

Manejo del temblor en Atención Primaria

Lidia Puig Tena: R1 Medicina familiar y comunitaria
Tutor: Manuel Batalla Sales



ÍNDICE

Introducción

¿Qué es el temblor?

Tipos de temblor

- Temblor de reposo
- Temblor de acción

Evaluación

- Anamnesis
- Exploración física

Principales

- Temblor esencial
- Enfermedad Parkinson

Conclusiones

- Algoritmo dx
- ¿Cuándo derivar?

¿Qué es el temblor?

El temblor se define como un movimiento rítmico, involuntario y oscilatorio de una o varias partes del cuerpo. Se produce por la contracción alternante de los músculos agonistas y antagonistas y es el trastorno del movimiento más frecuente.



Tipos de temblor

Tipo de temblor	Frecuencia	Relación con los movimientos	Aparición
<u>De reposo</u>	Baja-media	-Empeora con el estrés -Disminuye con los movimientos voluntarios	Músculos relajados
<u>De acción</u> Postural	Media-alta	-Aumenta con los movimiento voluntarios	Músculos contraídos
<u>De acción</u> Intención	Baja	-Aumenta con los movimientos dirigidos -Aumenta cuando nos acercamos al objeto	Movimientos dirigidos

Etiología

Tipo de temblor	Etiología	
<u>De reposo</u>	-Enfermedad de Parkinson -Síndromes Parkinsonianos -Parkinsonismo inducido	
<u>De acción</u> Postural	-Temblor fisiológico -Temblor esencial -Secundario a otras enfermedades NRL -Enfermedad de Wilson -Causas tóxico-medicamentosas	<u>Causas físicas:</u> ansiedad, fatiga <u>Causas metabólicas:</u> hipoglucemia, hipertiroidismo, uremia, insuficiencia hepática, alteraciones iónicas
<u>De acción</u> Intención	-Esclerosis múltiple -Secundario a otras enfermedades NRL -Lesiones del cerebelo o tronco del encéfalo (traumatismo, tumor, EM)	

Anamnesis

General

- Edad, sexo
- Alergias medicamentosas conocidas
- Hábitos tóxicos (alcohol, café...)
- Enfermedades
- Consumo de medicamentos
- Síntomas sistémicos acompañantes: pérdida de peso, palpitaciones, dificultad para la deglución....

Dirigida al temblor

- Tiempo de evolución
- EE afectas y evolución de la afectación
- Limitación funcional
- Situaciones que mejoran la clínica (alcohol)
- Situaciones que empeoran la clínica (fatiga, estrés)
- Antecedentes familiares de temblor

Exploración física



La **observación** es el paso inicial para la exploración física. Realizar una exploración neurológica completa en busca de focalidad neurológica.

Posteriormente una exploración dirigida al temblor:

- Debemos observar si el temblor predomina en reposo (observamos al paciente sentado con las manos en el regazo y la boca abierta)
- En una posición antigravitatoria (levantado con los brazos extendidos y las manos en flexión dorsal)
- Al realizar movimientos específicos. (coger un bolígrafo, maniobra dedo-nariz, dibujar una espiral)
- Buscar alteraciones posturales o distonías
- Maniobras de distracción para valorar cambio en el temblor

CLASIFICACIÓN DEL TEMBLOR:

- Tipo (reposo o acción)
- Parte del cuerpo a la que afecta (brazos, cabeza...)
- Situaciones en las que aparece
- Frecuencia (alta o baja) y la amplitud (fino o grosero)
- Intensidad.



