reposo y presente con el mantenimiento de la postura. Es común en estados de ansiedad y en aquellos trastornos metabólicos que conllevan una sobreactividad  $\beta$ -adrenérgica (tirotoxicosis, feocromocitoma, hipoglucemia). También aparece con la ingesta de

algunos fármacos (catecolaminas, metilxantinas) o con la retirada de otros ( $\beta$ -bloqueantes, morfina y alcohol). Puede controlarse adecuadamente con  $\beta$ -bloqueantes (propranolol). **Temblor esencial.** Es la forma más común de temblor sintomático y el trastorno del movimiento más frecuente. Se hereda con carácter autosómico dominante y alta penetrancia. **Temblor neuropático.** Es un temblor similar al esencial, aunque puede aparecer un componente de reposo indistinguible del presente en la enfermedad de Parkinson. **Temblor rúbrico (mesencefálico o de Holmes).** Las lesiones en la vía de proyección desde el núcleo dentado del cerebelo al núcleo ventral posterolateral del tálamo, en las proximidades del núcleo rojo, pueden producir un temblor característico. **Temblor cerebeloso.** El temblor cinético y su variante, el temblor intencional, se consideran característicos de patología cerebelosa. **Temblor farmacológico.** El temblor es un efecto secundario común de un gran número de fármacos, lo más frecuente es que sea de carácter postural y con grados variables de incapacidad. El temblor fisiológico y esencial se tratan con  $\beta$ -bloqueantes; sin embargo, el temblor de reposo del Parkinson se trata con anticolinérgicos.

**Distonías.** 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. Generalmente cesan durante el sueño. Con frecuencia coexisten con temblor, básicamente de tipo esencial. Hay también un "temblor distónico" que aparece cuando el paciente intenta mover un segmento corporal en dirección opuesta a la fuerza de la distonía. Es posible que los sistemas dopaminérgicos y noradrenérgicos jueguen un papel en la patogénesis de la distonía primaria. **Distonías focales.** Afectan a una única parte del cuerpo. Son esporádicas, no progresivas y suelen aparecer en la vida adulta. Incluyen la tortícolis o distonía cervical. **Distonías segmentarias.** Aparecen movimientos distónicos en áreas corporales contiguas. Incluye el síndrome de Meige, que cursa con blefarospasmo y distonía oromandibular. **Distonía multifocal.** Afecta a músculos de más de dos regiones no contiguas. **Hemidistonías.** Se asocian con lesiones estructurales en los ganglios basales contralaterales, particularmente el putamen. **Distonías generalizadas.** Se caracterizan por distonía crural segmentaria y distonía

en al menos una parte corporal adicional. La toxina botulínica es de elección en el tratamiento de las distonías focales.

**Mioclónías.** Son movimientos involuntarios, súbitos 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 (implican un grupo de músculos discreto), segmentarias o generalizadas (muchas veces de causa progresiva y asociadas a epilepsia). Por la forma de presentación, pueden ser espontáneas, de acción o reflejas. En el tratamiento sintomático de las mioclónías, resultan muy efectivos clonazepam, valproato, piracetam, pirimidona y 5-hidroxitriptófano.

**Tics.** Son movimientos estereotipados, sin objetivo, que se repiten irregularmente. Se caracterizan porque se suprimen con la voluntad y aumentan con el estrés. Pueden persistir durante el sueño. Se clasifican en tics primarios (esporádicos o hereditarios) y secundarios, motores y vocales, en simples y complejos. Edad de inicio: 5-10 años (99% antes de los 15a). **Diagnóstico:** CLÍNICO → Sólo indicadas exploraciones complementarias en casos de dudas, trastornos asociados: TDAH, Dislexia, TOC. **Síndrome de Gilles de la Tourette** Es la forma más grave de tics múltiples. Su herencia se presume autosómica dominante, en algunos casos asociada al cromosoma 18 (18q22.1), aunque no puede excluirse una herencia ligada al cromosoma X. Hay que tener presente la asociación entre el síndrome de Gilles de la Tourette, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por déficit de atención. El tratamiento se realiza con neurolepticos (haloperidol, pimozida), clonidina y otros antidopaminérgicos.

Son criterios diagnósticos de esta entidad:

1. Múltiples tics motores y uno o más tics fónicos.
2. Los tics ocurren muchas veces al día, casi todos los días a lo largo de más de un año.
3. El tipo, gravedad y complejidad de los tics cambia con el tiempo.
4. Inicio antes de los 21 años.

5. Los movimientos involuntarios y ruidos no pueden ser justificados por otros medios.
6. Se asocian a ecolalia y coprolalia.

Es característica la asociación con trastornos obsesivo-compulsivos y trastorno por déficit de atención.

