



V-088 - REVISIÓN SISTEMÁTICA DE SÍNDROME SEROTONINÉRGICO EN EL HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS (HUPA) DE ALCALÁ DE HENARES

A. Gutiérrez García, J. Navarro López, B. Calvo Llorente, C. Gañán Gómez, M. Vacas Córdoba y M. Martín Llorens

Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

Resumen

Objetivos: El síndrome serotoninérgico (SS) se produce por un aumento de la actividad serotoninérgica sobre el sistema nervioso central secundario al uso psicofármacos, siendo potencialmente mortal. Es un cuadro con baja prevalencia y de difícil diagnóstico. Nuestro objetivo es mostrar sus características principales, con el objetivo de tenerlo presente en el diagnóstico diferencial de pacientes con fiebre de origen desconocido (FOD) y sintomatología neurológica.

Material y métodos: Se revisaron pacientes con diagnóstico al alta de SS en el H.U.P.A desde el 2000 a 2017.

Resultados: Se obtuvieron un total de 11 pacientes, siendo el 81,8% mujeres y 18,2% hombres, con una media de edad de 59,4 años. Los fármacos más frecuentemente implicados fueron los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) (54,5%), seguido de combinaciones de ISRS con otros fármacos (27,3%), neurolépticos (9,1%) y antidepresivos heterocíclicos (9,1%). En cuanto a la caracterización del cuadro, a la exploración los pacientes presentaron alteración del nivel de conciencia (45,5%), desorientación temporo-espacial (36,4%), hiperreflexia (27,3%) y mioclonías (27,3%). La presencia de hipertermia sin foco ($T^a > 38\text{ }^{\circ}\text{C}$) se registró en el 54,5%, asociada a leucocitosis (en el 36,4%), hiponatremia (36,4%) y aumento de CPK (66,4%) con un valor medio de 3.812. En cuanto a las pruebas realizadas, se realizó punción lumbar en el 63,6%, con resultado normal en el 85,5% de los mismos. En todos los casos el cultivo resultó estéril, así como los hemocultivos (solicitados al 54,5%). Se solicitaron pruebas de imagen al 81,8%, consistentes en TC craneal (44,4%), RMN craneal (33,3%) o ambas (22,2%). En todas ellas, no se objetivaron hallazgos patológicos agudos. En cuanto al manejo terapéutico, en el 100% de los casos, se suspendió el tratamiento con el que se relacionó el SS. Solo 3 casos (27,3%) recibieron tratamiento dirigido con ciproheptadina en 2/3 (66,6%) y dantroleno en 1/3 (33,3%). El 72,7% presentaron una evolución favorable, mientras que el 18,2% fallecieron.

Discusión: Se puede observar que los causantes principales de este síndrome son los ISRS. El signo más relevante fue FOD, acompañado de alteraciones analíticas como elevación de CK e hiponatremia. En ningún caso, se encontró un foco infeccioso claro que justificara el cuadro. El cuadro clínico del SS, se caracteriza por alteraciones neurológicas (hiperreflexia, mioclonías o alteración del nivel de conciencia), que aparecía en muchos de nuestros pacientes, aunque en ocasiones fue difícil caracterizarlo por ausencia de una exploración neurológica detallada. En cuanto

al manejo, la principal medida fue la retirada del fármaco/fármacos que causaron el SS. En algunos casos, se administró tratamiento dirigido con ciproheptadina/dantrolene, con buena respuesta clínica. En la cohorte analizada, la mortalidad fue baja, a pesar de eso el SS tiene una alta mortalidad por la dificultad del diagnóstico.

Conclusiones: El SS es un cuadro de difícil diagnóstico, con múltiples presentaciones clínicas inespecíficas. Esto hace que sea un síndrome infradiagnosticado en la práctica clínica actual. Dado el aumento creciente del uso de psicofármacos, es esperable un aumento progresivo de su incidencia. Es importante considerar este cuadro clínico en todo paciente con FOD alteración del nivel de conciencia, temblores, hiperreflexia o mioclonías de instauración brusca, que se encuentren en tratamiento con psicofármacos, sobre todo ISRS. Es fundamental, descartar otros orígenes del cuadro, sobre todo infecciosos, dado que el diagnóstico suele ser de exclusión (pruebas de imagen, pruebas microbiológicas o punción lumbar).