

# Distonía aguda

Con muy poca frecuencia se presenta a las urgencias el paciente que acusa movimientos súbitos, siempre involuntarios, en ocasiones violentos y generalizados, extenuantes incluso, de reciente aparición y la mayoría de veces en el curso de un nuevo tratamiento o en ocasión del rápido aumento de la dosis de uno ya establecido. Crece el número de informes sobre distonía laríngea y faríngea que puede incluso comprometer la vida (1).

Con frecuencia el médico general y el especialista, quedan perplejos frente a esta especie de “aparición” que causa gran ansiedad en el personal sanitario y enorme congoja en quien la sufre. En este número de *Acta Neurológica Colombiana*, Escobar F, Peña M y Fernández W, revisan los aspectos más importantes de la reacción distónica aguda (2).

La prevalencia de esta alteración del movimiento es muy variable y con seguridad su diversa estimación está relacionada con las diferentes denominaciones dadas a este cuadro clínico; las que incluyen desde el síndrome extrapiramidal, hasta los efectos colaterales pasando por la discinesia aguda, la distonía, los desórdenes del movimiento, etc. (3, 4). Asociada las más de las veces con medicamentos que interfieren el metabolismo de la dopamina como los antipsicóticos, los antidepresivos y hasta los antieméticos, la lista incluye hoy un amplio número de medicamentos de común prescripción como: anticonvulsivantes, antimaláricos, anticálcicos (particularmente los utilizados en el manejo del vértigo), triptanes etc; medicamentos que se pueden adquirir sin prescripción como el dextrometorfano y sustancias adictivas (mal llamadas recreativas) como la cocaína y el éxtasis, de tan amplio uso en las discotecas de nuestras ciudades (1, 5). Casi tan importante

como conocer los fármacos asociados a la distonía aguda, es identificar los factores de riesgo, asunto bien esclarecido en la presentación de Escobar F, Peña M y Fernández W (1, 6).

Su tratamiento, sin duda fácil, demanda el reconocimiento oportuno de la distonía y el manejo preciso de los anticolinérgicos como el biperideno IM. Una o dos dosis diarias de 2mg VO parecen evitar las recurrencias pero debe mantenerse alerta sobre la aparición de los conocidos efectos colaterales que incluyen episodios confusionales en ocasiones tan molestos como la distonía misma. En casos menos severos un antihistamínico como la prometazina (50 mgr, IM) produce buen resultado (3.1).

No siempre es fácil encontrar información sobre la clínica, la fisiopatología y el tratamiento de esta complicación, en ello estriba la importancia del artículo de Escobar F, Peña M y Fernández W.

## REFERENCIAS

1. Christodoulou C, Kalaitzi C. Antipsychotic drug-induced acute laryngeal dystonia: two case reports and a mini review. *J Psychopharmacol* 2005 19:307-311.
2. Escobar F, Peña M y Fernández W. Diagnóstico y tratamiento de la distonía Aguda, *Acta Neurol Colomb* 2005; 21; 306-312.
3. van Harten N, Hoek HW, Kahn RS. Acute dystonia induced by drug treatment. *BMJ* 1999;319:623-626.
4. Pierre JM. Extrapiramidal symptoms with atypical antipsychotics: incidence, prevention and management. *Drug Saf* 2005;28:191-208.
5. Kipps CM, Fung VS, Grattan-Smith P, de Moore GM, Morris JG. Movement disorder emergencies. *Mov disord* 2005;20:322-334.
6. Wirshing WC. Movement disorders associated with neuroleptic treatment. *J Clin Psychiatry* 2001;62 Suppl 21:15-18.

**GERMÁN ENRIQUE PÉREZ, MD. MSC.**  
**Profesor Universidad Nacional**  
**Facultad de Medicina**