



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3714 - ¿Y si no es una meningitis?

Á.H. Góngora Tirado^a, H. Rodríguez León^b, J. Prieto Nave^a, M. Camarasa Vidal^c, L. Fernández Salinas^a, Z.M. Correcher Salvador^d, M.A. Roldán^a, A. Peris^a, G. Monforte^b y V. Pérez-Chirinos^a

^aMédico Residente; ^bMédico Adjunto. Centro de Salud Almazora. Castellón. ^cMédico Residente. Centro de Salud Barranquet. Castellón. ^dMédico Adjunto. Centro de Salud Carinyena. Castellón.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 61 años quien consulta por 1 semana de evolución de astenia, malestar general y anorexia. Desde hace 8h asocia fiebre de hasta 39,4 °C, vómitos alimentarios y mareos con sensación de inestabilidad. Familiares refieren notarlo agitado y taquipneico. Niega más síntomas. AP: HTA, DL, FA, EPOC, Depresión. Tratamiento habitual: ramipril, torasemida, bisoprolol, sintrom, indacaterol-glicopirronio, omeprazol, sertralina y recientemente vortioxetina pautado por Psiquiatría.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 148/95 mmHg. FC: 144 ppm. T^a: 41,7 °C. SO₂: 93%. G: 13. Regular estado, confuso, agitado, tembloroso, diaforético, taquipneico, normohidratado. ACP: tonos arrítmicos sin soplos, sin agregados pulmonares. Abdomen: anodino. Neurológico: consciente, desorientado en lugar y tiempo, no en persona, no focalidad salvo leve rigidez nuchal. Destaca leucos: 23.680, N: 89,3%, PCR: 2,59, Na: 123, CPK: 915, LDH: 541, mioglobina 579 y BNP: 1.080. Sedimento: normal. Gasometría arterial: pH: 7,52, PO₂: 60, PCO₂: 22,7, HCO₃: 19,6. Rx tórax: cardiomegalia. No consolidación. TAC cerebral: normal. P. lumbar: negativa. Hemocultivos-urocultivo: negativos.

Juicio clínico: 1. Síndrome serotoninérgico. 2. Hiponatremia. 3. Alcalosis respiratoria.

Diagnóstico diferencial: 1. Meningitis 2. Encefalitis. 3. Síndrome neuroléptico maligno.

Comentario final: Tras 24h de retirados los antidepresivos, monitoreo cardiaco en UCI y soporte hemodinámico con fluidoterapia, oxígeno terapia y medios físicos antitérmicos, se consigue la normalización de la hipertermia y la recuperación neurológica. Todo proceso febril como este requiere ante todo descartar una posible neuroinfección. Los síntomas leves de este síndrome pueden pasar desapercibidos o ser confundidos con otras causas, pero los síntomas graves son potencialmente peligrosos. El SS es una entidad inusual y pocas veces sospechada, subdiagnosticada y con una incidencia no claramente definida. La terapia de soporte suele ser efectiva en las siguientes 24 horas.

Bibliografía

1. Boyer EW, Síndrome Serotoninérgico. Uptodate, 2016.
2. Boyer EW. El Síndrome Serotoninérgico. N Engl J Med. 2005;352:1112.
3. Birmes P. Síndrome Serotoninérgico: breve revisión. CMAJ. 2003;168:1439.

Palabras clave: Síndrome serotoninérgico. Antidepresivos. Agitación. Hipertermia. Soporte hemodinámico.