



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/4627 - SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO, A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Gómez García^a, B. Ricalde Muñoz^b y E. Bermejo Ruiz^c

^aMédico de Familia. Cantabria. ^bMédico de Familia. Consultorio Guriezo. Centro de Salud La Barrera. Cantabria.

^cMédico de Familia. Consultorio Rural Valle de Villaverde. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 46 años con historia de síndrome depresivo en tratamiento con fluoxetina 20 mg/día que acude a Urgencias de AP por episodio de crisis de ansiedad con agitación en varias ocasiones y tras valoración por psiquiatra se diagnóstica de trastorno bipolar e iniciando tratamiento con risperidona. A los 3 días presenta deterioro general con disminución del nivel de conciencia, rigidez muscular y fiebre por lo que es derivada al hospital.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 120/80, FC: 120, T^a: 39,5 °C, disminución del nivel de conciencia, rigidez generalizada, sin focalidad neurológica. Analítica: 12.000 leucos, serie roja y plaquetas: normales, CPK 720. Rx tórax: normal, ECG: taquicardia sinusal. TAC craneal, EEG y punción lumbar: normales. Cultivos de sangre, orina y LCR normales. Tras suspensión de tratamiento neuroléptico, medidas de soporte hemodinámico y tratamiento con dantroleno sódico (relajante muscular) y bromocriptina (agonista dopa), la paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta.

Orientación diagnóstica: Síndrome neuroléptico maligno.

Diagnóstico diferencial: Golpe de calor, catatonia letal, síndrome anticolinérgico, síndrome serotoninérgico, hipertermia maligna, infecciones del SNC, encefalopatías tóxicas.

Comentario final: El SNM es una reacción idiosincrásica poco frecuente frente a neurolépticos tanto clásicos (haloperidol) como atípicos (risperidona, olanzapina, clozapina) y otros fármacos como la metoclopramida administrados en dosis terapéuticas, así como tras la asociación de un NL y un ISRS (que potencia la inhibición dopaminérgica) lo cual afecta a la neurotransmisión de dopamina. El diagnóstico es clínico: Tetrada: alteración de conciencia, rigidez muscular (“en tubo de plomo”), hipertermia y disfunción autonómica (taquicardia, taquipnea, diaforesis, incontinencia urinaria). Se asocian alteraciones analíticas: elevación de la CPK, leucocitosis, fracaso renal agudo, mioglobinuria, etc.). La mortalidad oscila entre el 20 y el 30% determinada por las complicaciones (rabdomiolisis, fracaso renal, insuficiencia respiratoria, arritmias). En pacientes con Parkinson hay una variante de este síndrome tras la disminución o supresión brusca de tratamiento con l-dopa. Debe sospecharse en los casos donde se cumplan dos síntomas de la tetrada y exista el antecedente de uso de antagonistas dopaminérgicos o retirada de agónicas dopaminérgicos en las 72 h previas.

Bibliografía

1. Rozman Borstnar C, Cardellach López F. Farreras-Rozman. Medicina interna. Elsevier España, S.L.U. 2016.

Palabras clave: Toxicidad. Mortalidad. Antipsicóticos.