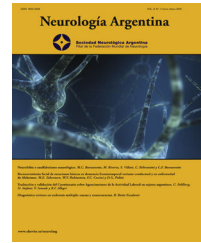




Sociedad Neurológica Argentina
Filial de la Federación Mundial
de Neurología

Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Casuística

Distonía aguda secundaria al tratamiento crónico con sertralina como causa de activación de un código ictus. A propósito de un caso

Sara Ribes García* y Laura Bellver Bosch

Servicio Medicina Intensiva, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de julio de 2018

Aceptado el 11 de septiembre de 2019

On-line el 31 de octubre de 2019

Palabras clave:

Código ictus

Distonía

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Síntomas extrapiramidales

Reacciones adversas

medicamentosas

Sertralina

R E S U M E N

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina se han asociado al desarrollo de trastornos del movimiento (parkinsonismo, distonía, discinesia y acatisia). Estos efectos adversos se han descrito especialmente al inicio del tratamiento farmacológico. Se presenta un caso clínico en el que una mujer en tratamiento crónico durante más de 3 años con sertralina desarrolla una distonía aguda, que inicialmente se interpreta como un accidente cerebrovascular isquémico agudo, activándose el código ictus de urgencia.

© 2019 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Acute dystonia induced by chronic treatment with sertraline as a cause of a code stroke activation. A report of one case

A B S T R A C T

Selective serotonin reuptake inhibitors have been associated with the development of movement disorders (parkinsonism, dystonia, dyskinesia and akathisia). These adverse effects have been especially described following a recent beginning of pharmacological treatment. A clinical case is presented in which a woman after chronic treatment with sertraline for more than three years, develops an acute dystonia, that initially was assumed as an acute stroke, activating the stroke code.

© 2019 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Stroke code

Dystonia

Selective reuptake inhibitors

Extrapyrimal symptoms

Adverse drug reactions

Sertraline

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sarigar22@gmail.com (S. Ribes García).

<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.09.007>

1853-0028/© 2019 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

La sertralina es un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS), cuya función es inhibir su recaptación, aumentando sus niveles¹. Dentro de sus efectos adversos se incluyen trastornos del movimiento extrapiramidales, como la acatisia, la distonía, la discinesia o el parkinsonismo; sobre todo si el paciente presenta edad avanzada². Estos efectos adversos se producen generalmente de forma aguda tras el inicio del tratamiento con ISRS. Se presenta un caso de distonía aguda en una paciente con más de 3 años en tratamiento con ISRS.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 71 años de edad, y con antecedentes de hipertensión arterial controlada, trastorno de ansiedad y distimia, que acudió al servicio de urgencias por presentar cefalea brusca occipital de 20 minutos de evolución, con signos de foco neurológico consistente en disartria, desviación oculocefálica y mandibular izquierda y debilidad en miembros superiores.

A la exploración, la paciente estaba consciente y orientada en las 3 esferas, y era capaz de seguir órdenes sencillas. La campimetría por amenaza fue negativa, y presentaba desviación de la mirada hacia región superior izquierda, con mioclonías en párpados. La mandíbula también estaba desviada hacia la izquierda, acompañada de hipertonia muscular, lo que ocasionaba disartria en el habla. La movilización de miembros superiores e inferiores estaba conservada, sin debilidad; con sensibilidad táctil y dolorosa asimismo conservadas y simétricas. Dismetría en la prueba dedo-nariz. Signos meníngeos negativos.

Debido a la sospecha de probable accidente cerebrovascular (ACV) isquémico en curso, se activó el código ictus, realizándose una tomografía computarizada craneal (TAC) que descartó la existencia de hemorragia intracranial, defectos de repleción y/o alteraciones en la perfusión. Ante la persistencia de la sintomatología, se contactó con la Unidad de Ictus del hospital de referencia. De forma conjunta, se decidió que la exploración física no parecía ser consecuencia de un ACV, y dada la normalidad de las pruebas complementarias se desactivó el código ictus.

Se revisaron antecedentes médicos de la paciente, así como su tratamiento habitual. Se observó que llevaba pautado enalapril, 5 mg diarios para el control de su hipertensión arterial, alprazolam nocturno para el control del trastorno de ansiedad, y sertralina, 50 mg diarios para el tratamiento de la distimia durante más de 3 años.

Ante la sospecha de una distonía cervico-facial secundaria a la sertralina, se administraron 2,5 mg de biperideno intravenoso, y a los 5-10 minutos la paciente presentó una mejoría significativa, con apertura ocular normal y mejoría de la desviación mandibular hacia la izquierda, con desaparición de la disartria.

Comentarios

La sertralina es un ISRS cuyo objetivo es inhibir la recaptación de la serotonina aumentando sus niveles disponibles, y por tanto, potenciando su función. Sus efectos adversos más frecuentes son las náuseas, y dentro de los efectos relacionados con el sistema nervioso destacan en frecuencia la cefalea (21%) y el insomnio (19%)¹.

