

TRASTORNO DEL MOVIMIENTO

DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ

UNIVERSIDAD DEL SURESTE
ITZEL JAQUELINE RAMOS MATAMBU |

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, pero sí puede establecerse una correlación entre lesiones de estos y la clínica asociada. Así, la lesión del núcleo subtalámico se asocia a hemibalismo y corea, la lesión del caudado y putamen a corea, la lesión de la porción compacta de la sustancia negra a parkinsonismo y las lesiones palidales bilaterales (encefalopatía anóxica) a bradicinesia grave. En muchas ocasiones, no es posible determinar lesión estructural alguna en pacientes con manifestaciones extrapiramidales. Los trastornos del movimiento extrapiramidal se dividen en hipercinesias (temblor, distonía, corea, atetosis, balismo, mioclonus, acatisia, piernas inquietas, etc.) e hipocinesias (parkinsonismos).

El temblor se define como la 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. Atendiendo a la situación funcional en la que aparece, el temblor se puede clasificar en temblor de reposo o temblor de acción.

Temblor de reposo. Se produce en ausencia de actividad muscular voluntaria. El ejemplo más típico es el temblor observado en la enfermedad de Parkinson.

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

El temblor de reposo es provocado con el mantenimiento de la postura, y son ejemplos el temblor fisiológico, el temblor fisiológico exacerbado, el temblor esencial y el temblor postural que puede aparecer en la enfermedad de Parkinson y otros trastornos del movimiento. Son ejemplos típicos de temblor postural el que se produce al beber, comer, abrocharse un botón o escribir. El temblor cinético aparece con cualquier forma de movimiento, y puede ocurrir al inicio (temblor inicial), durante (temblor de transición) o al final del movimiento (temblor terminal o intencional). El temblor cinético es característico de patología cerebelosa o troncoencefálica (esclerosis múltiple, vascular, tumoral, patología degenerativa) de cualquier parte del cuerpo. Típicamente, produce oscilaciones flexoextensoras a nivel de la muñeca o aproximación-separación de los dedos cuando los brazos están al frente. Su frecuencia es de 4-12 Hz, y se puede asociar a tareas específicas (escribir, mantener un objeto en una postura determinada, etc.). Se exagera con el estrés, ansiedad y fatiga. Característicamente, mejora con el alcohol.

El temblor de acción puede ser postural o cinético. El temblor postural se produce al mantener una postura determinada, y el ejemplo más típico es el temblor de la cabeza al mirar hacia adelante. El temblor cinético se produce al realizar un movimiento voluntario, y el ejemplo más típico es el temblor de la mano al escribir. El temblor de la mano al escribir se produce al escribir, y el ejemplo más típico es el temblor de la mano al escribir.

frecuencia es de 4-12 Hz, y se puede asociar a tareas específicas (escribir, mantener un objeto en una postura determinada, etc.). Se exacerba con el estrés, ansiedad y fatiga. Característicamente, mejora con el alcohol. Casi el 50% de los pacientes con temblor esencial tienen alguna forma de distonía asociada. Son variantes el temblor cefálico aislado, de la voz, lingual, ortostático, etc. No hay datos de patología extrapiramidal o cerebelosa (aunque la presencia de rigidez en rueda dentada junto al temblor no es criterio de exclusión).

El tratamiento se realiza con propranolol o primidona, habiéndose utilizado en casos refractarios la toxina botulínica. Casos excepcionales son tratados con estimulación talámica.

Temblor neuropático. El temblor es una de las manifestaciones de neuropatía periférica y puede observarse en algunos pacientes con neuropatía desmielinizante inflamatoria aguda o crónica, neuropatía sensitivomotora hereditaria (síndrome de Lévy-Roussy) y neuropatías paraproteínemicas IgM. Es menos frecuente en la neuropatía asociada a diabetes, uremia y porfiria.

Característicamente, es un temblor similar al esencial, aunque puede aparecer un componente de reposo indistinguible del presente en la enfermedad de Parkinson. La respuesta farmacológica a propranolol, primidona o benzodiacepinas es imprevisible.

Temblor rúbico (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. Está presente en reposo, empeora con la postura y llega a ser incontrolado con el movimiento. Es común verlo asociado a esclerosis múltiple o patología vascular de tronco. Su control terapéutico es malo.

Temblor cerebeloso. El temblor cinético y su variante, el temblor intencional, se consideran característicos de patología cerebelosa. Puede llevar asociados signos de afectación cerebelosa (ataxia, dismetría). El tratamiento sintomático es infructuoso y el objetivo es tratar la causa etiológica subyacente. Temblor farmacológico. El temblor es un efecto secundario común de un gran número de fármacos. Aunque pueden producir cualquier tipo de temblor, lo más frecuente es que sea de carácter postural y con grados variables de incapacidad

Distonías

Concepto

Son 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.

Patogenia

No se ha observado ninguna alteración morfológica consistente en cerebros de pacientes con distonía primaria y hay muy poca información sobre los posibles cambios bioquímicos subyacentes. Con la PET se ha encontrado una disminución en el metabolismo cerebral en el núcleo lenticular. Es posible que los sistemas dopaminérgicos y noradrenérgicos jueguen un papel en la patogénesis de la distonía primaria.

Clasificación

Etiológicamente,

se dividen en distonías primarias y secundarias. Las formas primarias pueden ser esporádicas (generalmente de inicio en el adulto) o hereditarias (suelen comenzar en la infancia, asociadas a diferentes locus genéticos denominados DYT). Las secundarias suelen ser de inicio brusco o rápidamente progresivo, y se asocian a otros síntomas neurológicos o generales. Además, se ha descrito un grupo denominado "distonía plus~ donde se incluyen enfermedades con distonía, que también presentan otros movimientos anormales, que las diferencian de las primarias (como la distonía que responde a levodopa o la distonía mioclónica). 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. Las formas primarias pueden ser esporádicas o hereditarias, suelen debutar en las primeras décadas de la vida y son de carácter progresivo.

Tratamiento

En el tratamiento sintomático de la distonía leve se utilizan benzodiacepinas (diazepam, clonazepam, lorazepam) y otros relajantes musculares, como el baclofeno o la tizanidina. La levodopa es efectiva en la distonía con fluctuaciones diurnas y en la asociada a parkinsonismo. En casos de distonía moderada o grave, se utilizan anticolinérgicos (trihexifenidil, biperideno). Se utiliza la toxina botulínica como medicación de elección en el tratamiento de las distonías focales. Son fármacos de segunda elección el baclofén, la carbamazepina o el valproato. En los casos con mal control farmacológico se puede realizar tratamiento quirúrgico con resultados más favorables en el caso de que las distonías sean primarias. Los sitios "diana" son el tálamo y, sobre todo, el segmento interno del globo pálido. Las técnicas que se utilizan son la lesión quirúrgica o bien la **estimulación cerebral profunda**.

Mioclonías Son movimientos involuntarios, súbitos y de escasa duración, causados por contracción muscular activa. Se diferencian de la asterixis en que estas últimas son también movimientos rápidos y arrítmico.

BIBLIOGRAFIA

Manual CTO de Medicina y Cirugía 3.ª edición