

Síntomas cognitivos y trastornos del movimiento en una paciente anciana en tratamiento con fluoxetina

Álvarez Fernández, B.; Salinas Barrionuevo, A.; Gómez Huelgas, R.

Unidad de Geriátrica. Departamento de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

Sr. Director:

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los antidepresivos más utilizados en el anciano, dada su excelente tolerabilidad. Entre los efectos indeseables de los ISRS se han descrito diversos trastornos motores como temblor, acatisia, distonías (tortícolis espasmódico, trismo, blefaroespasma, espasmos musculares, opistótonos), brusismo, signos parkinsonianos (temblor, rigidez, bradicinesia y trastornos en la marcha) y disquinesia tardía (1-6).

Comunicamos un caso de trastorno motor abigarrado en una anciana tratada con fluoxetina, que además presentó un aparente deterioro cognitivo que se resolvió con la suspensión del ISRS.

CASO CLÍNICO

Mujer de 79 años de edad con antecedentes de hepatitis C postransfusional, síndrome ansioso depresivo de larga evolución, hipertensión arterial y artrosis generalizada. Es remitida a consulta de geriatría desde atención primaria para valoración de deterioro cognitivo asociado a cuadro de temblor, rigidez, caídas de repetición y movimientos orofaciales continuos que habían llegado a ser de tal severidad que le impedían masticar alimentos sólidos y mantener una conversación. Según relataba la familia estos síntomas se iniciaron cinco meses antes, agravándose de forma progresiva. Necesitaba ayuda para vestirse, asearse y para levantarse de la cama o de una silla; tenía episodios de incontinencia; aunque con inestabilidad y dificultades, podía andar sola (índice de Katz = D), necesitando ayuda para todas las actividades instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton = 0). La enferma seguía tratamiento habitual con omeprazol 20 mg/día, triflusal 300 mg/día y enalapril 20 mg/día; pocas semanas antes de la aparición del cuadro inició tratamiento con fluoxetina (40

mg/día) por recaída de su cuadro depresivo. Para intentar controlar el cuadro motivo de la consulta estaba siendo tratada sin éxito con citicolina 500 mg/día, clometiazol 384 mg/día y biperideno.

En la exploración la paciente estaba consciente y aparentaba gran sensación de inquietud, hablaba con dificultad por presentar continuos movimientos orofaciales con contracciones espasmódicas de mandíbula, ojos y boca. Temblor de reposo en miembros superiores, sin rigidez. La marcha era inestable, atáxica, con pasos muy cortos. No podía girar, levantarse de la silla, ni sentarse sin ayuda. Auscultación cardíaca: ruidos rítmicos a 80 lpm con soplo sistólico multifocal. Resto de la exploración sin hallazgos. Tensión arterial 160/80 mmHg. A nivel cognitivo, aunque no se le realizó Mimi Mental State Exam de Folstein por los problemas de comunicación de la paciente, la hija nos informa del deterioro en memoria reciente, desorientación temporal e imposibilidad de seguir conversaciones. Análítica: hemograma, VSG, coagulación, proteinograma, glucemia, iones, perfil renal, bilirrubina, ASAT, ALAT, fosfatasa alcalina, TSH, fólico y vitamina B12 normales; gammaglutamil transpeptidasa 295 U/L. Serología de lues negativa. Se suspendió el tratamiento con fluoxetina, citicolina y biperideno reduciendo el clometiazol a 192 mg/noche.

Evolución: A las tres semanas la paciente estaba más reactiva, no tenía temblores, deambulaba sin dificultad, y se levantaba de la silla y la cama sin ayuda, aunque persistían los movimientos orofaciales. A las seis semanas de la suspensión de la fluoxetina habían desaparecido totalmente los movimientos distónicos y la paciente había recuperado la funcionalidad previa, siendo autónoma para todas las actividades básicas de la vida diaria y realizando tareas instrumentales como participar en algunas tareas domésticas y salir a comprar por el barrio sin compañía. Se realizó MMES de Folstein teniendo una puntuación de 22/30, que para una persona analfabeta como es el caso no indica deterioro cognitivo.