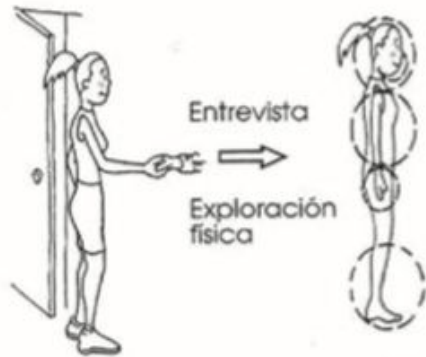


Figura 1

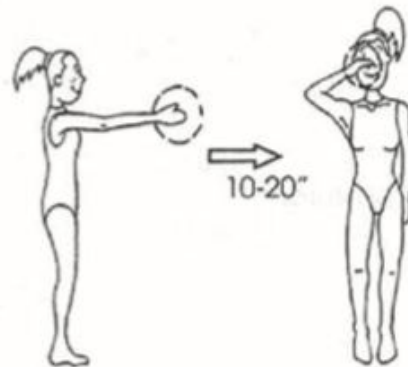


Figura 2

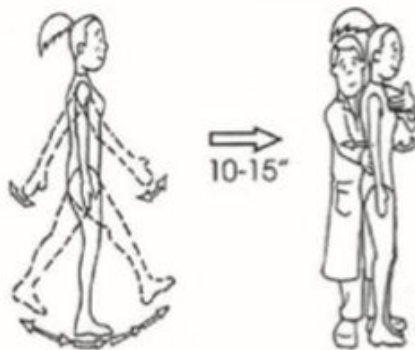


Figura 3

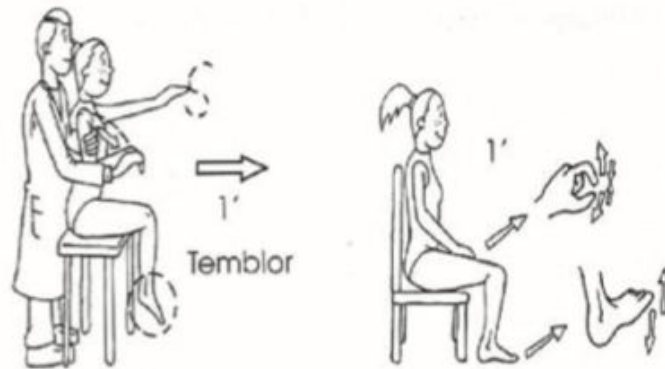


Figura 4

Pruebas complementarias

El temblor tiene un diagnóstico clínico

- Analítica con hemograma, una bioquímica ordinaria con glucemia, función renal, hepática y hormonas tiroideas.
- En pacientes con inicio del temblor antes de los 50 años puede resultar útil descartar una enfermedad de Wilson mediante la ceruloplasmina y el cobre en plasma y la excreción de cobre en orina de 24h.
- Pedir niveles de fármacos si existe sospecha de intoxicación.

Dado que la mayoría de los síndromes tienen un diagnóstico clínico deberían reservarse otras pruebas para sospechas diagnósticas específicas:

- En pacientes con presentaciones características de enfermedad de Parkinson y respuesta favorable a antiparkinsonianos no es necesario pedir un TAC o RNM. Estas dos pruebas pueden resultar más útiles en pacientes con temblor de intención cuando tengamos un antecedente de traumatismo, sospecha de tumores o esclerosis múltiple.
- El PET o SPECT no tienen mucha utilidad para la evaluación del temblor.
- Si sospechamos una esclerosis múltiple debemos estudiar los niveles de Ig G en LCR y realizar una resonancia.

Temblor fisiológico

Es un temblor de acción fino que está normalmente presente en las extremidades de la mayoría de pacientes. Aparece en personas sanas y puede estar relacionado con muchas causas. Puede pasar desapercibido y hacerse patente al mandar sostener al paciente un folio o apuntar con un puntero a la pared.

CAUSAS:

- Aumento de secreción de catecolaminas (stress, ejercicio, fatiga, síndromes de abstinencia, feocromocitoma)
- Cafeína o nicotina
- Hipertiroidismo, hipoglucemia, hipotermia
- Medicamentos (dopaminérgicos, litio, neurolépticos, simpaticomiméticos, ADTs, ISRS, tiroxina...).

TRATAMIENTO: solucionar la causa desencadenante o tratamiento farmacológico con B-bloqueantes no selectivos como el propranolol o timolol.

DERIVACIÓN: no sería necesaria.

Temblor esencial

- Es la alteración del movimiento más común.
- La edad de inicio tiene una distribución bimodal (15 años, **edad adulta**.)
- **Herencia autosómica dominante** con penetrancia variable e independiente del sexo.
- El temblor se inicia con el **movimiento voluntario** (**flexo-extensión**) y raramente se presenta en reposo siendo más intenso al mantener una postura (p.ej. mantener los brazos extendidos)
- Se puede ver en la lengua, temblor de mandíbula aparece con la **boca abierta**.
- **Se acentúa** con situaciones de estrés o que requieran cierta habilidad (contar monedas, tomar un café o realizar una firma) // **Mejora** con el consumo del alcohol.
- **No** alteración de la amplitud en “finger taps.”
- Es lentamente progresiva en un periodo de años.

DERIVACIÓN: sería necesaria en caso de que el paciente no respondiera adecuadamente a la medicación.