Se desconocen las bases fisiopatológicas de la distonía³, sin embargo, parece ser que la sertralina ejerce un efecto muy leve sobre la recaptación de noradrenalina y dopamina¹ y, debido a sus efectos sobre esta última, disminuye sus niveles en el cuerpo estriado⁴, y puede originar diversos trastornos del movimiento extrapiramidales (acatisia, distonía, discinesia y parkinsonismo)².

La distonía se define como aquel trastorno del movimiento que produce contracciones simultáneas de músculos agonistas y antagonistas, de forma involuntaria y sostenida, que da lugar a posturas anormales o movimientos repetitivos de torsión, y que generalmente puede acompañarse de dolor⁵. Dentro de las distonías secundarias, encontramos las producidas por fármacos, que se pueden presentar de forma aguda, o tras un tratamiento crónico⁶. La distonía farmacológica aguda (producida por neurolepticos, antidepresivos tricíclicos, ISRS y antiepilépticos) sucede a las pocas semanas de iniciar el tratamiento. Ocasionan posturas anormales involuntarias de aparición súbita, de predominio en musculatura facial y cuello, pudiendo asociar crisis oculogiras, tortícolis y opistótonos. Generalmente son episodios autolimitados y resuelven con la supresión del fármaco responsable.

A la distonía que se produce tras un tratamiento crónico con fármacos se le denomina discinesia y puede producirse por una gran diversidad de fármacos, como los anticolinérgicos, benzodiacepinas, antiepilépticos y antihistamínicos. La clínica difiere a la de la distonía aguda, ya que en estos casos predomina la discinesia oro-buco-linguo-masticatoria, en la que se producen movimientos repetitivos faciales, como por ejemplo apertura de boca, movimientos de lengua y de succión.

La primera idea que pretende enfatizar este caso es que pese a que existen publicaciones sobre el desarrollo de distonía aguda tras el inicio reciente de sertralina^{2,7}, en este se refleja su aparición en el contexto de un tratamiento crónico, ya que la paciente llevaba más de 3 años con dicha medicación.

La segunda idea hace referencia a los *stroke mimics*: un 22% de los códigos ictus que se activan se deben a *stroke mimics*, es decir, a cuadros clínicos que asemejan ictus, pero que tras su estudio se descarta patología vascular isquémica desencadenante⁸. Entre sus causas más frecuentes se encuentran: crisis epilépticas, cefaleas, lesiones ocupantes de espacio, tóxicos y fármacos, siendo estas últimas responsables de un 0,6-2,2% de los casos. Es por ello que consideramos imprescindible la creación de equipos de código ictus o de sistemas de contacto con hospitales de referencia con Unidades de Ictus, para discernir de una forma más precisa su etiología ya que evitaría tratamientos innecesarios en este tipo de pacientes (entre el 1,4 y el 16,7% de los *stroke mimics*

se fibrinolisan)^{8,9}. Además, se debe insistir en la revisión de la medicación que tome el paciente de forma habitual por si pudiera llevar alguna que interaccionase con el sistema dopaminérgico e influya en la activación de un código ictus de presentación atípica.

Conflicto de intereses

Todos los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar M, Frech FA, Arbelo T, Balaguer E, Bergareche A, Buerguera JA, et al. Comité ad-hoc del grupo de estudio de trastornos del movimiento. En: García Ruiz PJ, Luquin R. Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de las distonías. SEN [consultado 12 Jul 2018]. Disponible en: http://getm.sen.es/wp-content/uploads/2012/02/GUIA_SEN_distonias.pdf.
2. González Rodríguez VM. Distonía y discinesia tardía. En: Toquero de la Torre F, Zarzo Rodríguez J, editores. Guía de buena práctica clínica en trastornos del movimiento. Madrid: IM&C; 2005. p. 33-68.
3. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha Técnica Sertralina. Madrid [consultado 17 Jul 2018]. Disponible en: <http://www.stada.es/sites/default/files/productos/ficha/Ficha-tecnica-Sertralina-STADA-EFG.pdf>.
4. Raveendranathan D, Gopala Rao S. Sertraline induced acute mandibular dystonia. *J Neurosci Rural Pract.* 2015;6:586-7.
5. Uvais NA, Sreeraj VS, Sathish Kumar SV. Sertraline induced mandibular dystonia and bruxism. *J Family Med Prim Care.* 2016;5:882-4.
6. Warren Olanow C, Schapira AHV. Enfermedad de Parkinson y otros trastornos del movimiento. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Larry Jameson J, Loscalzo J, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. 18.^a ed Madrid: Mc Graw Hill; 2012. p. 3317-35.
7. Di Rocco A, Brannan T, Prikhojan A, Yahr MD. Sertraline induced parkinsonism. A case report and an in-vivo study of the effect of sertraline on dopamine metabolism. *J Neural Transm.* 1998;105:247-51.
8. Nadarajan V, Perry RJ, Johnson J, Werring DJ. Transient ischaemic attacks: mimics and chameleons. *Pract Neurol.* 2014;14:23-31.
9. Avellaneda-Gómez C, Rodríguez Campello A, Giralte Steinhauer E, Gómez González A, Serra Martínez M, Ceballos Cerrajería P, et al. Estudio descriptivo de los stroke mimics después de un estudio neurovascular completo. *Neurología.* 2019;34:7-13.