

Movimientos anormales

Evaluación clínica, diagnóstico y tratamiento

Abnormal movements.

Clinical assessment, diagnosis and treatment

GABRIEL JOSÉ ARANGO URIBE • BOGOTÁ, D.C.

Los movimientos anormales se pueden clasificar en dos grandes grupos: los desórdenes hipoquinéticos (lentitud o falta de movimiento) y los hiperquinéticos (exceso de movimiento).

Desórdenes hipoquinéticos del movimiento

Este grupo de trastornos se caracterizan por presentar parkinsonismo o síndrome parkinsoniano que se caracteriza por:

- Bradiquinesia (lentitud del movimiento) síntoma cardinal.
- Presencia de uno de los siguientes movimientos:
 - Rigidez en rueda dentada.
 - Temblor de reposo (4 a 6 Hz).
 - Inestabilidad postural.
- Otros signos: Fascies inexpressiva, hipofonía, dificultad en deglución, postura en flexión, micrografía, alteraciones de la marcha.

Uno de los principales errores que se comenten en la práctica diaria es asociar el parkinsonismo al temblor y no a la bradiquinesia que el síntoma obligatorio para el diagnóstico. Hay diferentes etiologías que causan este síndrome, la principal es la enfermedad de Parkinson idiopática (EP), que se caracteriza por la muerte progresiva de las células dopaminérgicas de la sustancia negra, que se caracteriza por un inicio asimétrico, compromiso gradual, presencia tardía de inestabilidad postural y excelente respuesta a la levodopa. Otras causas importantes son:

- Secundario a medicamentos (bloqueadores dopaminérgicos como el haloperidol o la metoclopramido, calcio-antagonistas como la flunarizina o cinarizina), se caracteriza por relación causal, inicio simétrico y mejoría al suspenderlo (se puede demorar hasta 3 meses).
- Lesiones estructurales (vasculares, tumorales).
- Tóxicos (manganeso, monóxido de carbono).
- Parkinsonismo plus: se denomina así cuando este síndrome es secundario a otras enfermedades neurodegenerativas que tiene un espectro mayor de síntomas como:
 - Temprano compromiso de la marcha o inestabilidad.
 - Demencia dentro de los primeros años de evolución de síntomas motores.

- Mala respuesta a la evo-dopa.
- Simetría persistente.
- Alteraciones de la mirada vertical.

Dentro de esta categoría se encuentra la atrofia multisistémica (degeneración nigroestriada y atrofia olivopontocerebelosa), la parálisis supranuclear progresiva y la degeneración corticobasal

En general el diagnóstico del parkinsonismo es clínico y los laboratorios o neuroimágenes se reservan para el diagnóstico diferencial en pacientes selectos.

La enfermedad de Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa después del Alzheimer; se calcula que en Colombia pueden haber 470 afectados por cada 100.000, suele iniciar en la quinta o sexta década de la vida, aunque cada vez es frecuente ver casos de inicio temprano (tercera o cuarta década). Para su diagnóstico, además de presentar las características previamente mencionadas, debe tener al menos tres de los siguientes criterios prospectivos:

- Debe tratarse de un desorden progresivo.
- Que presente temblor de reposo.
- Que su inicio haya sido unilateral.
- Asimetría persistente, afectando más el lado de inicio.
- Excelente respuesta a la levodopa.
- Corea severa inducida por levodopa.
- Respuesta a la levodopa por 5 años o más.
- Curso clínico de 10 años o más.

Los criterios de exclusión son:

- Historia de accidentes cerebrovasculares a repetición con progresión escalonada de los síntomas parkinsonianos
- Historia de traumas craneanos a repetición.
- Historia definida de encefalitis.
- Crisis oculogiras.
- Tratamiento con neurolépticos al inicio de los síntomas
- Remisión sostenida.
- Características estrictamente unilaterales después de tres años de evolución de la enfermedad.

Dr. Gabriel José Arango Uribe: Neurólogo, Hospital Universitario de San Ignacio – Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá D.C.

- Parálisis supranuclear de la mirada.
- Signos cerebelosos.
- Trastorno autonómico severo temprano.
- Demencia severa temprana (en los primeros dos años de evolución).
- Signo de Babinski.
- Presencia de tumor cerebral o hidrocefalia comunicante en neuroimágenes.
- Respuesta negativa a pesar de grandes dosis de levodopa (excluyéndose mal absorción).
- Exposición a 1-Metil-4-fenil-1,2,3,6-tetrahidropiridina (MPTP).

El tratamiento de la EP se basa en intentar corregir el déficit de dopamina con medicamentos como la levodopa, agonistas dopaminérgicos (bromocriptina, lisuride, pramipoxole), selegilina, Inhibidores de la COMT, anticolinérgicos. Se propone el esquema de la Figura 1 como guía terapéutica.

El tratamiento con levodopa se asocia a complicaciones como las fluctuaciones (fenómeno On Off) y las disquinesias que son movimientos anormales asociados a los niveles séricos de levodopa; sin embargo, este sigue siendo el mejor fármaco para la EP y estos efectos adversos se correlacionan más con la progresión misma de la enfermedad, por lo que se recomienda no limitar o retardar excesivamente su uso, además hay varias estrategias útiles para el manejo de estas complicaciones (Figura 1).

Es muy importante evitar el uso de medicamentos bloqueadores de dopamina o de bloqueadores de calcio en paciente con EP ya que esto puede empeorar sus síntomas.

