

CASO CLÍNICO 08/01/20

Patricia Hontoria Juez –R3 Medicina Interna

Dra. Beatriz Vicente Montes –Médico Adjunto Medicina Interna

MOTIVO DE INGRESO

Varón de 70 años que ingresa por
vómitos y temblor



ANTECEDENTES PERSONALES (I)

- No AMC
- Independiente ABVD; vive solo.
- Fumador de 1 paquete cig/día
- **FRCV**: HTA, DM tipo 2, dislipemia.
- Enfermedad de Lyme
- Ingreso en 2016 por vómitos y diarrea
- Ingreso en UCE en 2017 por diarrea aguda

ANTECEDENTES PERSONALES (II)

- Tratamiento habitual:

- Omeprazol 20
- Exforge
- Metformina 850
- Atorvastatina 20



ENFERMEDAD ACTUAL

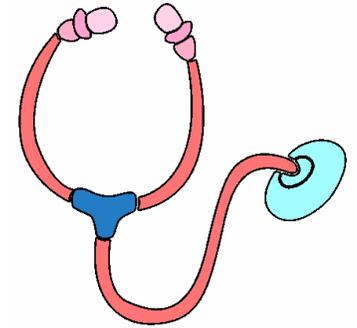
Cuadro de 48h evolución de náuseas, **vómitos** e intolerancia a la ingesta.
No diarrea

Temblor distal

Estreñimiento de 3-4 días de evolución resuelto en el SUH tras enema

Pérdida 3-4 Kg desde el inicio del cuadro hace **un año** (enviudó), presentando **3 episodios** similares durante el último año

EXPLORACIÓN FÍSICA (I)



- TA 115/66 FC 86 T^a 36.7°C
- Consciente, orientado, colaborador. Eupneico en reposo. No IY
- AP: MVC
- AC: rítmica a 85lpm
- Abdomen: blando, depresible, ligeramente **doloroso a la palpación difusa**. Blumberg y Murphy negativos.
- EEII: no edemas distales ni signos de TVP.

EXPLORACIÓN FÍSICA (II)

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

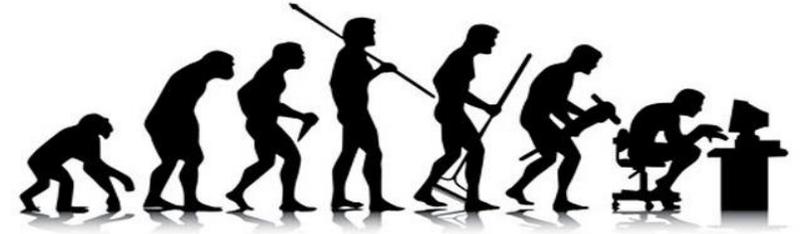
- PICNR
- Pares craneales normales
- **Temblor distal**
- Fuerza y sensibilidad conservada
- **ROT simétricos y vivos** (ligeramente exaltados)
- No disimetría ni nistagmus
- Romberg negativo, marcha estable.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (I)

- **Bioquímica:** Glucosa 259, urea 58, ác. úrico 6,4, Cr 0.83, FG > 60, PT 6.9, Colest 169 LDL 108, **ferritina 609**, IST 51%, transferrina 157, Na 143, **K 2.4**, PCR 11.9 Ác. fólico 7.14, Vitamina B12 512. Proteinograma: hipogammaglobulinemia. Igs normales.
- **Hemograma:** Leucocitos 4500 (N55%/L31%), Hb 13 g/dl Plaquetas 153.000
- **Sistemático y sedimento de orina:** normales.
- **Rx tórax:** Sin alteraciones a destacar.
- **ECG:** Ritmo sinusal.

EVOLUCIÓN



- Durante su ingreso se procede a instaurar tratamiento con BB y ansiolítico tras lo cual se controla el temblor distal y la sintomatología.
- Se decide su alta hospitalaria pendiente de resultados en consultas externas.

