



V-186 - SÍNDROME SEROTONINÉRGICO. SÍNDROME DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

P. Ditano Vázquez, C. Lavilla Olleros, R. García Jiménez, M. San Julián Romero, M. García León, V. González Ramallo, P. Conthe Gutiérrez, M. Granda Martín

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Resumen

Objetivos: Determinar las características de los casos diagnosticados de SS en una unidad de corta estancia (UCE) de Medicina Interna durante un periodo de un año, desde junio de 2014 a junio de 2015.

Métodos: Se describen dos casos diagnosticados de SS en una UCE de Medicina Interna de un Hospital General Universitario, atendiendo a los antecedentes personales, la forma de presentación, los datos analíticos y microbiológicos, así como las pruebas de imagen realizadas.

Resultados: Describimos dos casos, de un hombre y de una mujer, con más 70 años de edad, DM tipo 2, síndrome parkinsoniano y síndrome depresivo mayor en tratamiento entre sus antecedentes más relevantes. En el caso del varón, coincidiendo con el aumento de dosis de duloxetina sobre su tratamiento de base (rasagilina y dihidrocloruro de pramipexol), presentó un cuadro diarreico de tres semanas de evolución asociado a hipertermia, diaforesis, hiperreflexia, rigidez generalizada, midriasis así como un deterioro del nivel de conciencia hasta permanecer en estado estuporoso. Se realiza estudio de diarrea descartando causas tratables de la misma. (infecciosa, funcional, neoplásica...). Tac craneal normal. Ante la sospecha de SS, se suspendió la medicación IRRS con rápida recuperación del nivel de conciencia y de la clínica neurológica, remisión de la diarrea y estado afebril. La paciente mujer se encontraba en tratamiento crónico con escitalopram, amitriptilina y amisulprida, iniciando un cuadro brusco de disminución del nivel de conciencia en el contexto de un leve proceso infeccioso intercurrente (ITU) descartando complicación séptica. Continúo en estado comatoso con rigidez generalizada, opistótonos y movimientos erráticos oculares asociado a hipertensión e hipertermia habiéndose descartado toda causa orgánica justificable con pruebas de imagen. Una vez suspendido el tratamiento IRRS y otros psicofármacos evolucionó progresivamente con recuperación del nivel de conciencia así como desaparición del resto de la sintomatología.

Discusión: La sospecha clínica es la base del diagnóstico del SS. Se realiza a partir de datos de encefalopatía, especialmente si se acompaña de mioclonías, temblor, rigidez y síntomas autonómicos como taquicardia, hipertensión, sudoración profusa y Flushing, en pacientes que toman fármacos estimuladores de la serotonina. No existe ningún dato de laboratorio o de pruebas de imagen que sea específico de este síndrome por lo que el diagnóstico es clínico y siempre excluyendo otras entidades como procesos infecciosos, encefalitis, hipertermia maligna o golpe de calor. El tratamiento recomendado es supresión del fármaco y tratamiento sintomático. Se pueden usar

antídotos de serotonina en casos severos, pero aún no hay gran evidencia de ello.

Conclusiones: El SS es una situación tóxica cuya alta sospecha clínica condiciona su rápido diagnóstico y abordaje para evitar un desenlace desafortunado. Pueden utilizarse los criterios de Sternbach o Hunter como orientación diagnóstica. El SS se observa con más frecuencia cuando se utilizan agentes serotoninérgicos con inhibidores de la MAO, además de antidepresivos tricíclicos. Los síntomas más frecuentemente descritos son, cambios en el estado mental de rápida instauración, mioclonías y sudoración profusa así como hipertermia febril observado hasta en el 50% como ocurría en nuestros pacientes. Siempre debe realizarse punción lumbar para descartar encefalitis. La supresión de los fármacos es el tratamiento más efectivo además de un adecuado soporte sintomático. El papel de los antagonistas de los receptores de la serotonina precisa de un mayor cuidado en su utilización así como una más estrecha monitorización en su combinación con otros neurolépticos.