

SÍNDROME SEROTONINÉRGICO POR ADMINISTRACIÓN DE UN INHIBIDOR DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y DEXTROMETORFANO

Fernando Sánchez^{a,b}, Silvia Marín^a, Elisabeth Merchán^a e Ignacio Sánchez^a

^aBase de Emergencias. Cruz Roja. Salamanca. España.

^bEscuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Salamanca. Salamanca. España.

RESUMEN

Describimos el caso de una mujer de 82 años, en tratamiento con sertralina y que, debido a un proceso catarral con tos, ingiere conjuntamente un jarabe de dextrometorfano. Tras la ingesta de ambos fármacos, presenta un cuadro de agitación, mioclonías, temblores y fiebre. Dados los antecedentes farmacológicos y la clínica, se diagnostica como síndrome serotoninérgico, iniciando tratamiento domiciliario y posterior traslado al hospital de referencia.

INTRODUCCIÓN

El consumo de antidepresivos se ha triplicado en la última década, en particular en pacientes mayores de 60 años¹. Desde la década de los noventa, los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS) ocupan el quinto lugar en las intoxicaciones por psicofármacos, por detrás de benzodiacepinas, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos y antiepilépticos. Entre los efectos secundarios y los síntomas y signos derivados de la administración por los IRS destacan los digestivos, neurológicos y hemodinámicos². Menos habitual es el síndrome serotoninérgico³ (SS), y es esencial que el clínico prehospitalario reconozca esta entidad, que debe sospecharse ante la presencia de 3 de los siguientes datos: cambios del estado mental, alteración del tono o actividad muscular⁴ (temblores, hiperreflexia, mioclonías), inestabilidad autónoma (midriasis, sudoración, taquicardia, hiper o hipotensión arterial), fiebre y diarrea.

Dirección para correspondencia: Prof. Dr. Fernando Sánchez Hernández. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Donante de Sangre, s/n. Campus Unamuno. Universidad de Salamanca. 37008. Salamanca España.

Correo electrónico: fsh@usal.es

CASO CLÍNICO

Mujer de 82 años, que vive sola, siendo el familiar más próximo una sobrina. Diagnosticada de «síndrome depresivo» por su médico de atención primaria, se encuentra en tratamiento con sertralina (50 mg/24 h) desde hace 14 meses. Toma loracepam (1 mg/24 h), por insomnio, 30 min antes de acostarse. No hay antecedentes de demencia. Resto sin interés. Debido a una afección del tracto respiratorio con tos, por consejo de una vecina lega en la materia, ha tomado, 60 min antes de avisar a los servicios de emergencia, una cantidad inespecífica de un jarabe antitusígeno de dextrometorfano (refiere haber ingerido «tres buchecitos»; calculamos unos 30 mg) junto a su dosis de sertralina. A nuestra llegada, la paciente se encontraba agitada, con delirio (riñe enérgicamente a la DUE del equipo prehospitalario creyendo que es su sobrina), diaforética, nauseosa y con ganas de vomitar, midriática, presentaba temblores y mioclonías en antebrazos y músculos faciales, e hiperreflexia. Se objetivó fiebre de 38,7 °C (axilar) y marcha inestable (atáxica); glucemia capilar 74 mg/dl; presión arterial 90/50 mmHg. Resto de la exploración sin interés.

Se inició tratamiento con oxigenoterapia (mascarilla tipo Venturi al 24%), se canalizó vía venosa periférica (18 G) y se inició perfusión de suero glucosalino, con un bolo inicial de 250 ml. Control de la temperatura con medidas físicas y de las náuseas con ondasetrón (4 mg intravenosos [i.v.]). Se administró carbón activado (1 g/kg peso por vía oral), sin realizar lavado gástrico. Se controló la agitación y las mioclonías con clonazepam (2 mg i.v. diluidos en 8 ml de suero glucosado al 5% en bolo lento). Se realizó electrocardiograma completo, que fue normal salvo una taquicardia sinusal (100 ×). Una vez realizado el diagnóstico diferencial, en el hospital se valoró tratamiento específico de SS, tipo ciproheptadina, pero dada la mejoría clínica y la buena respuesta a las medidas previas, se optó por observación después de una tomografía computarizada, que fue normal, y analítica, que demostró una leve aci-

dosis metabólica, ausencia de rabdomiólisis y buena función renal. A las 24 h, con recuperación ad integrum, fue dada de alta.

DISCUSIÓN

En asistencia prehospitalaria, las alteraciones del comportamiento unidas a los trastornos del movimiento que se presentan de manera aguda requieren una atención inmediata, y son motivo de actuación frecuente por los servicios de emergencia prehospitalarios^{4,5}. En su etiología destacan los efectos secundarios a fármacos, incluidos los IRS, sobre todo cuando son potenciados por otros medicamentos³ y, en particular, en pacientes de edad avanzada que realizan mal control farmacológico con inadecuada toma de medicamentos^{6,7}. Uno de los efectos secundarios de los IRS es el SS, cuyo inicio de los síntomas suele ser rápido después de tomar la medicación que lo desencadena. Aparece con más frecuencia cuando se administran conjuntamente otros fármacos que incrementan los valores sinápticos de serotonina³, como los inhibidores de la monoaminoxidasa, levodopa, meperidina, litio, dextrometorfano, etc. El SS no es una reacción idiopática, sino que se produce como consecuencia de un exceso de acción serotoninérgica en los receptores del sistema nervioso central y periférico como consecuencia de interacciones farmacológicas, tomas inadecuadas del paciente o abuso voluntario⁵. El tratamiento consiste en retirar el fármaco precipitante, medidas de soporte vital, control de la

agitación, de las mioclonías, de la hipertermia y de la inestabilidad autónoma. Fármacos como la bromocriptina, el propranolol o el dantroleno no se recomiendan por su ausencia de eficacia^{2,5}. No hay antidotos frente a estos fármacos y los métodos de depuración extracorpórea son ineficaces.

Bibliografía

1. Bilden EF, Walther FG. Antidepressants. En: Marx JA, Hockberger RS, Wall RM, editors. Rosen's Emergency Medicine. Concepts and clinical practice. 6th ed. Philadelphia: Mosby. Elsevier; 2006. p. 2352-67.
2. Montero FJ, Jiménez L. Intoxicación aguda por inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y otros neurotransmisores. En: Jiménez L, Montero FJ, editores. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009. p. 721-3.
3. Boyer EW, Shannon M. The serotonin syndrome. N Engl J Med. 2005;352:1112-20.
4. Kipps CM, Fung VSC, Grattan-Smith P, De Moore GM, Morris JGL. Movement disorders emergencies. Mov Disord. 2005;20:322-34.
5. Nelson LS, Erdman Ar, Booze LL, Coabugh DJ, Chyka PA, Woolf AD. Selective serotonin reuptake inhibitor poisoning: an evidence based consensus guideline for out-of-hospital management. Clin Toxicol. 2007;45:315-32.
6. Palatnick W. Serotonin reuptake inhibitors and other atypical antidepressants. En: Shannon MW, Borrow SW, Burns MJ, editors. Haddad and Winchester's. Clinical management of poisoning and drug overdose. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Co.; 2007. p. 549-59.
7. Reilly TH, Lirk MA. Atypical antipsychotics and newer antidepressants. Emerg Med Clin North Am. 2007;25:477-97.