

Urgencia en Atención Primaria: cuadros distónicos secundarios a la toma de neurolépticos

Ó. Esteban-Jiménez^a, F. González-Rubio^a, C. Navarro-Pemán^b y G. Baile-Estopañán^c

^aCentro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. España.

^bCentro de Farmacovigilancia de Aragón. Zaragoza. España.

^cDepartamento de Farmacología y Fisiología. Facultad de Medicina. Zaragoza. España.

La distonía se define como un trastorno caracterizado por la existencia de contracciones musculares mantenidas que frecuentemente determinan movimientos repetitivos y de torsión o posturas anómalas.

La dificultad inherente al manejo del paciente psiquiátrico provoca, en algunas ocasiones, que la anamnesis no sea todo lo completa que debiera, por lo que cuadros como las distonías pueden pasar desapercibidos o bien ser diagnosticados como cuadros musculares banales.

Presentamos dos casos en los que el tratamiento antipsicótico, con risperidona o con olanzapina, ha causado cuadros distónicos etiquetados inicialmente como contracturas musculares.

Aunque la causa más frecuente de afectación muscular en Atención Primaria son las contracturas por sobrecarga y la incidencia de distonías, en los pacientes tratados con antipsicóticos atípicos es menor que en los que reciben haloperidol, ante cuadros como los descritos debería incluirse siempre en el diagnóstico diferencial la posibilidad de estar ante una reacción adversa.

Palabras clave: antipsicóticos atípicos, distonía, reacción adversa medicamentosa.

Dystonia is defined as a disorder characterized by the existence of sustained muscle contractions that frequently cause repetitive movements and twisting or abnormal postures.

Because of the difficulty inherent to the management of the psychiatric patient, the anamnesis sometimes is not as complete as it should be. Thus, pictures such as dystonias may be overlooked or diagnosed as common muscle pictures.

We present two cases in which the antipsychotic treatment with risperidone or with olanzapine have caused dystonic pictures that were initially labeled as muscle contractures.

Although the most frequent cause of muscle problems in Primary Care are overload contractures and the incidence of dystonias in patients treated with atypical antipsychotics is less than in those who receive haloperidol, when there are pictures such as those described herein, the possibility that there may be an adverse reaction should also be included in the differential diagnosis.

Key words: atypical antipsychotic, dystonia, adverse drug reaction.

INTRODUCCIÓN

La distonía se define como un trastorno caracterizado por la existencia de contracciones musculares mantenidas que frecuentemente determinan movimientos repetitivos y de torsión o posturas anómalas.

Presentamos dos casos en los que el tratamiento antipsicótico ha sido el sospechoso de provocar este cuadro.

Correspondencia: Ó. Esteban Jiménez.
Vía Hispanidad 83, casa 2, 3º A.
50012 Zaragoza. España.
Correo electrónico: oscarj@hotmail.com

Recibido el 3-11-08; aceptado para su publicación el 24-03-09.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Varón de 22 años diagnosticado de trastorno esquizofreniforme, en tratamiento con risperidona, 25 mg por vía intramuscular (IM) cada 14 días desde hace 2 años. Acudió al Servicio de Urgencias de dos hospitales por dolor de espalda, rigidez corporal, mínimo braceo en la marcha y retropulsión del eje corporal. Diagnosticado de lumbalgia en las dos ocasiones, fue tratado con analgésicos, calor local y miorrelajantes. Las radiografías realizadas fueron normales. Al no observar mejoría, acudió a su médico de cabecera, el cual le diagnosticó un cuadro distónico. Fue tratado con biperideno, 2 mg por vía IM,

y tras 2 horas en la sala de espera se le dio de alta, apreciándose una notable mejoría de los síntomas. Se le pautó biperideno, 4 mg retard al día, hasta ser visto por su psiquiatra de referencia, el cual confirmó el diagnóstico. Actualmente se mantiene asintomático con el mismo tratamiento antipsicótico.

Caso 2

Mujer de 71 años diagnosticada de trastorno bipolar, en tratamiento con olanzapina, 2,5 mg al día, desde hace 1 año aproximadamente. Tras aumentarle la dosis a 7,5 mg al día acudió al Servicio de Urgencias del centro de salud por una afectación del músculo esternocleidomastoideo, trapecio y esplenio que le provocaba giro lateral del cuello, elevación de la barbilla y del hombro. Se administró biperideno, 2 mg por vía IM, y posteriormente biperideno retard, 4 mg cada 24 horas durante 3 días, y reducción de la dosis de olanzapina a 5 mg al día. Desde el episodio permanece asintomática con la última dosis prescrita.

Se sopesaron las posibles enfermedades y tratamientos concomitantes de los pacientes, descartando la existencia de causas alternativas. Ambos casos fueron notificados al centro regional de farmacovigilancia.

DISCUSIÓN

Probablemente la causa más frecuente de afectación muscular en Atención Primaria son las contracturas por sobrecarga, pero no por ello deberíamos dejar de hacer un diagnóstico diferencial etiológico, especialmente en aquellos casos en los que el paciente toma neurolepticos.

La incidencia de distonías secundarias a la toma de antipsicóticos atípicos es del 3,9%¹, sin embargo esta cifra presenta variaciones en función de la edad del paciente y de la dosis recibida, siendo de casi un 6% a los tres meses de tratamiento en los ancianos, y de un 4-5% tras un año en pacientes de mediana edad².

Los antipsicóticos atípicos tipo olanzapina, risperidona y quetiapina presentan un mejor perfil de seguridad, al respecto, que los antipsicóticos típicos como el haloperidol²⁻⁵.

Ante cuadros como los descritos, creemos necesario incluir siempre en el diagnóstico diferencial la posibilidad de que las contracturas musculares sean una reacción adversa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Correll CU, Schenk EM. Tardive dyskinesia and new antipsychotics. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21(2):151-6.
2. Jeste DV, Lacro JP, Palmer B, Rockwell E, Harris MJ, Caligiuri MP. Incidence of tardive dyskinesia in early stages of low-dose treatment with typical neuroleptics in older patients. *Am J Psychiatry*. 1999;156:309-11.
3. Correll CU, Leucht S, Kane J. Lower risk for tardive dyskinesia associated with second-generation antipsychotics: a systematic review of 1-year studies. *Am J Psychiatry*. 2004;161:414-25.
4. Beasley CM, Tollefson G, Tran P, Satterlee W, Sanger T, Hamilton S, and the Olanzapine HGAD Study Group. Olanzapine versus placebo and haloperidol. Acute phase results of the North American double-blind olanzapine trial. *Neuropsychopharmacology*. 1996; 14:111-23.
5. Tran PV, Dellva MA, Tollefson GD, Beasley CM Jr, Potvin JH, Kiesler GM. Extrapyramidal symptoms and tolerability of olanzapine versus haloperidol in the acute treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 1997;58(5):205-11.