

PARTE II:

Temblor

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

28



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Reconocer los síndromes clínicos que con mayor frecuencia son causa de temblor.
2. Aplicar las modalidades terapéuticas al alcance del médico general.
3. Reconocer las indicaciones que deben utilizarse para referencia al especialista.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

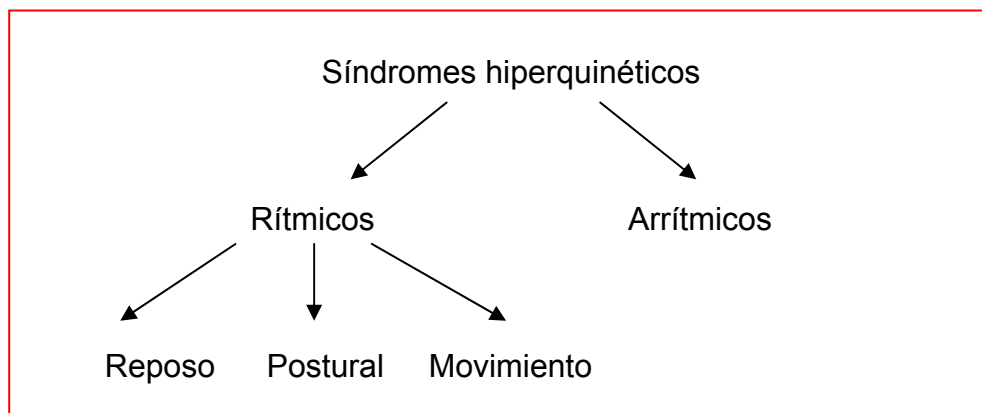
El temblor, es definido como una *oscilación mecánica, rítmica e involuntaria de una parte del cuerpo*. Es un problema común en el adulto mayor y suele ser susceptible de tratamiento. Este puede resultar de procesos normales o patológicos. Se le caracteriza en términos de *frecuencia, amplitud y forma de la onda*. Los temblores se agrupan bajo el *síndrome hiperquinético, en rítmicos y arrítmicos*.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El paciente suele acudir cuando, por ser clínicamente manifiesto o funcionalmente incapacitante, el temblor interfiere con sus actividades de la vida cotidiana.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA



CLASIFICACIÓN CLÍNICA

- **TEMBLOR DE REPOSO:** ocurre cuando la actividad muscular voluntaria está ausente. (ej: enfermedad de parkinson).
- **TEMBLOR POSTURAL:** ocurre durante el mantenimiento de la postura. (ej: esencial, inducido por drogas).
- **TEMBLOR DE MOVIMIENTO:** ocurre durante cualquier movimiento voluntario. (ej: temblor esencial).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para el correcto diagnóstico basado en la clínica, practique una cuidadosa anamnesis para identificar los antecedentes de consumo de drogas, historia familiar, etc., y complemente con la observación a través del examen físico y neurológico (Cuadro 27.1). Los métodos de laboratorio no suelen ser de gran utilidad.

CUADRO 27.1. CARACTERÍSTICAS DEL TEMBLOR SEGÚN PATOLOGÍA

Frecuencia (Hz)	Enfermedad o proceso	Características
2.5 – 3.5	tronco encéfalo esclerosis múltiple degeneración alcohólica post-traumática	postural, movimiento
4 - 5	enfermedad de Parkinson enfermedad cerebelar rubral inducido por drogas	reposo postural, movimiento reposo, postural, movimiento reposo
5.5 - 7.5	temblor esencial clonus enfermedad de Parkinson	postural, movimiento
8 - 12	inducido por drogas intoxicación por drogas temblor esencial	postural, movimiento

Especial atención merecen, tres presentaciones clínicas de gran prevalencia dentro del grupo de adultos mayores: el temblor esencial, la enfermedad de Parkinson y los temblores inducidos por drogas.

TEMBLOR ESENCIAL

Se presenta como un *temblor monosintomático de postura y movimiento*. El diagnóstico depende de la ausencia de otros signos neurológicos, alteraciones metabólicas o agentes farmacológicos. Su etiología es desconocida. En 40% de los casos hay una historia familiar. Lo más común, es que afecte manos y con menor frecuencia cabeza, piernas, ojos y voz.

No afecta la expectativa de vida, pero puede llegar a ser muy incapacitante. Típicamente la severidad progresa lentamente a través del tiempo. Aunque pueden existir formas graves a temprana edad.

ENFERMEDAD DE PARKINSON

Cuadro caracterizado por la *triada clásica* de síntomas de *temblor de reposo* (70% de los casos), *rigidez* y *bradicinesia*. El temblor de reposo que es muy característico de esta enfermedad, puede comenzar unilateralmente, comprometiendo progresivamente pulgar, dedos y mano; provoca el típico efecto de “cuenta monedas”. Podrá mantenerse así a través del tiempo o progresar a otras partes del cuerpo. El clásico temblor de reposo, es abolido al inicio de un movimiento voluntario. En este tipo de temblor, otras causas también pueden exacerbar los síntomas hiperquinéticos (medicamentos, ansiedad, fatiga).

