



E. PARKINSON Y OTROS TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

Coordinadora: DRA. CLARA CABEZA ÁLVAREZ

Neurología

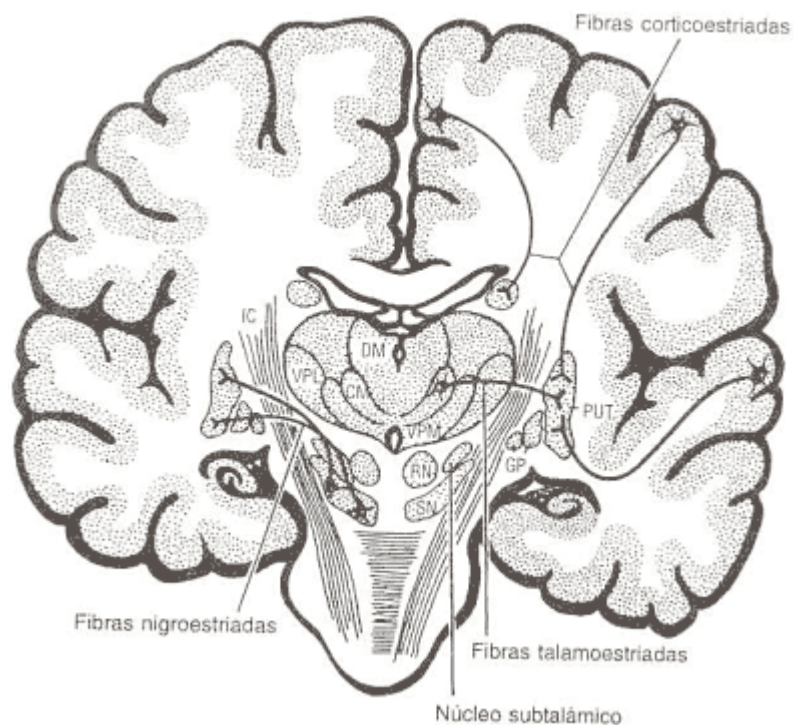
IMI Toledo

¿TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO?

Existen numerosos procesos neurológicos y no neurológicos que presentan temblores o trastornos del movimiento. Quizá el más conocido sea la Enfermedad de Parkinson.

Aunque antes se hablaba de **trastornos extrapiramidales**, actualmente nos referimos a ellos como **trastornos del movimiento** y están relacionados principalmente con el funcionamiento de los ganglios basales del cerebro.

Algunos son benignos y otros tienen una repercusión estética, otros producen disfunciones en la vida diaria y otros son auténticas enfermedades neurodegenerativas.



Anatomía y fisiología de los ganglios basales

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

A continuación presentamos el listado de los trastornos del movimiento más frecuentes:

- **SINDROMES HIPOCINETICOS:**
 - ENFERMEDAD DE PARKINSON
 - SINDROMES PARKINSONIANOS
 - Secundario a fármacos
 - Postencefalítico
 - Por tóxicos
 - Vascular
 - Tumoral
 - Por boxeo
 - Otros
 - SINDROMES PARKINSON PLUS
 - Parálisis Supranuclear Progresiva (PSP)
 - Atrofia de Múltiples Sistemas (AMS)
 - Degeneración Córtebasal
 - Enfermedad por cuerpos de Lewy difusos
 - Otros trastornos hereditarios
- **DISCINESIAS:**
 - COREA
 - BALISMO
 - TEMBLOR
 - DISTONIA
 - MIOCLONIAS
 - TICS

En todos estos cuadros, las características clínicas pueden variar tanto en la presentación como a lo largo de la evolución, por lo que es importante la valoración por un Neurólogo, ya que los estudios que se precisarán, así como el tratamiento posterior puede variar.

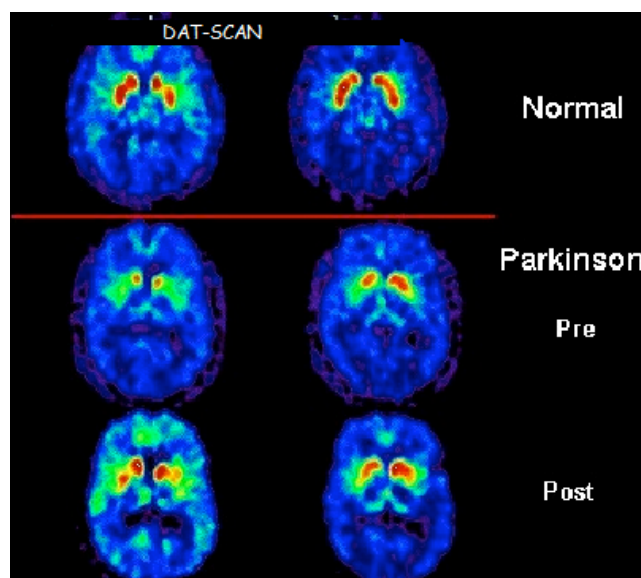
CARACTERÍSTICAS QUE DEBEN EVALUARSE EN LOS TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

