

Temblor

Ferreiro Gómez, M.

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Atención Primaria de Cambre. SERGAS. A Coruña. España.

CAD. ATEN. PRIMARIA 2005; 12: 224-227

¿DE QUÉ HABLAMOS?

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.

Se puede hablar de dos grandes tipos de temblor:

- Temblor de reposo: tiene lugar cuando la parte afectada del cuerpo se encuentra en relajación (p.ej: las manos en el regazo). La amplitud aumenta con el stress mental o con el movimiento general (p. ej: contar hacia atrás, caminar) y disminuye con movimientos específicos (p.ej: maniobra dedo-nariz).
- Temblor de acción: se produce al realizar un movimiento voluntario. Se puede dividir:
 - Postural: al mantener una posición antigravitatoria (p.ej.: mantener los brazos extendidos).
 - De intención: al realizar movimientos de las extremidades (p.ej: pronación y supinación del antebrazo) o al realizar movimientos específicos (p.ej.: maniobra dedo-nariz o coger un bolígrafo) aumentando conforme se va acercando al objeto deseado (nariz o bolígrafo en este caso).

TIPOS DE TEMBLOR

TABLA 1

Tipos de temblores y características

Tipo de temblor	Frecuencia	Amplitud	Aparición	Ejemplos
De reposo	Baja-media	Grosera desciende al ordenar un movimiento	Músculos relajados	Enfermedad de parkinson; Parkinsonismo inducido por medicamentos
De acción			Cualquier movimiento Voluntario	
Postural	Media-alta	Fina o grosera; aumentando con los movimientos voluntarios	Músculos contraídos	Temblor fisiológico, temblor esencial, alteraciones metabólicas, privación de alcohol o drogas
Intención	Baja	Aumenta con movimientos dirigidos	Movimientos dirigidos	Lesión cerebelar (traumatismo, esclerosis múltiple, tumor); inducido por drogas (litio, alcohol)

TEMBLOR FISIOLÓGICO

Aparece en todas las personas sanas y puede estar relacionado con muchas causas. Puede pasar desapercibido y puede hacerse patente al mandar sostener al paciente un folio o apuntar con un puntero a la pared.

Puede estar causado por situaciones que aumenten la secreción de catecolaminas (stress, ejercicio, fatiga, síndromes de abstinencia, feocromocitoma), cafeína, nicotina, hipertiroidismo, hipoglucemia, hipotermia, medicamentos (dopaminérgicos, litio, neurolépticos, simpaticomiméticos, ADTs, ISRS, tiroxina...).

Se trata solucionando la causa desencadenante o usando B-bloqueantes no selectivos como el propranolol o timolol.

TEMBLOR ESENCIAL

Es la alteración del movimiento más común. El temblor se inicia con el movimiento y raramente se presenta en reposo siendo más intenso al mantener una postura (p.ej. mantener los brazos extendidos) El temblor se puede ver en la lengua, la cabeza puede girar en sentido "no-no" o "sí-sí". Se acentúa con situaciones de stress o que requieran cierta habilidad (contar monedas, tomar un café o realizar una firma) Puede ser realmente incapacitante y mejora al consumir alcohol.

Aunque está sobrediagnosticado, es más común que el temblor causado por el Parkinson. En la mitad de los pacientes

existe predisposición familiar y casi la mitad tienen menos de 40 años. Su prevalencia varía del 0.1% al 22% dependiendo de los criterios de diagnóstico.

El tratamiento de elección son los B-bloqueantes no selectivos (propranolol 60-240 mg) en principio se deben usar diariamente dividido en dos o tres dosis y posteriormente, a demanda porque se puede producir tolerancia. No todos los pacientes responden a esta medicación.

En casos seleccionados se puede usar primidona o benzodiazepinas (alprazolam en uso intermitente). Se ha visto mejoría en pacientes tras usar acetazolamida, gabapentina o nimodipino. También se han usado inyecciones de toxina botulínica en casos seleccionados (temblor de cabeza).

La cirugía (estimulación talámica o talamotomía) se reserva para casos resistentes a tratamiento o altamente incapacitantes.

ENFERMEDAD DE PARKINSON

Es 20 veces menos frecuente que el temblor esencial. Los síntomas aparecen generalmente después de los 50 años aunque pueden aparecer incluso a los 20.

Suele comenzar como un temblor de reposo (en ocasiones puede añadirse temblor de acción) que empieza de forma distal en un brazo; habitualmente se trata de un movimiento flexo-extensor del codo o primer dedo o una pronosupinación del antebrazo. Empeora con el stress y disminuye con los movimientos voluntarios.

Otros signos de la enfermedad de Parkinson son rigidez, bradicinesia (andar arrastrando los pies, balanceo al andar, dificultad para levantarse de una silla, reducción de la expresión facial) hipertensión en rueda dentada visible al explorar los miembros, pérdida de los reflejos posturales (inestabilidad de la marcha y dificultad para mantener el equilibrio).

