

EXPOSICIÓN.

Nombre del Alumno: **HERNÁNDEZ URBINA ANTONIO RAMÓN.**

Nombre del tema: **MOVIMIENTOS ANORMALES.**

Parcial: **TERCERO.**

Nombre de la Materia: **GERIATRIA.**

Nombre del profesor: **DR. LÓPEZ GÓMEZ MANUEL EDUARDO.**

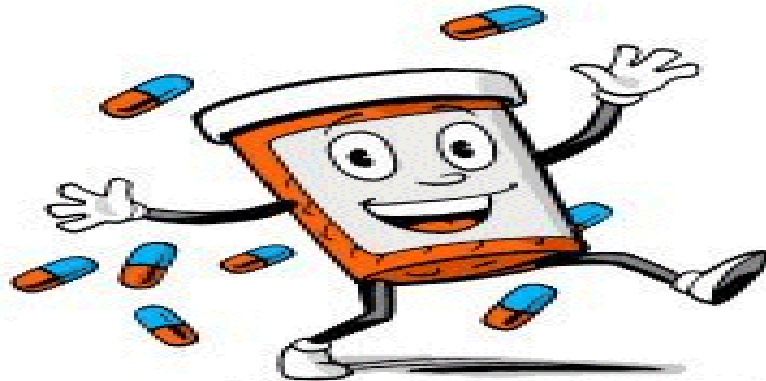
Nombre de la Licenciatura: **MEDICINA HUMANA.**

Cuatrimestre: **SEXTO.**

Lugar y Fecha: **San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. A del 2022.**

MOVIMIENTOS ANORMALES.

- Los movimientos anormales constituyen una serie de procesos neurológicos en los que el rasgo predominante es la alteración de la forma y velocidad del movimiento.
- Actualmente se pueden establecer dos grupos; por exceso de movimiento (hipercinesia) o por defecto de movimiento (hipocinesia).
- Los trastornos del movimiento que se presentan en el paciente geriátrico habitualmente son secundarios a la elevada prevalencia de comorbilidad neurológica (fundamentalmente degenerativa y vascular) y a la medicación.



FISIOPATOLOGÍA:



- En el movimiento se encuentran implicadas diferentes estructuras cerebrales, fundamentalmente los ganglios basales, tálamo, cerebelo y córtex cerebral, y las conexiones entre estas estructuras.
- Entre los neurotransmisores que intervienen se encuentran los estimuladores: glutamato, y acetilcolina; inhibidores como la gabapentina; y mixtos como la dopamina.
- En los movimientos hiperkinéticos encontramos una disminución de la inhibición de las neuronas premotoras talámicas debido a una falta de estimulación glutaminérgica del núcleo subtalámico sobre el complejo globo pálido interno y sustancia negra reticular

CLASIFICACIÓN:

➤ HIPOCINÉTICOS:

- Parkinsonismo idiopático o enfermedad de Parkinson.
- Parkinsonismos secundarios o sintomáticos.
- Parkinsonismo asociado a enfermedades neurodegenerativas.
- Otros.



➤ HIPERCINÉTICOS:

- Temblor.
- Tics.
- Discinesia tardía.
- Distonía.
- Mioclonías.
- Acatisia.
- Movimientos anormales del sueño.
- Otros: corea, balsismo, atetosis.

TEMBLOR:

- Se define como oscilación más o menos regular y rítmica de una o varias partes del cuerpo. Es el trastorno de movimiento más frecuente en la edad avanzada. Puede ser manifestación de un proceso mórbido neurológico (síndrome extrapiramidal y cerebeloso), signo de enfermedad no neurológica (hipertiroidismo, alcoholismo, drogas), y otras, como exacerbación del temblor fisiológico o normal (frío, estrés emocional).



➤ **TEMBLOR REPOSO:**

- Aparece en el parkinsonismo primario (enfermedad de Parkinson) y en los secundarios y lesiones cerebrales focales de ganglios basales. Es lento (4 a 6 ciclos por segundo) y rítmico, pero más amplio que el temblor fisiológico. Predomina en los dedos de las manos (contar monedas) y en la cabeza. Aparece en reposo y desaparece con el movimiento y durante el sueño. Aumenta de intensidad con el estrés y la adopción de una postura y la ejecución de un movimiento lo suprimen.



