

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

M. Gómez García<sup>a</sup>, B. Ricalde Muñoz<sup>b</sup> y E. Bermejo Ruiz<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Consultorio Guriezo. Centro de Salud La Barrera. Cantabria. <sup>c</sup>Médico 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<sup>a</sup>: 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, catatonía 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 cumplen dos síntomas de la tetrada y exista el antecedente de uso de antagonistas dopaminérgicos o retirada de agonistas 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.