

MI PADRE HACE MOVIMIENTOS RAROS, LO GRABO Y SE LO LLEVO AL MÉDICO

Muñoz Cabañero G, Muñoz Menor AJ, Delgado Moreno arrones A, Romero Torrijos MJ, Caira Cantauria J, Arias Menchén A.

Palabras clave: propriospinal, myoclonus, clinical.

INTRODUCCIÓN

Las mioclonías constituyen un tipo de movimiento involuntario frecuente, brusco, de corta duración, que puede afectar a uno o varios grupos musculares, 'shock-like'. Dicho movimiento puede ser altamente discapacitante y a menudo requiere tratamiento.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Hombre, 78 años. Antecedentes personales: mareo inespecífico, úlcera de estómago e intervenido de hernia inguinal. Evolución clínica: me aportan un video donde se visualizan adecuadamente los episodios, consisten en espasmos o mioclonias paraespinales dorsales altas con hiperextensión momentánea de la región torácica y ligera elevación de cintura escapular. Son repetitivos, arrítmicos, simétricos y sin afectación de otras áreas, que duran aproximadamente 15 minutos. Pruebas complementarias: AG: fibrinógeno 487, EEG: normal, ceruloplasmina y cobre en suero normal. RNM craneal: atrofia córtico-subcortical. RM cervical: cervicoartrosis con protusiones discales múltiples de C3-C4 a C6-C7, signos de compromiso medular múltiple a dicho nivel.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Las mioclonias se clasifican en corticales, subcorticales y espinales (segmentarias o propioespinales). Son pocos los casos publicados de mioclonias generadas en el sistema nervioso periférico. A este paciente se le diagnosticó de mioclonia propioespinal cervico-dorsal probablemente secundaria a mielopatía compresiva cervical degenerativa. Fue de gran ayuda el video aportado por su hija. Estuvo en tratamiento 2 años con los fármacos: clonacepam, ácido valproico y gabapentina, que no resultaron eficaces. Con levetiracetam 500 mg/12 horas, durante 3 años, ha mejorado el cuadro.

BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRAFICA

- 1.- Brown P, Rothwell JC, Thompson PD, Marsden CD. Propriospinal myoclonus: evidence for spinal 'pattern' generators in humans. *Mov Disord* 1994; 9: 571-6.
- 2.- Campos CR, Limongi JC, Machado FC, BrottoMW. A case of primary spinal myoclonus: clinical presentation and possible mechanism involved. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61: 112-4.
- 3.- Keswani SC, Kossof EH, Krauss GL, Hagerty C. Amelioration of spinal myoclonus with levetiracetam. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 73: 457-8.

Pubmed: Propriospinal and Myoclonus and Clinical