Tratamiento:

Tabla I. Fármacos empleados en temblor esencial. Grados de recomendación, dosis de inicio, mantenimiento, precauciones, contraindicaciones, tasa de eficacia y abandono.

Fármaco	Grado de recomendación	Dosis inicial	Dosis de mantenimiento	Efectos adversos	Contraindicaciones precauciones especiales	Eficacia*	Porcentajes de retirada
Propranolol	A	10 mg/día	60-320 mg/día (3 tomas)	Hipotensión, bradicardia, cansancio, disfunción eréctil, depresión	Pacientes con insuficiencia cardíaca, bloqueos AV 2º grado, DM, asma u EPOC, hipotensión (TAM < 90), FC < 50	55 %	20 %
Primidona	A	62,5 mg	62,5-375 mg/día (3 tomas)	Depresión, efectos secundarios cognitivos/conductuales	Hepatopatías Escalado muy lento para evitar efectos secundarios de mareo, náuseas que suponen altas tasas de abandono del fármaco. Monitorizar perfil hepático, puede haber aumento de GGT	50 %	20-33 %
Gabapentina	B	300	900-3.600 mg/día (3 tomas)	Fatiga, ataxia, disminución libido, mareo, nerviosismo, ganancia ponderal	Se recomienda su uso en monoterapia	33-77 %	10 %
Topiramato	U	25	100-400 mg/día (2 tomas)	Hiporexia, pérdida de peso, parestesias, efectos cognitivos (disnomia, bradipsiquia), litiasis renal	Precaución en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho	22-37 %	30-40 %

García Azorín, David; Porta-Etessan, Jesús; Guerrero Peral, Ángel. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas SEN 20219.

Manual de práctica clínica en Neurofarmacología, Start and Stop. Capítulo 22; pp 309-324.

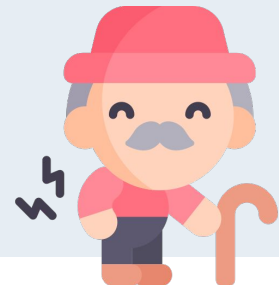
Enfermedad de Parkinson

- Es 20 veces menos frecuente que el temblor esencial.
- Los síntomas aparecen >50 años aunque 5-10% se da en <40 años. Ligero predominio ♂
- Suele comenzar como un **temblor de reposo** (prono-supinación), en ocasiones puede añadirse temblor de acción. En su inicio es asimétrico afecta a una EESS después involucra a la EEII ipsilateral y después a las contralaterales.
- Temblores en los labios, la lengua o la mandíbula (aparece con la **boca cerrada**), pero rara vez causa un temblor significativo en la cabeza o la voz.
- **Se acentúa** con situaciones de estrés // **Disminuye** con los movimientos voluntarios.
- **Alteración** de la amplitud en “finger taps.”
- **Otros signos de la enfermedad de Parkinson:** rigidez, bradicinesia, hipomimia, hipertonía en rueda dentada visible al explorar los miembros, pérdida de los reflejos posturales.

DIAGNÓSTICO: clínico. Descartar ingesta de fármacos responsables.

TRATAMIENTO: Levodopa/carbidopa.

DERIVACIÓN: sospecha de enfermedad de Parkinson.



Temblor inducido por fármacos

- Sospechar ante paciente con clínica de parkinsonismo en tratamiento con fármacos conocidos por ser inductores.
- Descartar ante un temblor de reposo la toma de fármacos.
- Diagnóstico diferencial con Enfermedad de Parkinson:
 - Simétrico
 - Discinesias oro-mandibulares
 - No respuesta a levodopa
 - Mejoría tras retirada de la medicación (6 meses)

Ejemplos de fármacos:

- Haloperidol, risperidona
- Metoclopramida, sulpirida
- Nifedipino, diltiazem
- Litio
- Amiodarona
- ISRS (fluoxetina)
- Valproato