TABLA 2

Diagnóstico diferencial entre temblor esencial y enfermedad de Parkinson

Características	Parkinson	Temblor esencial
Edad de comienzo	>50 años	Adolescencia y >50 años
Sexo	Predominio hombres	Sin diferencia
Historia familiar	alrededor 10%	60%
Simetría	Unilateral	Simétrico
Tipo	Reposo	Postural, movimiento
Distribución	Manos, piernas, inicio unilateral	Manos, cabeza, voz
Alcohol	No mejora	Mejora
Síntomas asociados	Bradicinesia, inestabilidad, rigidez, inexpresividad	Ninguno característico

TEMBLOR CEREBELOSO

Se presenta como un temblor de intención unilateral o bilateral de baja frecuencia causado por traumatismos, alcoholismo, tumores e infartos cerebrales o esclerosis múltiple. En ocasiones puede ser hereditario. El temblor empeora con movimientos precisos como las maniobras dedo-nariz o dedo-dedo. Muchas veces se acompaña de alteraciones de la marcha (ataxia), alteraciones del equilibrio, nistagmus, dificultad para hablar o bajada del tono muscular.

TEMBLOR IATROGÉNICO E INDUCIDO POR TÓXICOS

Lo más frecuente es que se trate de un temblor fisiológico aumentado por el uso de simpaticomiméticos como la pseudoefedrina, broncodilatadores o teofilinas y antidepresivos como los tricíclicos o fluoxetina. También aparece en la privación benzodiazepínica.

El 25% de los pacientes con tratamiento prolongado con ácido valproico presentan un temblor postural que mejora reduciendo la dosis. Otros medicamentos como el litio pueden producir temblor en las manos y la amiodarona un síndrome neurológico que consiste en ataxia, temblor postural y neuropatía periférica que mejora reduciendo la dosis. El haloperidol y la metoclopramida pueden producir parkinsonismo.

La ingesta aguda de alcohol reduce el temblor fisiológico y el esencial mientras que el alcoholismo crónico puede producir un temblor cerebeloso y privación alcohólica un temblor postural.

TEMBLOR PSICÓGENO

Es un temblor variable que puede disminuir o desaparecer cuando el paciente no es observado o con psicoterapia o placebo. Se detecta contracción conjunta de músculos antagonistas mediante electrofisiología.

TEMBLOR SINTOMÁTICO

En algunas alteraciones neurológicas como distonías, neuropatías hereditarias, lesiones cerebrales, síndrome de la Tourette o enfermedad de Wilson puede estar presente un temblor de acción.

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Debemos realizar siempre una buena historia que recoja:

TABLA 3

Características diferenciales de los tipos de temblor y diagnóstico

Temblor	Clínica	Diagnóstico
Fisiológico	Temblor postural; ausencia de enfermedad. neurológica	Clínica y descartar otras causas.
Esencial	Temblor postural; afecta a la cabeza y los brazos; aumenta con el stress, la fatiga y los estimulantes y los movimientos voluntarios. Disminuye con el alcohol; responde a B-bloqueantes, primidona...	No necesita test específicos. Descartar otros problemas con una bioquímica y hematimetría completa y función tiroidea
Parkinson	Temblor de reposo; aumenta con el stress y disminuye con los movimientos voluntarios de la extremidad; responde a agentes dopaminérgicos; bradicinesia, rigidez y pérdida de los reflejos posturales	No son necesarios test para las presentaciones típicas. Útil RNM para presentaciones atípicas.
Cerebeloso	Temblor de intención (misma parte del cuerpo que la lesión). Otros síntomas cerebelosos.	Historia detallada (alcohol, litio..) TAC o RNM, IgG en LCR si sospechamos esclerosis múltiple.
Tarea-específico	Ocurre sólo en actividades particulares como escritura, tocar un instrumento musical, etc. La tarea afectada requiere usualmente de un alto grado de precisión y práctica	
Psicógeno	Variable (de reposo, postural, de intención), aumenta durante la observación, disminuye con la distracción y cambia con los movimientos voluntarios de la extremidad contralateral; historia de somatizaciones previas.	Test electrofisiológico.

- Antecedentes familiares de temblor.
- Antecedentes personales: enfermedades. previas, síntomas asociados, consumo de medicamentos y tóxicos, limitaciones funcionales en situaciones habituales (trabajo, relaciones sociales, escribir...).

dedo) para identificar un temblor de intención. También es útil que realice acciones específicas como beber de un vaso o dibujar una espiral. Podemos saber si la fatiga o el stress empeoran el temblor. Si pérdida de peso, irritabilidad, palpitaciones o dificultad para tragar valorar hiperti-