Differential diagnosis of tremor

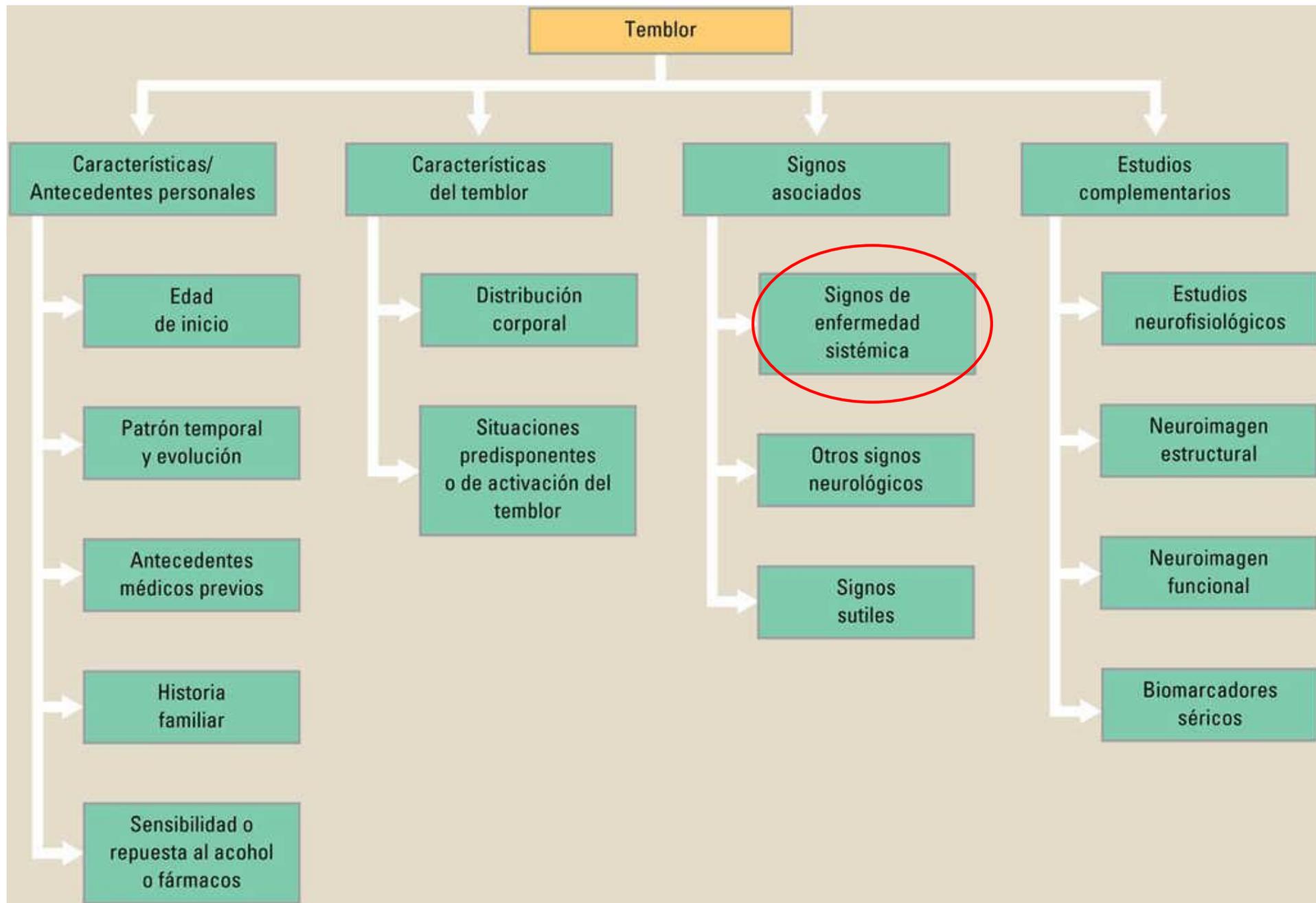
Tremor	Description
Essential tremor	Bilateral postural or kinetic tremor of the hands and forearms (≥ 4 Hz; usually 6 to 12 Hz) or isolated head tremor without evidence of dystonia. Absence of other neurologic signs or recent trauma preceding the onset of tremor.
Physiologic tremor	Enhanced physiologic tremor. High frequency (10 to 12 Hz), presence of known cause (eg, medications, hyperthyroidism, hypoglycemia).
Parkinson disease	Mixture of rest and action tremors; occasionally action tremor alone. Leg or foot tremor more common than with essential tremor, usually does not produce head tremor. Frequency 4 to 6 Hz.
Orthostatic tremor	Postural tremor in the torso and lower limbs while standing; may also occur in the upper limbs. Suppressed by walking. Tremor is high frequency (14 to 20 Hz) and synchronous among ipsilateral and contralateral muscles.
Cerebellar tremor	Postural, intention, or action tremor. Relatively low frequency (3 to 4 Hz). Associated with ataxia and dysmetria.
Neuropathic tremor	Variable tremor type and frequency, usually postural and kinetic tremor in the involved extremities. Other signs of peripheral neuropathy present.
Rubral or midbrain tremor	Mixture of rest, postural, and intention tremor with frequency of 2 to 5 Hz. Always associated with signs of brainstem or cerebellar damage.

