



## Reporte de Caso

### Distonía Periférica Post-Traumática. Reporte De Un Caso.

#### Post-Traumatic Peripheral Dystonia. Report Of A Case.

\*Goti Ana Raquel. \*\*Gracia Fernando APMC.

\*\*Médico Residente de Psiquiatría del Instituto Nacional de Salud Mental de Panamá.

\*\*Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Interamericana de Panamá.

#### Palabras claves:

Distonía post traumática, trastornos del movimiento, contracciones musculares.

#### Keywords:

Post-traumatic dystonia, movement disorders, muscle contractions.

#### Correspondencia a:

*Dra. Ana Raquel Goti.*

#### Correo electrónico:

*anniegoti@gmail.com*

Los autores informan no tener conflicto de interés en la publicación de éste artículo.

#### Resumen

**Introducción:** La distonía es un trastorno del movimiento caracterizado por contracciones musculares relativamente sostenidas que producen posturas anormales y repetitivas. Un pequeño número de pacientes con distonía representan los traumas como posible causa. **Caso Clínico:** Paciente femenina de 15 años de edad con historia de trauma con objeto contuso en región cervical con pérdida de conocimiento y recuperación espontánea. Inmediatamente refirió dolor cervical posterior. Dos días después, presentó movimientos distónicos en miembro superior derecho (MSD) y se agregaron mioclonías, por lo que se hospitalizó. Se manejó con múltiples esquemas de medicamentos, sin mejoría. Se realizó bloqueo de plexo braquial derecho con mejoría de la sintomatología. **Conclusión:** Los casos de distonía post-traumática son poco comunes. Se debe considerar al momento de evaluar un traumatismo. La historia clínica es la herramienta más valiosa para llegar al diagnóstico, siempre descartando otras posibles causas.

#### Abstract

**Introduction:** Dystonia is a movement disorder characterized by relatively sustained muscle contractions that produce abnormal and repetitive postures. A small number of patients with dystonia represent traumas as a possible cause. **Clinical Case:** Female patient of 15 years of age with a history of trauma with blunt object in the cervical region with loss of consciousness and spontaneous recovery. Immediately he reported posterior cervical pain. Two days later, he presented dystonic movements in the right upper limb (MSD) and myoclonus was added, so he was hospitalized. It was managed with multiple drug schemes, without improvement. Right brachial plexus block was performed with improvement of the symptomatology. **Conclusion:** Cases of post-traumatic dystonia are uncommon. It should be considered when assessing a trauma. The clinical history is the most valuable tool to reach the diagnosis, always discarding other possible causes.

## INTRODUCCIÓN

La distonía es un trastorno del movimiento caracterizado por contracciones musculares relativamente sostenidas que producen posturas anormales y repetitivas [1]. La causa de las distonías en muchos casos es desconocida. Un pequeño número de pacientes con distonía presentan los traumas como posible causa.

Los traumas craneoencefálicos se han conocido como una causa de distonías secundarias de origen central. Se ha discutido el trauma fuera del sistema nervioso central como causal de distonías periféricas, tema que ha sido controversial hasta el momento por la potencial influencia de factores psicógenos en el cuadro. Además, en el

manejo de este tipo de distonías los medicamentos tienden a ser inefectivos [2]. En Latinoamérica las publicaciones de esta entidad son muy escasas. Estos trastornos causan un deterioro en la calidad de vida del paciente por lo que es muy importante identificar y manejar el cuadro clínico de una manera asertiva.

#### Caso clínico

Paciente femenina de 15 años de edad, procedente de Pacora. Acudió con historia de trauma con objeto contuso en región cervical con pérdida del conocimiento y recuperación espontánea luego de 3 minutos. Inmediatamente refirió dolor cervical posterior, con intensidad 7/10, no irradiado, que no aliviaba con cambio de posición, asociado a debilidad para mantener postura cervical. Fue manejada ambulatoriamente con collar cervical y analgésicos.

Persistió con cervicalgia 24 horas después, por lo que acudió al servicio de urgencias en centro de segundo nivel, se realizó una radiografía cervical la cual fue normal.

Inició con movimientos distónicos en miembro superior derecho (MSD) 48 horas después, siendo evaluada por Ortopedia. Se le realizó tomografía computada cerebral y cervical, que no reveló alteraciones, por lo que fue referida a Neurología. Se observó exacerbación de la cervicalgia, con irradiación a la región interescapular y hacia ambos hombros y se agregaron mioclonías a los movimientos distónicos, parestesias y sensación de pesadez en ambos miembros inferiores que dificultaban la deambulacion, por lo que fue admitida para manejo intrahospitalario.

