

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ASIGNATURA: CLINICA MEDICA COMPLEMENTARIA.

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ.

SEPTIMO SEMESTRE.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

CUARTO PARCIAL.

TEMA: TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO.

MEDICINA HUMANA.

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, 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).

Temblor

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 primero 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).

Distonías

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.

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). Los movimientos distónicos pueden aparecer durante el reposo o con ciertas actividades musculares voluntarias (distonía de acción). Dentro de este último grupo se incluyen las distonías ocupacionales: espasmo del escribiente, del jugador de golf, del mecanógrafo, etcétera.

Atendiendo a su distribución anatómica, las distonías se clasifican en:

- 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 (forma más frecuente en este grupo), blefarospasmo, hemiespasma facial, etc. Suelen ser idiopáticas, aunque pueden ser secundarias a patología vascular, esclerosis múltiple, encefalitis.
- 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. Las formas primarias pueden ser esporádicas o hereditarias, suelen debutar en las primeras décadas de la vida y son de carácter progresivo.

Mioclónías

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 arrítmicos, pero producidos por pausas breves de la actividad muscular que causan pérdida del tono postural (silencio eléctrico en el electromiograma).

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, pirazetam, 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

Corea

El término corea ("baile") hace referencia a movimientos arrítmicos, dos, irregulares, incoordinados e incesantes que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo.

La enfermedad de Huntington (EH)

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. La supervivencia es más corta entre individuos con inicio juvenil de la enfermedad. La neumonía y otras infecciones intercurrentes son la causa más frecuente de muerte.

Enfermedad de Parkinson idiopática

Es el 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.

Patogenia: Es desconocida. El parkinsonismo es más común en el anciano, y la edad avanzada es el factor de riesgo más importante en la etiología de esta enfermedad. Se han postulado otros factores de riesgo con interés patogénico (genéticos, ambientales, traumatismos).

Clínica: Es un síndrome clínico caracterizado por temblor de reposo, bradicinesia, rigidez e inestabilidad postural. Los dos primeros son los más típicos: El temblor de reposo es un movimiento oscilatorio distal a 4-6 Hz que afecta preferentemente a las manos, pero también puede afectar a labios, lengua, mandíbula y miembros inferiores. Rara vez afecta a la cabeza o cuerdas vocales. Típicamente, es asimétrico al inicio. Constituye la forma de presentación más frecuente (60-70% de los pacientes) y puede permanecer como única manifestación de la enfermedad durante varios años. El temblor postural está presente en aproximadamente un 60% de los pacientes, asociado o no a temblor de reposo. La bradicinesia consiste en una ralentización generalizada de los movimientos. Es la manifestación más incapacitante de la enfermedad. Resulta de la pérdida de los mecanismos dopaminérgicos inhibitorios del estriado e hipoactividad de las neuronas del globo

pálido externo. Hay hipomimia facial, disminución de la frecuencia de parpadeo, lenguaje monótono e hipófono con fácil fatigabilidad, micrografía, dificultad para levantarse de la silla y girarse en la cama. La marcha es típica, con flexión anterior del tronco, a pequeños pasos, arrastrando los pies y con pérdida del braceo (marcha festinante). La rigidez es un incremento de la resistencia a la movilización pasiva que predomina en la musculatura flexora. Es constante a lo largo del movimiento (rigidez plástica), aunque se produce el fenómeno de rigidez en rueda dentada, que se considera como la interferencia del temblor sobre la rigidez plástica durante la movilización pasiva del miembro (se trata de una explicación parcial, dada la posibilidad de rueda dentada en pacientes sin temblor de reposo). Se produce por desinhibición pálida con incremento de la activación suprasegmentaria de los mecanismos reflejos espinales normales y, por tanto, un incremento en la descarga de las a-motoneuronas. La inestabilidad postural se puede manifestar como propulsión (tendencia a desplazarse hacia delante) o retropulsión (desplazamiento hacia atrás). Los hallazgos oculares incluyen limitación en la supraelevación de la mirada y reflejo glabellar inagotable. La disfunción autonómica se manifiesta por sialorrea, disfagia, estreñimiento, tendencia a la hipotensión, hipersudoración, nicturia y urgencia miccional. La nicturia es el síntoma más precoz y frecuente de la clínica urinaria. Los trastornos no motores en la enfermedad de Parkinson incluyen cambios en la personalidad, deterioro de funciones superiores (en fases avanzadas de la enfermedad, al contrario de lo que ocurre en los parkinsonismos secundarios, donde es más frecuente su aparición precoz), depresión y trastornos del sueño.

Referencias:

Manuel Aмоса Delgado José Renan Pérez Pérez. (2017). MANUAL DE NEUROLOGIA. MEXICO: grupo CTO.