Data from:

1. Elble RJ. Diagnostic criteria for essential tremor and differential diagnosis. *Neurology* 2000; 54(11 Suppl 4):S2.
2. Louis ED. Essential tremors: a family of neurodegenerative disorders? *Arch Neurol* 2009; 66:1202.
3. Hassan A, Ahlskog JE, Matsumoto JY, et al. Orthostatic tremor: Clinical, electrophysiologic, and treatment findings in 184 patients. *Neurology* 2016; 86:458.

Common tremors

Resting tremor
Parkinson disease
Parkinsonian syndromes
Midbrain (rubral) tremor
Wilson disease
Severe essential tremor
Postural-action tremor
Enhanced physiologic tremors (eg, drug-induced and toxic tremors)
Essential tremor
Task-specific tremors
Other extrapyramidal disorders
Parkinson disease
Wilson disease
Dystonia
Cerebellar disease
Neuropathic tremor
Intention tremor (cerebellar outflow)
Cerebellar disease
Multiple sclerosis
Midbrain stroke
Midbrain trauma



S44. Movimientos anormales. Temblor

Ignacio López-Zuazo, Ángel Berbel, José Luis Rodríguez-García, María Asunción Martín

Definición: oscilación rítmica involuntaria de una parte del cuerpo en relación a un eje, producida por la contracción alternante de músculos agonistas y antagonistas.

Causas

Orientación clínica

Enfermedades sistémicas

Endocrinopatías

Metabolopatías

Síndromes de privación

Infecciosas

Estados hiperadrenérgicos

Hipertiroidismo (muy frecuente), hiperparatiroidismo.

Hipomagnesemia, hipocalcemia, hiponatremia, hipoglucemia, insuficiencia hepática o renal, déficit de B₁₂, enfermedad de Wilson, porfiria.

Por ejemplo, a alcohol, a barbitúricos o a benzodiazepinas.

Neurosífilis, neuroborreliosis, VIH, sarampión.

Feocromocitoma, hipoglucemia, hipertiroidismo.

Enfermedades neurológicas primarias

Temblor esencial

Enfermedad de Parkinson

Temblor distónico

Familiar, frecuencia de 4-8 Hz.

Asocia rigidez y bradicinesia, de reposo. Véase entidades clínicas.

Asocia distonía de la extremidad. Tratamiento eficaz con toxina botulínica.