**Antecedentes personales patológicos**

Refirió malformaciones congénitas en hemicara izquierda y en vértebras cervicales que no requirieron corrección quirúrgica. Requirió tres cirugías correctivas de estrabismo en ojo izquierdo. Negó otros traumas, patologías, alergias o convulsiones.

Fueron negados antecedentes personales no patológicos, antecedentes de consumo de sustancias y antecedentes heredofamiliares.

Al examen físico se observó estrabismo congénito en ojo izquierdo sin otras alteraciones. En la evaluación neurológica presentó conservadas sus funciones corticales superiores, fuerza motora, tono muscular y pruebas cerebelosas. Reflejos osteotendinosos 2+ generalizados. Sensibilidad con disestesias en MSD y alteración de la marcha secundaria a la distonía. Se observaron distonías continuas el MSD con componente mioclónico local.

Se realizó hemograma completo, pruebas de función renal, electrolitos y tiempos de coagulación; dentro de límites normales.

Su electroencefalograma, potenciales evocados somatosensoriales cervicales y resonancia magnética cerebral, de columna cervical y dorsal con gadolinio; dentro de límites normales.

**Evolución**

Ingresó con diagnóstico de Distonía cervical post traumática.

Las primeras 48 horas fue manejada farmacológicamente con Carbamazepina 200 mg cada 12 horas, Diazepam 5 mg cada 12 horas y Dexketoprofeno, sin mejoría. Se inició tratamiento parenteral con Ácido Valproico 500 mg IV cada 8 horas, Clonazepam 1 mg cada 8 horas y Metilprednisolona 1 g IV cada día por 5 días, con pobre respuesta.

Se consultó a la Clínica del Dolor, quienes recomendaron Tramadol y Gabapentina, con mejoría del dolor más no de las distonías. Se consultó a Psiquiatría y no se observaron alteraciones psicopatológicas.

Tabla 1. Clasificación de las Distonías.

Eje	Dimensión para la clasificación	Subgrupos
Eje I: Manifestaciones Clínicas	Edad de inicio	Lactante
		Infante
		Adolescencia
		Adultez temprana
		Adultez tardía
	Distribución corporal	Focal
Segmentaria		
Multifocal		
Hemidistonía		
Generalizada		
Patrón temporal	Curso de la enfermedad	
	Variabilidad diurna	
Manifestaciones asociadas	Sin signos asociados	
	Con signos asociados	
Eje II: Etiología	Enfermedad del SNC	Degenerativa
		Estructural
		Sin lesión degenerativa ni estructural
	Hereditaria	Heredada
		Adquirida (traumas).
Idiopática	Esporádica	
	Familiar	

Se procedió a realizar bloqueo de plexo braquial derecho con Dexametasona y Lidocaína. Luego del bloqueo, tuvo mejoría evidente de los movimientos distónicos y del dolor. Se dio egreso con seguimiento en la consulta.

**DISCUSIÓN**

Las distonías son un grupo de trastornos definidos por movimientos anormales específicos [3].

La característica esencial son las contracciones musculares intermitentes, arrítmicas, breves o prolongadas; o contracciones musculares que colocan una parte del cuerpo en posición forzada [4].

Se clasifican de acuerdo con sus manifestaciones clínicas y etiología (Ver tabla 1).

En la mayoría de los casos, conocer la causa de origen puede ser un reto, una proporción pequeña son secundarios a trauma.

Los trastornos del movimiento secundarios a TCE ocurren en 22.6% de los sobrevivientes y la distonía comprende un 4.1% de los trastornos del movimiento post-traumáticos. En una revisión sistemática de 713 casos de trastornos del movimiento secundarios a trauma, se observó distonía en 72% de los pacientes [2]. Las distonías post-traumáticas se clasifican según la localización del trauma en: Distonía central post-traumática (DCP) y distonía periférica post-traumática (DPP) [2]. Para la DPP, se han propuesto criterios específicos para hacer el diagnóstico: [5]

Tabla 2. Comparación de la DPP y DCP.

Tipo de distonía post-traumática	Inicio	Anomalías en neuroimagen	Tipo de distonía
DPP	Inmediato hasta 1 año post-trauma	Ausentes	Focal
DCP	Retardado hasta varios años post-trauma	Presentes	Hemidistonía

1. La lesión debe ser lo suficientemente severa para causar síntomas locales al menos por dos semanas.
2. El inicio puede ser desde inmediato hasta un año luego del trauma.
3. El inicio del trastorno del movimiento debe ser anatómicamente relacionado con el sitio de lesión.