Se han comunicado diversos factores de riesgo para la aparición de trastornos motores en pacientes tratados con

Correspondencia: B. Álvarez Fernández. La Era, 18, Blq. A-5, 2º B. 29016 Málaga. E-mail: direccion@geriatrianet.com.

ISRS (2). Las alteraciones del movimiento por ISRS parecen ser más frecuentes con fármacos de vida media larga (como la fluoxetina), sobre todo si se emplean a dosis altas (≥ 40 mg/día). La incidencia aumenta en ancianos, discutiéndose una mayor predisposición en mujeres. Los antecedentes parkinsonianos o de espasticidad, así como la asociación de fármacos inhibidores enzimáticos del citocromo P450 (cimetidina, ranitidina), neurolepticos, antidepresivos tricíclicos, litio, carbamazepina y metoclopramida, incrementan el riesgo.

Los trastornos motores por fluoxetina no son muy frecuentes. En un estudio retrospectivo realizado en Nueva Zelanda que incluía a 5.555 pacientes tratados con fluoxetina, la prevalencia de síntomas extrapiramidales fue del 2,7 por mil (4).

Se ha postulado que la causa de los trastornos del movimiento asociado a los ISRS sería un bloqueo de la transmisión dopaminérgica secundario al incremento de los niveles de serotonina en el SNC.

Este caso ilustra la fragilidad de los pacientes ancianos a los efectos adversos de los fármacos y las dificultades que plantea diferenciar la yatrogenia farmacológica de ciertas enfermedades prevalentes en las personas de edad. A pesar de la relación temporal más o menos estrecha entre la prescripción de fluoxetina y el inicio de los primeros trastornos del movimiento (que se iniciaron con temblor en miembros superiores, asociándose con posterioridad ataxia y distonía orofacial), no se contempló la posibilidad de que se tratara de un efecto adverso del anti-depresivo. El cuadro se agravó con un aparente deterioro cognitivo que, como se demostró al retirar la fluoxetina, era debido en realidad a la dificultad de concentración de

la paciente, los efectos psicológicos que le produjo el deterioro funcional y las dificultades en la comunicación derivadas del cuadro distónico. Siempre que estemos ante un paciente anciano en el que se está produciendo un deterioro funcional y/o mental debemos evaluar cuidadosamente los fármacos que está tomando y tener en cuenta, también en el caso de los antidepresivos ISRS, que los efectos secundarios pueden simular otras patologías.

Finalmente, debemos señalar que los ISRS de vida media larga, como la fluoxetina, no son los más adecuados en los ancianos, por el elevado riesgo acumulativo y de efectos adversos, sobre todo a dosis altas como la que estaban siendo administradas a esta paciente (40 mg/día). Los ISRS de elección en el anciano son los de vida media corta para que las posibilidades de efectos adversos se minimicen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gill HS, De Vane CL, Risch SC. Extrapiramidal Symptoms Associated with Cyclic Antidepressant Treatment: A Review of the Literature and Consolidating Hypotheses. *J Clin Psychopharmacol* 1997;17:377-89.
2. Leo RJ. Movement Disorders Associated with the Serotonin Selective Reuptake Inhibitors. *J Clin Psychiatry* 1996;57:449-54.
3. Vaamonde J, Del Real MA, Ibañez R, Gudín M. Distonía aguda inducida por fluoxetina. *Neurología* 1996;11:197.
4. Coulter D, Pillans P. Fluoxetine and Extrapiramidal Side Effects. *Am J Psychiatry* 1995;152:122-5.
5. Río J, Molins ML, Viguera ML, Codina A. Distonía aguda por fluoxetina. *Med Clin* 1992;99:436-7.
6. Stanislav SW, Chils N. Dystonia Associated with Sertraline. *J Clin Psychopharmacol* 1999;19:98-100.