INCOORDINADO, DINÁMICO

Los voluntarios, sea
de los mismos, en
el movimiento se
das más o menos

Función cerebelosa
o eferentes a nivel del tronco cerebral



- Es característico que se acompañe de dismetría. Se evidencia en la prueba del índice-nariz, y la prueba talón-rodilla.

- **TEMBLOR POSTURAL:**

- El temblor aparece cuando el individuo adquiere una determinada posición. No existe durante el reposo muscular ni durante la ejecución de los movimientos. Es arrítmico y relativamente lento y se hace más evidente cuanto mas precisión demande el movimiento. No llega a la intensidad del temblor intencional.
- La etiología es muy diversa, pero el más frecuente en el anciano es el temblor esencial. Es el temblor más frecuente de etiología desconocida. Aparece alrededor de los 40 años de edad y su frecuencia aumenta a partir de la séptima década de la vida.
- Predomina en la cabeza (característico el movimiento de afirmación y/o negación), codos y manos (letra grande e irregular al escribir).
- El reposo de las zonas involucradas, el sueño y la concentración mental lo atenúan o suprimen.

TICS:

- Movimientos o sonidos simples o complejos recurrentes, rápidos y bruscos, no rítmicos y estereotipados. Las localizaciones más frecuentes son cara, cuello, hombro y extremidades superiores. De curso fluctuante con fases de empeoramiento y mejoría, incluso desaparición.
- Tradicionalmente relacionado con la ansiedad, estrés emocional, fatiga, relajación, concentración, sueño... Pueden ser controlados parcialmente con la voluntad y persisten durante el sueño.



Tabla 2. Etiología de los tics.

Etiología más frecuente de los tics en en anciano	
Fármacos	Neurolépticos típicos Neurolépticos atípicos Opiáceos Antiepilépticos: carbamacepina, fenobarbital, lamotrigina, valproico Antidepresivos: fluoxetina, amitriptilina Antibióticos: fluoroquinolona, ofloxacino Corticoides Levodopa
Patología neurológica	Infecciones: encefalitis vírica Traumatismo craneoencefálico Accidente cerebrovascular Enfermedad de Parkinson

DISCINESIAS TARDIAS:

- Síndrome hiperkinético que aparece durante el uso crónico de medicación neuroléptica.
- Usualmente se manifiesta como movimientos repetitivos, persistentes y estereotipados, que afectan fundamentalmente a músculos orofaciales aunque también en otras localizaciones: tronco, extremidades..., pudiendo afectar incluso a la musculatura respiratoria.
- Los movimientos pueden desaparecer durante el sueño.

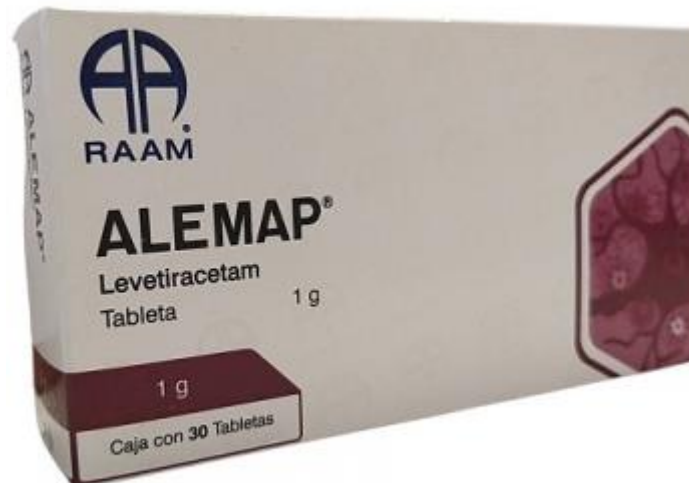


Tabla 3. Etiología de las discinesias tardías.

Fármacos causantes de discinesias tardías en ancianos	
Neurolépticos típicos	Haloperidol, clorpromazina, levopromazina
Neurolépticos atípicos	Risperidona, olanzapina, ziprasidona, amisulpiride...
Antidepresivos	Tricíclicos: amitriptilina, clorimipramina, imipramina, bupropión
Procinéticos	Metoclopramida, cisapride

❖ TRATAMIENTO:

- El tratamiento de elección consiste en la retirada de los fármacos con acción colinérgica o, si no es posible, disminución de la dosis.
- En caso de discinesia grave persistente es de elección la tetrabenacina a dosis de 50-75 mg o levetiracetam a dosis de 1 g cada 12 horas o también se puede utilizar benzodiacepinas.