INDUCIDO POR DROGAS

El temblor es un efecto colateral de muchos medicamentos. Estos efectos pueden ser de *naturaleza transitoria o definitiva*. Ejemplo muy conocido es el de los agonistas beta, como el salbutamol, que puede exacerbar un temblor preexistente o hacer manifiesto un problema subclínico, pudiendo ser éste el motivo del abandono de la terapia.

La importancia de este tópico, es trascendental en la práctica clínica, debido al efecto colateral que llamamos iatrogenia cuando el costo supera al beneficio. En el caso del adulto mayor, toma una relevancia mayor debido a sus cambios fisiológicos y a la aparición de otras enfermedades.

En el cuadro 27.2 aparece una relación de drogas con afectación del sistema neurotransmisor.

CUADRO 27.2. RELACIÓN DE DROGAS CON AFECCIÓN DEL SISTEMA NEUROTRANSMISOR

Sistema transmisor afectado	Drogas
Colinérgico central	Acetilcolina, agonistas muscarínicos y nicotínicos, anticolinesterasas.
Monoaminérgico central	Neurolépticos, feniletilaminas, indoles.
Adrenérgicos periféricos	Adrenalina, beta-agonistas, litio, cafeína, corticoesteroides.
Otros	Metales pesados, tetracloruro de carbono.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

En cuanto a la terapia del *temblor esencial*, *muchos pacientes no requieren de medicamentos*, dada la levedad de sus síntomas, y se tranquilizan al saber el buen pronóstico del cuadro.

El tratamiento con *beta bloqueadores* es ampliamente utilizado, con respuestas muy variables entre pacientes (responde sólo un 45% de los casos). Cabe destacar que las contraindicaciones de su uso son patologías más prevalentes en el adulto mayor (insuficiencia cardíaca, bloqueo AV, asma, etc.) y que por cambios en la farmacodinamia de los beta bloqueadores, suelen requerirse dosis bajas de propranolol (10 a 60 mg/d).

Frente a la falta de respuesta, se sugiere el uso de la *primidona*, sin embargo este fármaco debe ser *prescrito por el especialista*, pues su inicio suele acompañarse de efectos secundarios muy aparatosos que requieren una estrecha supervisión y con frecuencia la interrupción del tratamiento.

Las exacerbaciones del temblor basal, se pueden deber a *factores corregibles* como nuevas drogas o ansiedad: Su identificación y corrección, disminuirían los síntomas, quizás al punto de que el temblor esencial no requiriera de terapia.

En cuanto al manejo del *síndrome del Parkinson*, la mayoría de los pacientes requerirán una *combinación de drogas* como son un *dopaminérgico* y un *inhibidor de la decarboxilasa periférica*. O bien, un *agonista que actúe directamente como la bromocriptina*. La dosis a utilizar dependerá del preparado y especialmente del paciente, debido a lo particular de la farmacocinética de los medicamentos en el adulto mayor. La respuesta del temblor a los fármacos, es la variable más sensible de todos los síntomas en la evolución del tratamiento.

Se utilizan también *drogas anticolinérgicas* que son mínimamente efectivas y no se recomiendan como tratamiento de primera elección sino en los casos donde predomina el temblor; y poniendo especial cuidado en evitar los efectos secundarios anticolinérgicos que aparecen al incrementar la dosis. La *amantadina* podría ayudar en algunos casos, aunque puede provocar confusión mental.

3.2.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN Y ATENCIÓN

En general, ante el diagnóstico de este padecimiento, se recomienda referir el caso al siguiente nivel de atención para su completa evaluación y diagnóstico diferencial.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- No olvide tranquilizar al enfermo que no tiene enfermedad de parkinson, acerca de la naturaleza benigna de su problema.
- El temblor esencial es la alteración más frecuente.
- El tratamiento suele no ser necesario a menos que haya compromiso funcional.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Beers, Mark H. y Robert Berkow. The Merck Manual of Geriatrics. Movement Disorders. 2000 Versión internet, www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/

Bennett DA, Beckett LA, Murray AM, et al. Prevalence of Parkinsonian signs and associated mortality in a community population of older people. NEJM 1996; 334:71-76.

Koller WC, Huber SJ. Tremor disorders of aging: diagnosis and management. Geriatrics 1989; 44(5):33-4.

Sage JI, Mark MH. Diagnosis and treatment of Parkinson's disease in the elderly. JGIM 1994; 9:583-589.

Wirshing WC, Cummings JL. Extrapiramidal syndromes in the elderly: diagnosis and management. Geriatrics 1989; 44(2):47-54.