**Síndrome de piernas inquietas.** Se caracteriza por disestesias de predominio en miembros inferiores, que aparecen preferentemente en reposo y que se alivian con el movimiento. Puede asociarse con movimientos periódicos durante el sueño. La etiología más frecuente es idiopática, debiendo descartarse la polineuropatía sensitiva (urémica, diabética), anemia ferropénica o la coexistencia de otra patología. La ferropenia puede manifestarse en forma de síndrome de piernas inquietas. El tratamiento de las formas idiopáticas se basa en el uso de agonistas dopaminérgicos o levodopa, así como benzodiazepinas u opiáceos. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con cuadros de acatisia.

**Corea. Enfermedad de Huntington.** Movimientos arrítmicos, rápidos, irregulares, incoordinados e incesantes que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. **Coreas hereditarios** Enfermedad de Huntington, Neuroacantocitosis, Síndrome de Fahr (calcificación de los ganglios basales). **Coreas metabólicas:** Hiperparatiroidismo, Hipoparatiroidismo con calcificación de los ganglios basales, Hipertiroidismo, Degeneración hepatocerebral adquirida. **Vasculitis:** Lupus eritematoso sistémico y Panarteritis nodosa. **Ictus de ganglios basales, Farmacológico:** Discinesias tardías secundarias al tratamiento crónico con neurolépticos. Es la forma más común de corea hereditario. Puede debutar a cualquier edad, aunque la mayor incidencia se sitúa entre la cuarta y la quinta décadas, evolucionando lentamente hacia la muerte en un periodo de 10 a 25 años. Es típico del Huntington la atrofia de la cabeza del núcleo caudado y el fenómeno de anticipación. Se caracteriza por la tríada trastornos del movimiento, deterioro cognitivo y clínica psiquiátrica: **Trastornos del movimiento.** En la forma que debuta en la edad adulta, el trastorno de movimiento más característico es el corea, que en fases iniciales puede ser suprimido por la voluntad. **Deterioro cognitivo.** Aparece desde las fases iniciales de la enfermedad

y se relaciona con la patología de los ganglios basales. **Trastornos psiquiátricos y de comportamiento.** Aparecen en un 35-75% de los pacientes, y generalmente en fases iniciales de la enfermedad. **DX:** Puede establecerse con la historia clínica, la exploración y los antecedentes familiares, o mediante el hallazgo de un número excesivo de tripletes CAG, RM, PET. **TX:** Terapia de reposición. El comportamiento neurofarmacológico de la EH es, en cierto sentido, inverso al que se da en la enfermedad de Parkinson, Neuroprotección → baclofeno. la depresión se trata con antidepressivos tricíclicos o ISRS, y en casos concretos con inhibidores de la MAO; la psicosis se trata con neurolépticos (la clozapina, neuroléptico atípico).

**Enfermedad de Parkinson idiopática.** Síndrome parkinsoniano más común. Afecta más frecuentemente a varones, con una edad media de comienzo de 55 años. Sólo un 5-10% debuta antes de los 40 años. Caracterizado por temblor de reposo, bradicinesia, rigidez e inestabilidad postural. **Parkinsonismo primario o idiopático:** Enfermedad de Parkinson, Parkinsonismo juvenil. **parkinsonismo secundario, adquirido o sintomático:** toxinas, vascular, traumatismo. **parkinsonismo heredodegenerativo:** Enfermedad difusa por cuerpos de Lewy(AD), Enfermedad de Huntington, Enfermedad de Wilson. **degeneraciones multisistémicas:** Síndrome de Shy-Drager, Degeneración estrionígrica, Atrofia olivo-ponto-cerebelosa. **TX: Levodopa (L-dopa):** asociada a un inhibidor de la dopadecarboxilasa periférica (carbidopa-benseracida) sigue siendo el tratamiento de primera línea. **Inhibidores de la COMT:** los inhibidores de la catecol-O-metiltransferasa (entacapona, tolcapona) aumentan también la biodisponibilidad de la levodopa, inhibiendo su metabolismo, por lo que pueden administrarse asociados a levodopa. **Agonistas dopaminérgicos:** en monoterapia cuando existe afectación leve-moderada Se clasifican en ergóticos (cabergolina, pergolina, bromocriptina, lisurida) y no ergóticos (pramipexol, ropinirol, apomorfina), estos últimos más utilizados.

#### BIBLIOGRAFIA:

Manuel Amosa Delgado, José Renan Pérez Pérez, Manuel Martínez Marino, Lain Hermes González Quarante. (2017). Manual CTO de medicina y cirugía. neurología 3a. Edición. Madrid, España: Grupo CTO.