- Ritmicidad (rítmico/arrítmico).
- Mantenimiento (sostenido/no sostenido).
- Duración (paroxístico/constante).
- Momento (sueño/vigilia).
- Actitud (reposo/acción).
- Velocidad (lento/rápido).
- Amplitud.
- Supresibilidad con la voluntad.
- Complejidad (complejo/simple).
- Sensación previa.

RASGOS CARDINALES DE LOS SÍNDROMES HIPOCINÉTICOS

- Temblor de reposo.
- Rigidez.
- Bradicinesia/hipocinesia.
- Posturas flexionadas de cuello, tronco y extremidades.
- Pérdida de reflejos posturales.
- Freezing (congelación).

Siendo necesario para el diagnóstico de parkinsonismo al menos dos de los rasgos anteriores y uno de los mismos tiene que ser temblor de reposo o bradicinesia.



DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO:

Como en todas las enfermedades, la historia clínica y la exploración general y neurológica son la base del diagnóstico. Una vez establecida la sospecha, deberán realizarse exploraciones complementarias que pueden variar según la patología que se estudie pero que, en general, va a incluir:

- ANALITICA
- ESTUDIOS NEUROFISIOLOGICOS
- ESCALAS DE VALORACION
- PRUEBAS DE IMAGEN: RMN, SPECT, PET, DAT-SCAN.
- TEST NEUROPSICOLOGICOS
- ESTUDIOS GENETICOS

ENFERMEDAD DE PARKINSON



Es una enfermedad, probablemente multifactorial y generalmente esporádica, aunque también puede ser familiar. Se debe a una degeneración de las neuronas que contienen dopamina en la sustancia negra del mesencéfalo. Asocian inclusiones citoplasmáticas eosinofílicas características (los cuerpos de Lewy).

Clínicamente se caracteriza por la lenta aparición de forma asimétrica de **alteraciones motoras** como temblor de reposo, rigidez, bradicinesia, bloqueos de la marcha y alteración de los reflejos posturales. También

existen **síntomas no motores** con pérdida de olfato, trastornos del sueño, estreñimiento y alteraciones miccionales, trastornos mentales o incluso deterioro cognitivo.

El **tratamiento** es fundamentalmente **farmacológico** y consiste en el reemplazo mediante levodopa junto con un inhibidor de la dopadecarboxilasa periférica (carbidopa, benseracida) o agonistas dopaminérgicos, IMAO-B e inhibidores de la COMT (entacapone).

Cuando la enfermedad progresa la respuesta al tratamiento es menor y se presentan complicaciones relacionadas con la enfermedad y con el tratamiento que pueden ser o no motoras, incluidas las complicaciones neuropsiquiátricas. Es importante el seguimiento por un Neurólogo para realizar los ajustes terapéuticos precisos y, si procede, avanzar en el tratamiento. En estos casos habría que recurrir ya a fármacos con otras vías de administración (Apomorfina, DUO-DOPA) así como la **Cirugía** con implantación de estimuladores profundos a nivel del núcleo subtalámico (www.getm.info).



CALIDAD DE VIDA EN LOS TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

La calidad de vida en los pacientes con trastornos del movimiento va a depender de la enfermedad de base, de las enfermedades concomitantes y de las alternativas terapéuticas. En el caso de procesos como los TICS múltiples o el TEMBLOR esencial, el problema va a ser estético y funcional.

En el caso de las enfermedades neurodegenerativas más graves (AMS, PSP...) la evolución inexorable de la enfermedad hará que las medidas terapéuticas sean fundamentalmente paliativas. Finalmente en procesos como la enfermedad de Parkinson, el arsenal terapéutico que ha ido apareciendo en los últimos años permite ofrecer a los pacientes expectativas vitales aceptables con una calidad de vida mejor que hace tan solo 10 años.

No deje de consultar con su Neurólogo, probablemente pueda ayudarle más de lo que piensa.

Para más información puede consultar:



www.sen.es y www.getm.info