Causas de vómitos/náuseas crónicas (> 1 mes de evolución)

Secundarios a fármacos

Medicamentos prescritos

Alcohol

Drogas de abuso: marihuana, opiáceos

Enfermedades gastrointestinales

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Dispepsia funcional

Gastroparesia

Enfermedad ulcerosa péptica

Enfermedad de Crohn con afectación gástrica o de intestino delgado

Hernia interna de presentación intermitente

Enfermedades sistémicas

Uremia

Hiper o hipotiroidismo

Hipercalcemia

Enfermedad de Addison

Fallo cardíaco

Neoplasia oculta

Páncreas, pulmón, tumor endocrino, gastrointestinal

Enfermedad neurológica/ORL

Aumento de la presión intracraneal

Migraña

Lesiones vestibulares /laberínticas

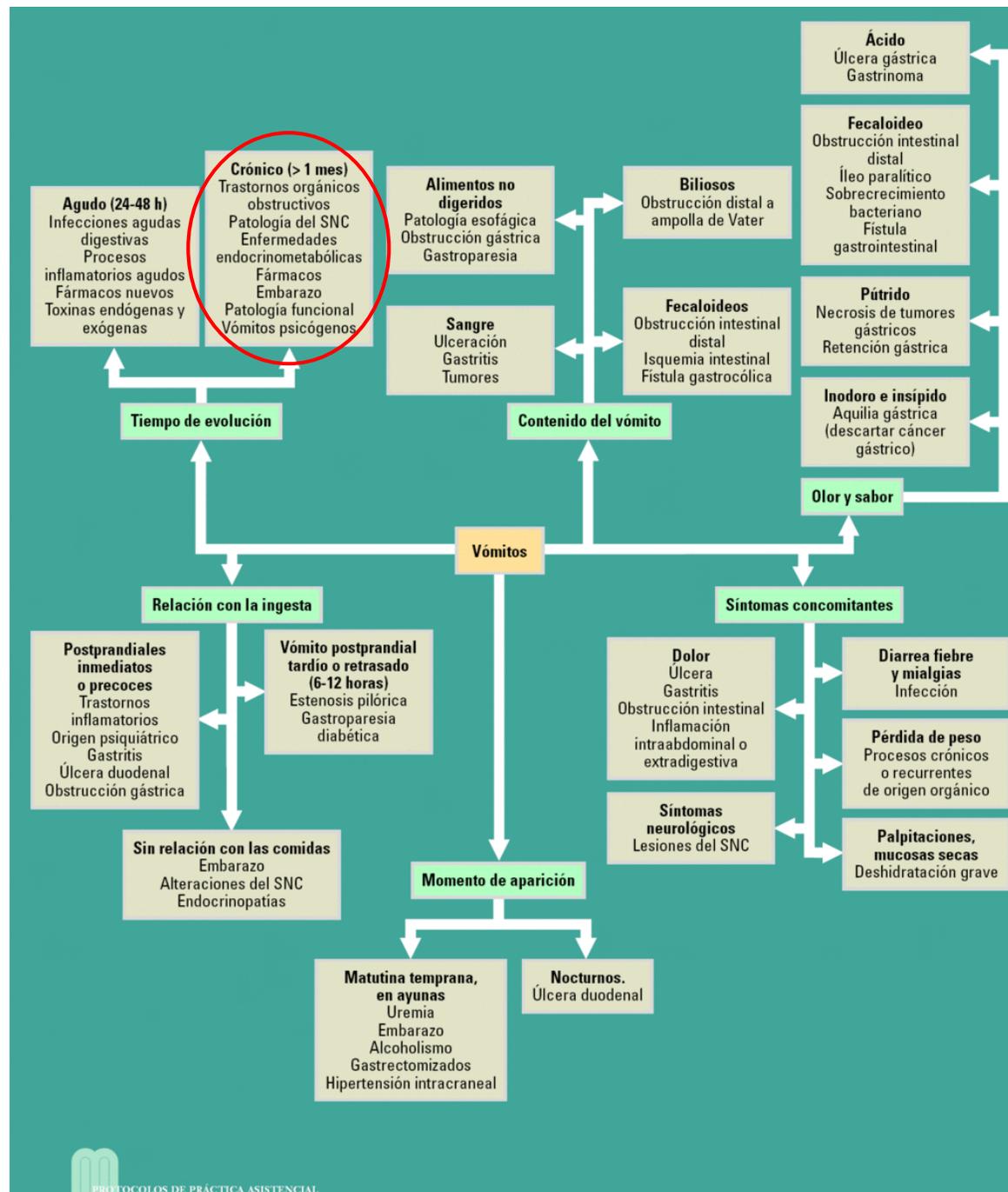
Otras

Depresión/psicosis/ansiedad

Náusea funcional

Síndrome de vómitos cíclicos

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; ORL: otorrinolaringológica.
Adaptada de Hebbard G, et al⁹.



