

NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. RICARDO ACUÑA DEL SANZ

NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ

MATERIA: CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

TEMA: RESUMEN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

UNIDAD: CUARTA UNIDAD

GRADO Y GRUPO: 7° "A"

FECHA DE ENTREGA: 5-JULIO-2021



INTRODUCCIÓN

Los trastornos del movimiento tienen su sustrato patológico principal mente 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.

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.

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).

CLINICA

Temblor fisiológico exacerbado. 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. Resulta de un incremento de la actividad periférica α -adrenérgica asociada a un aumento del nivel de catecolaminas circulantes. Es común en estados de ansiedad y en aquellos trastornos metabólicos que conllevan una sobreactividad α -adrenérgica (tirotoxicosis, feocromocitoma, hipoglucemia).

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. Se describe historia familiar en un 30% de los pacientes, aunque también existe una forma esporádica.

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 sensitivo motora hereditaria (síndrome de Lévy-Roussy) y neuropatías paraproteinémicas IgM. Es menos frecuente en la neuropatía asociada a diabetes, uremia y porfiria.

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. 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.

Temblores cerebelosos. 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.

DISTONIAS

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 loci genéticos denominados DYT). Las secundarias suelen ser de inicio brusco o rápidamente progresivo, y se asocian a otros síntomas neurológicos o generales.

TRATAMIENTO

En el tratamiento sintomático de la distonía leve se utilizan benzodiazepinas (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.

MIOCLONIAS

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 mioclonías, resultan muy efectivos clonazepam, valproato, piracetam, pirimidona y 5-hidroxitriptófano.

TICS

Son movimientos estereotipados, sin objetivo, que se repiten irregularmente. Se caracterizan porque suprimen con la voluntad y aumentan con el estrés. Se clasifican en tics primarios (esporádicos o hereditarios) y secundarios motores o vocales y simples y complejos.

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. 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.

BIBLIOGRAFIA: Manuel Aмоса Delgado José Renan Pérez Pérez Manuel
Martínez Marino 3.ª edición Lain Hermes González Quarante. (2014).
NEUROLOGIA CTO. MADRID: CTO EDITORIAL.