

## 347/2170 - UN PELIGROSO DESCONOCIDO: ¿PENSAMOS EN ÉL?

C. Morales Rodríguez<sup>a</sup>, D. Martín Enguix<sup>b</sup> y P. Rueda Rodríguez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 83 años con antecedentes de HTA, estenosis aórtica degenerativa moderada, dislipemia y depresión. Alérgica a penicilina y estreptomicina. En tratamiento con losartán, hidroclorotiazida, simvastatina y sertralina. Acude a consulta del C.S. por fiebre de 39 °C, tos, expectoración y disnea de 2 días de evolución. En la exploración destacaba una Sat O2 92%, FC 122 l/m, se auscultaban crepitantes en la base derecha y un soplo sistólico Ao. Realizamos una Rx de tórax urgente que reveló un infiltrado en el LID. Con el diagnóstico de neumonía iniciamos tratamiento con levofloxacino. A los 5 días persistía tos, fiebre y disnea con intolerancia al decúbito. Ante el fracaso terapéutico la derivamos a urgencias hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Valoración hospitalaria: Analítica: Hb 11.5, leucocitos 17.450 con neutrofilia, plaquetas 749.000, glucosa 128, PCR 45, BNP 51 siendo el resto de parámetros normales. ECG: ritmo sinusal a 120l/m sin otras alteraciones. Rx tórax: persiste infiltrado LID, de menor entidad. Extraen hemocultivos e inician tratamiento con linezolid y medidas de soporte. Tras unas horas de observación mejora y es dada de alta programando una revisión en consulta de neumología. Una semana más tarde nos avisan para valoración urgente. Tras una gran mejoría inicial había comenzado súbitamente con fiebre, agitación y temblor de predominio en MMII. La clínica y la auscultación respiratoria habían mejorado y no detectamos síntomas ni signos de un nuevo foco infeccioso. En este contexto sospechamos que el origen fuese un síndrome serotoninérgico por linezolid en una paciente tratada con sertralina. Suspendimos ambos y tratamos con diazepam quedando asintomática en las horas siguientes.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome serotoninérgico.

**Diagnóstico diferencial:** Infecciones sistémicas, abstinencia a drogas o alcohol, toxicidad por fármacos simpaticomiméticos o anticolinérgicos y el síndrome neuroléptico maligno.

**Comentario final:** El incremento en la prescripción de ISRS y el uso concomitante de otros fármacos constituyen la principal causa del aumento de este síndrome. Se estima que hasta un 85% de los profesionales lo desconocen. Dada su potencial gravedad debemos tenerlo presente cuando prescribamos un nuevo fármaco a pacientes que estén en tratamiento estos antidepresivos.

### Bibliografía

1. Warner M, Naranjo J, Pollard E, et al. Serotonergic medications, herbal supplements, and perioperative serotonin syndrome. Canadian Journal of Anesthesia. 2017;64(9):940-6.

**Palabras clave:** Síndrome serotoninérgico. Fármacos.