



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“CONVULSIONES”

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ
CELAYA**

SEMESTRE: 6

DOCENTE: RICARDO ACUÑA DEL SAZ

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA

UNIDAD: 4

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS,
DICIEMBRE DE 2020**

Los síntomas por neuroexcitación son relativamente frecuentes en el contexto del tratamiento complejo del cáncer. Varían desde los trastornos leves del movimiento hasta verdaderas convulsiones tónico-clónicas. La mayoría de estos síntomas por neuroexcitación pueden atribuirse a efectos secundarios agudos y/o a largo plazo de los fármacos.

CIENCIAS BÁSICAS Y 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 gama-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

En este momento no existen datos para apoyar la profilaxis primaria de las convulsiones en los pacientes con cáncer con o sin enfermedad intracerebral conocida. Sin embargo, una vez que las convulsiones se producen, debería iniciarse el tratamiento anticonvulsivante. En este contexto, los anticonvulsivantes más frecuentemente utilizados son la fenitoína, la carbamazepina, el valproato y la lamotrigina. El tratamiento farmacológico anticonvulsivante ha demostrado reducir significativamente la frecuencia de posteriores episodios. Para las convulsiones agudas o para el estado epiléptico, las benzodiazepinas siguen siendo el tratamiento de elección.

MIOCLONÍAS

EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA

Las mioclonías se definen con frecuencia como movimientos bruscos, breves e involuntarios causados por contracción o desinhibición musculares. Con frecuencia se clasifican según la etiología en fisiológicas (es decir, en individuos sanos), esenciales (benignas, no progresivas), epilépticas o sintomáticas (secundarias o progresivas).

CIENCIAS BÁSICAS Y FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología exacta de la mioclonía depende de la parte específica implicada de la neuroanatomía. En general, existen varias categorías: periféricas, medulares, subcorticales-supramedulares, cortical-subcortical y cortical.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las mioclonías 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

El alivio de muchos síntomas requiere el uso de fármacos que bloquean los receptores de dopamina. Se sabe que fármacos prescritos con frecuencia como la metoclopramida, el haloperidol y la clorpromazina causan trastornos como distonías agudas, acatisia, parkinsonismo y discinesia tardía.

CIENCIAS BÁSICAS Y FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de los TMIN 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 (por tanto, «parkinsonismo inducido por neurolépticos»), con aumento de los movimientos involuntarios

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Se describen a continuación cuatro TMIN.

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 parkinsonismo inducido por neurolépticos clínicamente, es indistinguible de la enfermedad de Parkinson; son hallazgos frecuentes la rigidez, el temblor de reposo, la facies inexpresiva y la ausencia de movimientos con un objetivo.

La discinesia tardía se caracteriza por movimientos coreiformes, atetoides o distónicos, o una combinación de los mismos. Es típica la participación de los músculos faciales, linguales y orobucuales.

TRATAMIENTO

En condiciones ideales, debería reducirse la dosis del fármaco o cambiar el fármaco por otro. El tratamiento directo de los síntomas se realiza mejor con los fármacos anticolinérgicos, preferiblemente aquellos con actividad subtipo M1

Bibliografía

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