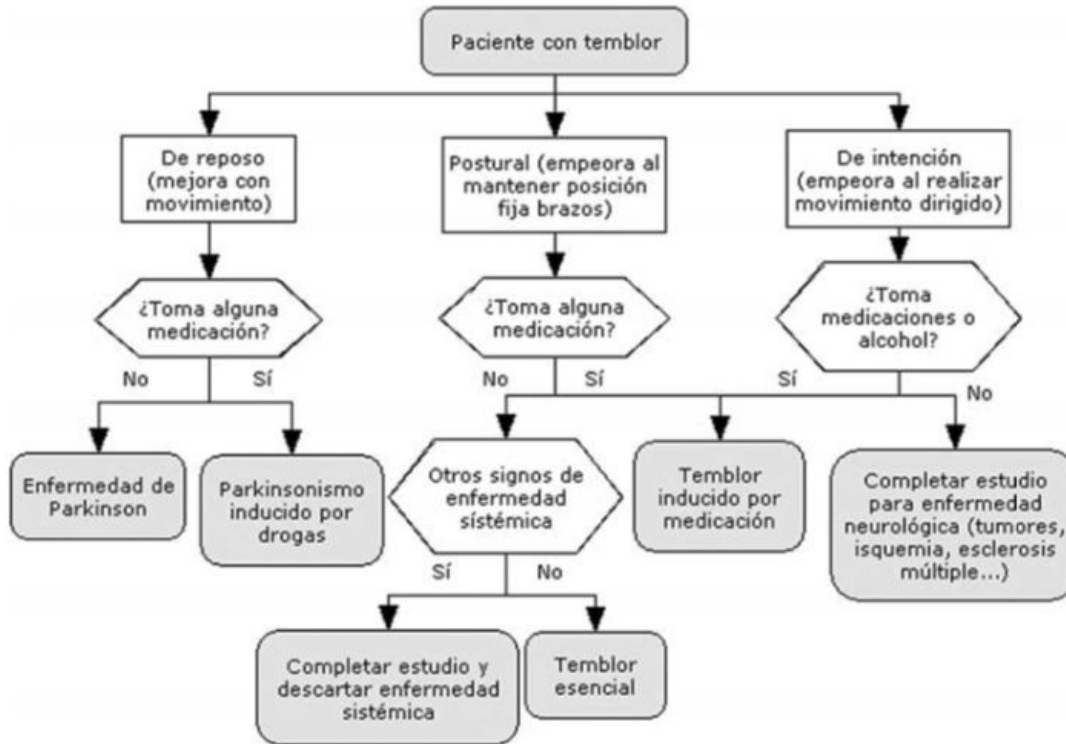
Diagnóstico diferencial: Temblor esencial vs Parkinson

CARACTERÍSTICAS	PARKINSON	TEMBLOR ESENCIAL
Edad comienzo	>50 años	Adolescencia y >50 años
Sexo	Predominio hombres	Sin diferencia
Historia familiar	10%	55%
Simetría	Unilateral	Simétrica
Tipo	Reposo	Postural, movimiento
Distribución	Manos, piernas	Manos, cabeza, voz
Alcohol	No mejora	Mejora
Síntomas asociados	Bradicinesia, rigidez...	Ninguno

Conclusiones

¿Cuándo derivar?

- Focalidad NRL
- Dudas en el diagnóstico
- Sospecha de Parkinson
- Sospecha de EM
- Sospecha de enfermedad CBL
- Temblor esencial que no mejora con la medicación



Bibliografía

- Ferreiro Gómez M. Temblor .En: Guías Clínicas 2003. Atención Primaria en la red. URL: <http://www.fisterra.com>.
- William Fernández. Temblor: diagnóstico diferencial y tratamiento. URL: <http://www.acnweb.org/guia/g2c06i.pdf>
- Costa C, Castiñeira MC. Enfermedad de Parkinson; Guías clínicas 2001; 1 (42). URL: <http://www.fisterra.com/guias2/parkinson.asp>.
- Roldán Arroyo, Victoria; Navarro Carrillo, Alicia; Torre García, Antonia de la; Romero Herreros, Esther; Marín-Barnuevo y Fabo, M^o Piedad. El Temblor. Revisión clínica. Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 1, núm. 4, junio, 2006, pp. 193-201. URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169616096008>.
- García Azorín, David; Porta-Etessan, Jesús; Guerrero Peral, Ángel. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas SEN 20219. Manual de práctica clínica en Neurofarmacología, Start and Stop. Capítulo 22; pp 309-324. URL: <https://www.sen.es/profesionales/guias-y-protocolos/91-articulos/2654-manual-de-practica-clinica-en-neurofarmacologia-start-stop-recomendaciones-diagnostico-terapeuticas-de-la-sen-2019>
- G Brain, Peter. The management of tremor. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002;72(Suppl 1):i3–i9. URL: https://jnnp.bmj.com/content/72/suppl_1/i3

The background features abstract, organic shapes in shades of orange and light blue. A prominent orange shape is on the left, and a light blue shape is on the right. There are also several smaller circles and spots in both colors scattered across the white background.

GRACIAS