Es importante recordar que al paciente con Enfermedad de Parkinson siempre se le puede ofrecer una mejoría en la calidad de vida, ya sea con medicamentos o con cirugía funcional en aquellos pacientes sin demencia cuyos síntomas no mejoren a pesar de un tratamiento adecuado

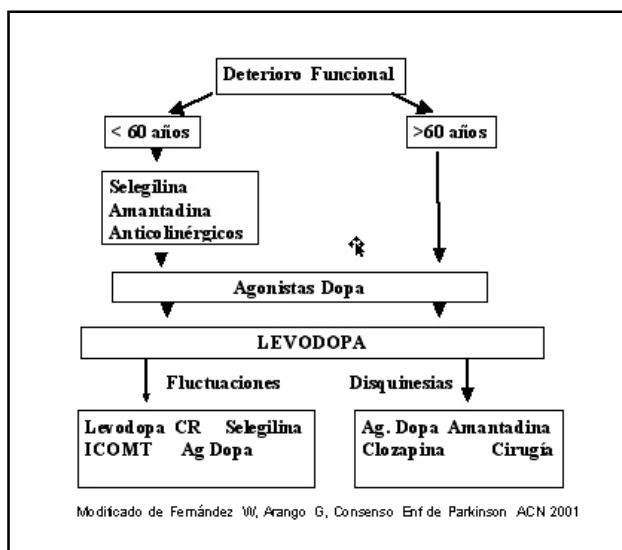


Figura 1. XXX????????

Desórdenes hiperquinéticos del movimiento

Distonía

La distonía es un síndrome neurológico caracterizado por la presencia de movimientos involuntarios, rotatorios, sostenidos, repetitivos, con contracción de músculos opoentes, que causa posturas en torsión. En los pacientes adultos las más importantes son las distonías primarias focales, que incluyen el blefaroespasmio, distonía oromandibular (síndrome de Meige), torticolis espasmódica o distonía cervical o el calambre del escribano. Hay distonías secundarias a enfermedades metabólicas como el Wilson, uso de medicamentos bloqueadores dopaminérgicos o algunos calcioantagonistas. El tratamiento de los distonías focales del adulto es la aplicación de toxina botulínica, buscando un relajamiento selectivo de los músculos activos en el movimiento anormal.

Corea

Es una alteración involuntaria del movimiento caracterizada por la presencia de movimientos súbitos, irregulares que no tienen ningún objetivo. Suele ser de predominio distal, lo que se asemeja a una danza. Dentro de sus causas se encuentran:

- **Primarias:** Huntington, atrofia dendrorubropalidolusiana (DRPLA), acantocitosis, corea benigna primaria entre otras.
- **Secundarias:** Sydenham (fiebre reumática), lupus, antifosfolípido, Wilson, vascular, tardía (exposición crónica a bloqueadores dopaminérgicos)

El tratamiento depende de la etiología; como medida sintomática se pueden usar los bloqueadores dopaminérgicos.

Temblo

La causa más común es el temblor esencial, que es en general una enfermedad monosintomática, tiene los siguientes criterios diagnósticos:

- **Criterios principales:**
 - Temblor bilateral de acción de manos y antebrazos (no temblor de reposo).
 - Ausencia de signos neurológicos, con la excepción de la rueda dentada.
 - Puede haber temblor cefálico sin signos de distonía.
- **Criterios secundarios**
 - Larga duración (más de 3 años).
 - Historia familiar positiva.
 - Mejoría con alcohol etílico.
- **Diagnóstico diferencial/ signos de alarma**
 - Temblor unilateral, en pierna, rigidez, bradiquinesia, temblor de reposos: enfermedad de Parkinson.
 - Alteración de la marcha: EP, temblor cerebeloso.
 - Temblor focal: temblor distónico.

- Temblor cefálico aislado con postura anormal: Temblor distónico.
- Inicio súbito o de rápida evolución: temblor psicogénico o tóxico.
- Temblor inducido por medicaciones.

La simetría, ausencia de bradiquinesia y ausencia de compromiso de la marcha son las principales características que lo diferencian de la EP.

Tratamiento: actualmente existen varias alternativas terapéuticas para el tratamiento del TE. Las opciones que se utilizan son:

- Betabloqueadores (propranolol, metoprolol, atenolol, sotalol, nipradilol).
- Barbitúricos (Primidona, Fenobarbital).
- Benzodiazepinas (Clonazepam, alprazolam).
- Otros fármacos (Gabapentín, toxina botulínica, metazolamida).
- Cirugía funcional.

Referencias

1. **Fernández W, Arango G.** Movimientos Anormales: Tratamiento del Temblor Esencial y Tratamiento de la Enfermedad de Parkinson. En: Consensos en Neurología, guías de práctica clínica. Editado por la Asociación Colombiana de Neurología. Exilibris Editores SA. 2001.
2. **Gibb WR, Lees AJ.** The relevance of Lewi body to the pathogenesis of idiopathic Parkinson's disease. *J Neurol, Neurosug And Psych* 1988; **51**: 745-52.
3. **Jankovic J, Tolosa E, eds.** "Parkinson's Disease and movement disorders" Lippincot Williams and Wilkins. 2002, Cuarta edición.
4. **Watts RL, Koller WC, eds.** Movement Disorders. Neurologic Principles and practice. New York. MacGraw-Hill 1997