Hipertiroidismo

TABLA 1
Signos y síntomas de hipertiroidismo

	Síntomas	Signos
Cardiovascular	Palpitaciones, disnea, angor	Taquicardia, fibrilación auricular
Endocrinológico	Pérdida ponderal, hiperfagia, irregularidades menstruales, intolerancia al calor	Lipolisis, ginecomastia, bocio, frémito tiroideo
Muscular	Fatiga y debilidad	Hiperreflexia, debilidad muscular, miopatía proximal
Nervioso	Nerviosismo, hipercinesia, insomnio, disforia	Temblor
Ojos	Síntomas oculares	Retracción palpebral o respuesta palpebral lenta, oftalmopatía
Piel/anejos	Prurito, hiperhidrosis Fragilidad capilar y ungueal	Piel húmeda, caliente Mixedema pretibial
Fósforo/calcio	Osteoporosis. Edad ósea adelantada en niños	
Digestivo	Hipertransaminasemia, hiperdefecación	

Hiperparatiroidismo

- **Síntomas:** pérdida de peso, hiporreflexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, ansiedad, estreñimiento, depresión, ansiedad.
- Medir niveles de Ca y PTH

Gastroparesia y neuropatía diabéticas

TABLA I. Evaluación del paciente con sospecha de gastroparesia

Aproximación inicial
Anamnesis y exploración física
Hematología y bioquímica (calcio, amilasa, potasio, glucosa y creatinina)
Radiografía simple de abdomen y/o TEGD para descartar una obstrucción
Exclusión de una enfermedad orgánica
Gastroscopia y/o TEGD
Ecografía transabdominal (si hay dolor abdominal)
Valoración del retraso del vaciamiento gástrico
Vaciamiento isotópico gástrico
Hormonas tiroideas, serología reumatológica (ANA, Scl 70) y hemoglobina glucosilada
Ensayo terapéutico con procinéticos y/o antieméticos
Si no hay respuesta clínica
EKG
Manometría antroduodenal
Estudio de intestino delgado con enteroclisia
Otras determinaciones de laboratorio (ANA, anticuerpos antitransglutaminasa...)

Neuropatía diabética

- Neuropatía distal simétrica asociada a dolor crónico
- Déficit sensitivo
- Suele ser bilateral (manos y pies)

ANA: anticuerpo antinuclear; EKG: electrocardiografía; TEGD: tránsito esofagogastroduodenal.

Modificado de Parkman et al¹³.

Pruebas a pedir...

- Hormonas tiroideas, PFH, Calcio (PTH)
- Ecografía abdominal
- Gastroscoopia
- TC cerebral
- EMG



IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Hipertiroidismo

VS

Temblor esencial



Bibliografía

- **Diagnóstico y tratamiento médico (DTM).** Marbán. 2011
- **Uptodate.** “Overview of tremor”. Meredith A Spindler, MD, Daniel Tarsy, MD. May 2019.
- **Uptodate.** “Approach to the adult with nausea and vomiting”. George F Longstreth, MD. Sept 2018
- **Protocolo de diagnóstico y tratamiento del paciente con vómitos.** M. Betés* y M. Muñoz-Navas. Servicio de Digestivo. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España. Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA). Pamplona. Navarra. España. Medicine. 2016;12(02):101-5
- **Aproximación diagnóstica y terapéutica al paciente con gastroparesia.** Marta Maia Bosca, Lidia Martí y Miguel Mínguez. Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España. Gastroenterol Hepatol. 2007;30(6):351-9
- **Hipertiroidismo.** M. Toni*, J. Pineda, E. Anda y J.C. Galofré, Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital García Orcoyen. Estella. Navarra. España. Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA). Pamplona. Navarra. Medicine. 2016;12(13):731-41



Muchas gracias