La fisiopatología es desconocida, se sugiere que el trauma puede alterar la sensibilidad y esto promover una reorganización cortical y subcortical [6].

El manejo debe ser multidisciplinario. Los pacientes con DPP se benefician de terapia física y ocupacional, en conjunto con terapia cognitivo – conductual [2]. Hay pobre respuesta a medicamentos. La respuesta a la aplicación de toxina botulínica es variable, se ha reportado efectividad en 20% de los casos de DPP [7].

#### Diagnóstico diferencial

El cuadro inicial de esta patología da espacio a varias posibilidades diagnósticas. Al evaluar los hallazgos clínicos y complementando con resultados de estudios radiológicos, se puede llegar a un diagnóstico final.

Trastorno del movimiento psicógeno o funcional

En la DPP se ha propuesto la presencia de factores psicógenos involucrados y se recomienda evaluación psicológica temprana [8]. Como factores contribuyentes al pensar en causas psicógenas tenemos: mayor manifestación ante ciertas acciones; ausencia de anomalías

anatómicas o fisiológicas y sensibilidad ante situaciones de estrés [9]. Sin embargo, no se niega su valor incapacitante para el paciente. En estudios se ha encontrado que un 14% de los pacientes con trastornos del movimiento, tienen causas psicógenas. Se manifiestan con inconsistencia a lo largo del tiempo, múltiples somatizaciones y falsos signos neurológicos [7].

En nuestra paciente no se encontraron discrepancias a la evaluación clínica, tenía una asociación anatómica entre la región del trauma y el área con distonía y presentaba persistencia del movimiento aún durante el sueño. Fue evaluada por Psiquiatría y se descartaron causas psicógenas.

#### Distonía central post-traumática

La DCP se desarrolla secundaria a un trauma que involucre el SNC. Los estudios de neuroimagen y la aparición temprana de la distonía de la paciente permitieron descartar este diagnóstico.

#### Distonía periférica post-traumática

La DPP se desarrolla secundaria a un trauma fuera del sistema nervioso central (SNC) [10]. La paciente en mención, cumple con estos criterios diagnósticos.

Es necesario realizar una comparación de la temporalidad, clínica y hallazgos en neuroimagen para diferenciar una DCP y una DPP. (Ver tabla 2).

## CONCLUSIONES

Los casos de distonía post-traumática son poco comunes. Se debe considerar al momento de evaluar un traumatismo. La historia clínica es la herramienta más valiosa para llegar al diagnóstico, siempre descartando otras posibles causas.

## REFERENCIAS

- [1] Deligtisch A, Ford B, Geyer H, Bressman S. Movement disorders. Brust JC. Current diagnosis & treatment neurology. McGraw Hill Professional; 2011 Nov 4.
- [2] Frei K. Posttraumatic dystonia. Journal of the neurological sciences. 2017 Aug 15; 379:183-91.
- [3] Jinnah HA, Factor SA. Diagnosis and treatment of dystonia. Neurologic clinics. 2015 Feb 1; 33(1):77-100.
- [4] Ropper, A., Samuels, M. Principios de Neurología de Adams y Victor. 9 ed. Mexico, México: McGraw-Hill; 2011. 1568 p.
- [5] Jankovic J. Post-traumatic movement disorders Central and peripheral mechanisms. Neurology. 1994 Nov 1; 44(11):2006-.
- [6] Bohlhalter S, Leon-Sarmiento FE, Hallett M. Abnormality of motor cortex excitability in peripherally induced dystonia. Movement disorders. 2007 Jun 15; 22(8):1186-9.
- [7] Van Rooijen DE, Geraedts EJ, Marinus J, Jankovic J, van Hilten JJ. Peripheral trauma and movement disorders: a systematic review of reported cases. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2011 Jan 1;jnnp-2010.
- [8] Hawley JS, Weiner WJ. Psychogenic dystonia and peripheral trauma. Neurology. 2011 Aug 2; 77(5):496-502.
- [9] Ganos C, Edwards MJ, Bhatia KP. Posttraumatic functional movement disorders. In Handbook of clinical neurology 2016 Jan 1 (Vol. 139, pp. 499-507). Elsevier.
- [10] Jinnah HA, Albanese A. The New Classification System for the Dystonias: Why Was it needed and how was it Developed? Movement disorders clinical practice (Hoboken, NJ). 2014; 1(4):280-284.