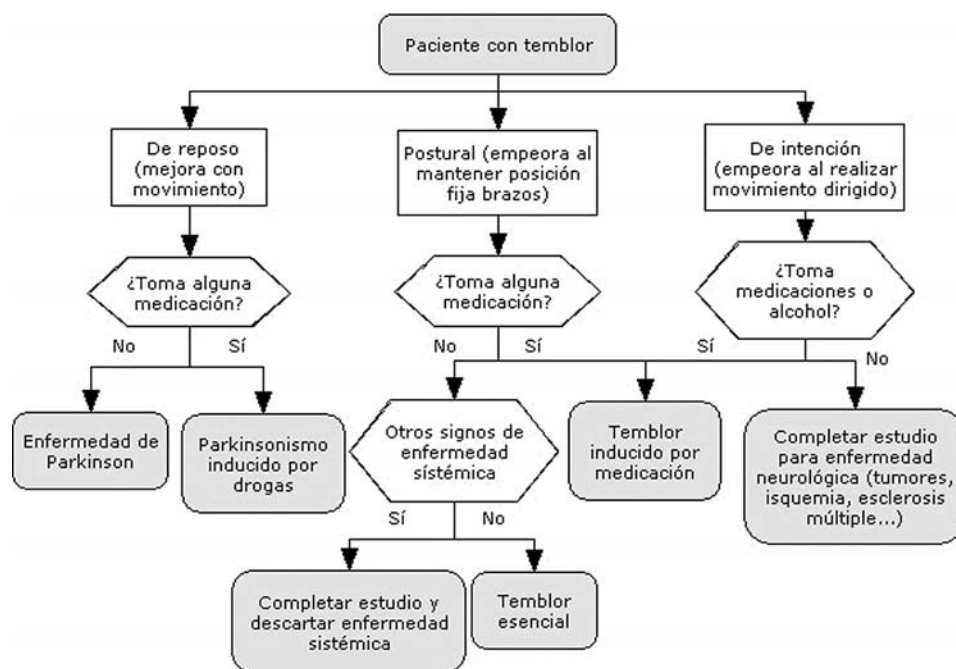
La observación es el paso inicial para la exploración física. Debemos observar si el temblor predomina en reposo (observamos al paciente con las manos en el regazo), en una posición antigravitatoria o al realizar movimientos específicos. Debemos observar al paciente sentado con las manos en el regazo y levantado con las manos en cruz.

El temblor debe clasificarse por el tipo (reposo o acción), la parte del cuerpo a la que afecta (brazos, cabeza...), situaciones en las que aparece, frecuencia (alta o baja) y la amplitud (fino o grosero).

Si observamos en el paciente un temblor postural debemos mandarle realizar movimientos dirigidos (dedo-nariz o dedo-

FIGURA 1

Algoritmo diagnóstico



roidismo. Debemos pensar en temblor esencial si el paciente presenta un temblor postural e historia familiar de temblor. En los pacientes con temblor de reposo debemos evaluar si existe rigidez y bradicinesia extendiendo y flexionando los brazos del paciente buscando signos de rigidez en rueda dentada. El temblor y la rigidez se puede volver más pronunciado al realizar movimientos con el brazo opuesto. Podemos mandar al paciente levantarse e iniciar la marcha pudiendo observar dificultad para el inicio del movimiento, reducción del balanceo de los brazos y que camina arrastrando los pies siendo estos síntomas sugestivo de enfermedad de Parkinson.

En los pacientes con temblor de intención se debe preguntar por el inicio de los síntomas. Si el temblor es causado por un golpe, el inicio suele ser agudo y el paciente puede estar afectado con cefalea, vértigo, marcha inestable, nistagmus, discurso dificultoso o dificultad para tragar. Debemos pensar en esclerosis múltiple si el temblor se acompaña de alteraciones visuales y otros signos neurológicos. Se debe descartar abuso crónico de alcohol en pacientes con telangiectasias, hepatomegalia o alteraciones analíticas (aumento del VCM o alteración de enzimas hepáticas) Es importante preguntar siempre por la toma de medicamentos que sea conocido que causen temblor.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Puede resultar útil un hemograma, una bioquímica ordinaria con función renal, hepática y hormonas tiroideas. Es necesario 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 anti-parkinsonianos 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 o sospecha de tumores o esclerosis múltiple.
- El PET o SPECT no tiene utilidad mucho uso clínico para la evaluación del temblor.
- Si sospechamos una enfermedad de Wilson deberemos pedir el Cu en orina de 24 h y ceruloplasmina sérica.
- Si sospechamos una esclerosis múltiple debemos estudiar los niveles de Ig G en LCR y realizar una resonancia.
- La electromiografía puede ser útil para confirmar somatizaciones (temblor psicógeno).

BIBLIOGRAFÍA

- Essential tremor. EBM Guidelines. [Internet]. EBM Guidelines. Helsinki: Duodecim Medical Publications Ltd; 2005. [Acceso]. Disponible en: www.ebm-guidelines.com.
- Evidente VG. Understanding essential tremor. Differential diagnosis and options for treatment. *Postgrad Med*. 2000; 108(5):138-40, 143-6, 149. [Medline].
- Habib-ur-Rehman. Diagnosis and management of tremor. *Arch Intern Med*. 2000; 160(16):2438-44. [Medline].
- Mahlon R. DeLong JL. Enfermedad del Parkinson y otros trastornos del movimiento. En: Harrison, Principios de Medicina Interna 16ª ed. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 2006: 2648-2661.
- Smaga S. Tremor. *Am Fam Physician*. 2003 Oct 15;68(8):1545-52. [Medline] [Texto completo].