



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

“resumen”

Materia:

Neurología

Docente:

Jose Luis Gordillo Guillen

Alumno:

Tarsis Andrea Guillén Narvárez

Semestre:

6° “A”

Movimientos Anormales

Los movimientos anormales se clasifican:

- > Síndromes piramidales
- > Trastornos de ganglios basales
 - Hipercinético
 - Hipocinéticos
- > Desordenes cerebelos.

Definición

Alteración de origen neurológico, donde se observa un exceso o pausas de movimientos voluntarios y autonómicos, así como presencia de movimientos anormales involuntarios.

• Ganglios-basales -> Núcleos motores, proyectan en tálamo, para participar en los movimientos

• Hipocinético

• (Parkinsonismo) • Acinesia y Bradicinesia

• Hipercinéticos corea

Fisiología

Vía directa

Corteza -> N. estriado -> Libera GABA -> Tálamo

• Aumento de la actividad del tálamo

• Excitación de la corteza cerebral

Vía indirecta

N. estriado inhibe al G. pálido Externo, con ello excitando la producción de GABA

no inhibiendo al N. Subtalamo, esto provocando la liberación de Glutamato, produciendo activación del G. Pálido interno, con ello inhibiendo al talamo, como resultando reduce la actividad cortical

Hipercinetica

- Liberación cortical
- Produce hipertonia - hipotónica

Hipotonica

- Inhibición cortical
- Produce hipertonia.

Parkinson

- Descrita en 1817 por el medico ingles James Parkinson
- Afeccion frecuente en ancianos

◦ Afecta a la zonas del control y coordinación del movimiento y la postura.

Esta es una enfermedad del sistema nervioso que afecta a la sustancia negra, que contiene dopamina (regulador del movimiento)

Tiene un prevalencia en varones 1,5:1

Factores hereditarios (autosomica dominante)

En el parkinson se encuentra una depleción de la dopamina produciendo un aumento o excisiva inhibición del talamo - corteza

La clínica es en un 60-70% temblor en reposo, distal y asimétrico. Al igual que la rigidez, bradicinesia, inestabilidad de la postura.

Los criterios diagnósticos, bradicinesia donde se presenta + de 2 síntomas como rigidez, temblor de reposo y inestabilidad postural.

Es necesario tener en cuenta los criterios de inclusión.

Diferenciar de los temblores

Tratamiento

- Levodopa + inhibidores de la descarboxilasa periférica (más efectiva) (mejora actividades diarias)
- Inhibidores de la MAO B (selegilina y rasagilina)
- Inhibidores de la COMT (tolcapone y entacapone)
- Agonistas dopaminérgicos (Pramipexol, ropinirol)

Tratamiento quirúrgico

• Criterios de inclusión:

- + EP idiopática + Severo compromiso motor
- + Inestabilidad motora + Inadecuado control de síntomas.
- + Ausencia de demencia + Alt. psiquiátricas severas.
- + Expectativas mejorables de beneficio.

Tipos

- Cirugía de ablatación
- Estimulación Cerebral Profunda.

Blancos Quirúrgicos

- Talamo (control del temblor de reposo)
- GP Interno (discinesia)
- N. Subtalámico (EP bilateral, control del temblor)

Corea

• Baile

• Movimientos arrítmicos, rápidos, irregulares
Incoordinados e incesantes.

Suelen ser bruscos, distales, sin propósito,
superpuestos a un movimiento voluntario, la
cual puede afectar a cualquier parte del cuerpo.

Se originan en disfunción del circuito que
vincula al putamen, al pálido y el núcleo
subtalámico. Están implicadas vías de GABA y
dopamina.

Clasificación

• Enfermedad de Huntington (hereditaria)

→ Se da atrofia cortical

• Ventriculomegalia.

• Corea de Sydenham (post estreptocócica)

• Edades tempranas

• Dura entre 4-6 meses

• Enfermedad de Wilson (hereditaria AR)

• Distonia.

• Contracciones involuntarias sostenidas,

• Sesan durante el sueño

•

• Tico.

Movimientos estereotipados

• Gilles de la Tourette.