DISTONÍAS:

- Las distonías son movimientos producidos por contracciones musculares mantenidas de músculos agonistas y antagonistas, lo que provoca movimientos de torsión y posturas anómalas.
- Es un síntoma, no un síndrome en sí mismo, poco frecuente en ancianos aunque la prevalencia no es bien conocida por existir formas leves no detectadas.
- Con más frecuencia son focales (solo se afecta una parte del cuerpo) y permanecen así durante toda la vida.
- Las distonías empeoran con el estrés, cuadros de ansiedad y con la fatiga muscular. Mejoran con reposo y relajación.

- Pueden aparecer de forma secundaria con la toma de fármacos (neurolépticos, anticonvulsivantes, levodopa...) o con enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson o por patología cerebrovascular.



❖ PRESENTACIONES MAS FRECUENTES:

- Tortícolis espasmódica: postura anormal ocasionada por la contracción de los músculos del cuello (esternocleidomastoideos, esplenios y trapecio).
- Blefaroespasma: contracción de los músculos orbiculares de los ojos. Si la contracción se mantiene ocasiona dificultad en la visión por cierre palpebral, lo que puede crear una deficiencia funcional.
- Síndrome de meige: con la tríada típica de blefaroespasma, profusión de lengua y movimientos oromandibulares.



❖ TRATAMIENTO:

- El tratamiento fundamental es el etiológico, disminución de los fármacos causantes y, si no es posible, benzodiazepinas y neurolepticos; también están indicados los fármacos anticolinérgicos (biperideno), teniendo en cuenta que en el adulto mayor se deben administrar a dosis bajas.



asocian mioclonías.

cuentas que asocian aparición de
avanzadas

Enfermedad de Alzheimer
Presencia de cuerpos de Lewy
Enfermedad frontotemporal

Encefalitis
Encefalopatía hepática
Encefalopatía urémica

Metabólicas
Fármacos

Hiponatremia
Hipoglucemia
Hiperglucemia no cetósica
Alcalosis metabólica
Inhibidores de la recaptación de serotonina
Antibióticos
Antagonistas del calcio



❖ **DIAGNOSTICO:**

- se realiza tras anamnesis y exploración clínica. Se deben valorar antecedentes, toma de fármacos y descripción de las mioclonías.
- Se deben utilizar técnicas de imagen si se sospechan lesiones no conocidas a nivel cerebral o EEG si se sospecha mioclonías epilépticas aisladas.



❖ TRATAMIENTO:

- En los casos en los que se sospeche una etiología farmacológica debe retirarse el fármaco.
- En las alteraciones metabólicas suelen mejorar si mejoran los niveles sanguíneos del parámetro alterado.
- Respecto al tratamiento médico suelen responder mejor las corticales, se utiliza valproato a dosis de 1.200 mg/día, también puede utilizarse levetiracepam a dosis máxima de 3.000 mg/día, repartidos en dos tomas con un inicio con 500 mg/12 horas y progresivamente ascendente. Es frecuente tener que asociar piracetam (16 mg/día), agente nootrópico que mejora los resultados.

SIA:

que se caracteriza por la imposibilidad de permanecer sentado o acostado, con una inclinación a “no sentarse”.

Tratamiento con fármacos neurolepticos, fundamentalmente los típicos.



- Otros factores de riesgo son: sexo femenino; antecedentes de lesiones cerebrales (lesiones cerebrales: ganglios basales, lesión parietooccipital); otros psicofármacos como fluoxetina y sertralina; buspirona; y factores individuales.

❖ CUADRO CLINICO:

- El cuadro clínico se caracteriza por inquietud interna con intranquilidad, disforia, irritabilidad y compulsión de mover las piernas, incapacidad para estar quieto.
- Puede asociar alteración de sueño y conductas autoagresivas o heteroagresivas e incluso exacerbación de la sintomatología psicótica.

❖ TRATAMIENTO:

- El tratamiento fundamental es disminuir o retirar los neurolepticos y, si no es posible, sustituir por otro de menor potencia (olanzapina, risperidona...). Otros fármacos que pueden ser útiles son: anticolinérgicos (biperideno), bloqueantes adrenérgicos (propranolol), benzodiazepinas, amantadina, apomorfina, terapia electroconvulsiva; pero muchos de ellos, no están indicados en pacientes geriátricos por los efectos secundarios.

MOVIMIENTOS ANORMALES RELACIONADOS CON EL SUEÑO:

DE PIERNAS INQUIETAS:



ad, por lo que es un síndrome que vemos más
cuente en mujeres.

- Consiste en una sensación desagradable, difícil, asemeja como a un hormigueo profundo que en la pantorrilla. Esta sensación obliga a moverse, caminar; de esta forma se alivia.
- Vuelve a aparecer con el reposo. Esto ocasiona el sueño.



❖ **DIAGNOSTICO:**

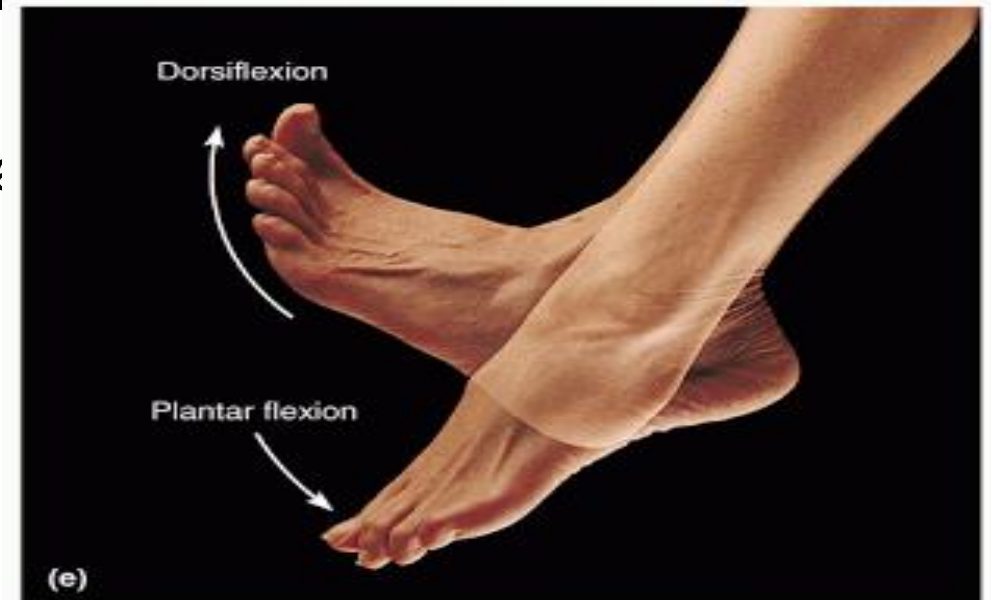
- Necesidad imperiosa de mover las piernas por una sensación desagradable.
- Los síntomas se producen en reposo estando acostado o sentado.
- Los síntomas mejoran con el movimiento de las piernas.
- Los síntomas predominan durante la tarde y noche.

❖ TRATAMIENTO:

- El tratamiento recomendado son los nuevos agonistas dopaminérgicos: ropinirol a dosis de 0,5 mg 1 hora antes de acostarse, y el pramipexol a dosis de 0,125 mg-1,5 mg 1 hora antes de acostarse.
- Además, si se objetiva déficit de hierro se recomienda la reposición de este mediante sulfato ferroso: 325 mg oral junto con 100 mg de vitamina C. Como segunda línea se pueden emplear benzodiazepinas de vida media o anticonvulsivos como la gabapentina: 300-900 mg/día.

➤ MOVIMIENTOS PERIÓDICOS DE LAS PIERNAS O MIOCLONÍAS NOCTURNAS:

- Repetición rítmica de la extensión del primer dedo del pie que ocurre durante el sueño, puede extenderse a una dorsiflexión del pie e incluso llegar a la rodilla. Este movimiento se repite cada 40-60 segundos y ocurre en la fase 1 y 2 del sueño con más frecuencia.
- El sueño de la persona es fragmentado porque despierta y vuelve a dormirse sin que el propio paciente sea consciente de lo que le pasa.
- Este trastorno aumenta su prevalencia con la edad y se asocia a la toma crónica de antidepresivos.



❖ **DIAGNOSTICO:**

- Se demuestran los movimientos periódicos de las piernas.
- Se producen más de 15 movimientos por hora.
- Existe una fatiga diurna.
- No hay otra patología o alteración que explique el trastorno.

❖ TRATAMIENTO:

- Como tratamiento para mejorar la sintomatología se pautan benzodiazepinas para disminuir el número de despertares.

