

NEUROLOGÍA

SÍNDROME
NEUROLÉPTICO MALIGNO

Yendry Cabezas Sánchez*

SUMMARY

Neuroleptic Malignant Syndrome is the result of the use of neuroleptic drugs, which generate a metabolic disorder secondary to antagonism of dopamine receptors in the hypothalamus.

CASO CLÍNICO

Se trata de un menor de 13 años, vecino de Guápiles, con APP (+) autismo en control en Psiquiatría con Risperidona; llevaba 15 días con cambio de tratamiento por clorpromazina. Sin presencia de alergias ni antecedentes quirúrgicos. “Ingresó Centro Salud por fiebre, movimientos musculares, contractura muscular, asociado

alteración de comportamiento (inquieta y agresivo)”. Al examen físico se presenta inquieto, agresivo, pálido, sudoroso, movimientos extrapiramidales, asociados a cianosis peribucal, consciente, alerta, abdomen blando, depresible sin patología asociada y sin lesiones de piel.

Signos: T:38.5 FC:137 Sat: 97%
PA: 108/74

Exámenes de Laboratorio

Hb	12.7
Hto	38
Pk	353.000
Leucos	20.000
PMN	78
Linf	14
NU	14

Cr	0.30
Ca ⁺	8.70
AST	40
ALT	19
Na ⁺	142
K ⁺	4.20
EGO	normal

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Neuroléptico Maligno es el más raro de todos los trastornos del movimiento inducidos por fármacos, siendo el más grave y representando casi una emergencia neurológica⁹.

HISTORIA

El Síndrome Neuroléptico Ma-

* Médico General, Servicio de Emergencias. Hospital Guápiles.

ligno, se da en pacientes tratados con neurolepticos, de carácter idiosincrático y potencialmente fatal descrito por Delay y Deniker en 1968 como un cuadro clínico caracterizado por hipertermia, rigidez muscular y alteraciones en la conciencia, pero no se reconoció en la literatura, sino hasta 1980 a partir de la revisión realizada por Caroff¹.

EPIDEMIOLOGÍA

El Síndrome Neuroleptico Maligno es aproximadamente de 0.4% – 2.4% de los pacientes tratados con neurolepticos, siendo mayor en varones en una proporción 2:145. La existencia de un patrón constante de incidencia más elevada en varones que en mujeres es atribuida a la tendencia de los clínicos a instaurar un tratamiento más intenso en varones debido a que los varones psicóticos son más violentos que las mujeres¹⁰. Usualmente este desorden se produce al comenzar un tratamiento, pero puede también ocurrir en las dos primeras semanas⁶. El 80% de los paciente son menores de 40 años, con una edad de máxima frecuencia entre los 25 y los 50 años; dándose también en los niños y ancianos.

ETIOLOGÍA

Se cree que se debe a un antagonismo sobre los receptores dopaminérgicos D₂ (dopaminérgicos)

en el hipotálamo, vías nigroestriadas y ganglias basales de la médula ósea.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El Síndrome Neuroleptico Maligno se caracteriza por la triada hipertermia, rigidez muscular de origen extrapiramidal y deterioro del estado mental⁵. En un 75% de los casos, puede haber leucocitosis y elevación de la creatina fosfokinasa, (78%) taquicnea, diaforesis (60%) y oscilaciones de la presión arterial. La temperatura se sitúa entre 38.5 y los 40.5°C, pero se han alcanzado valores de hasta 42 °C, considerándose el aumento de temperatura como un hecho esencial para el diagnóstico

que distingue estos fármacos de otras reacciones adversos a los neurolepticos. La hipertermia muscular de la orofaringe puede causar disartria, disfasia y sialorrea. La disminución de la distensibilidad torácica desemboca con frecuencia en hipoventilación y disnea. Otros hallazgos comunes son las alteraciones vegetativas: taquicardia, diaforeses, palidez cutánea, incontinencia de esfínteres, hipo o hipertensión, siendo más frecuente la hipertensión⁷.

DIAGNÓSTICO

Para realizar el diagnóstico de síndrome neuroleptico maligno se deben cumplir tres criterios mayores o bien dos criterios mayores y cuatro menores⁸

Criterios Mayores	Criterios Menores
Fiebre	Anormalidad en la tensión arterial
Rigidez muscular	Taquipnea
Elevación CPK	Alteración conciencia
	Diaforesis
	Leucocitosis

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El síndrome neuroleptico maligno, al ser un proceso mortal, su sospecha requiere una intervención inmediata, sin embargo debe tenerse el cuidado cuando se analiza el caso ya que pueden existir patología que nos puedan llevar hacer diagnósticos diferenciales como es el caso de:

- Procesos infecciosos del sistema nervioso central³.
- La catatonia letal; los pacientes con este trastorno desarrollan excitación motora, obnubilación, rigidez, fiebre, taquicardia, diaforesis, presión arterial lábil.
- El golpe de calor: muchos de los síntomas del golpe de calor son comunes con los del síndrome neuroleptico maligno, exceptuando que en este la piel está

caliente, seca, no hay sudoración y existe flacidez muscular.

- Hipertermia maligna: producido por el hipermetabolismo muscular tras la administración de agentes anestésicos halogenados o relajantes musculares despolarizantes⁴.
- Atropinismo: Por sobre dosis de anticolinérgicos puede originar somnolencias y elevación de la temperatura. La diaforesis y la inestabilidad autonómica no suelen aparecer.
- Síndrome serotoninérgico: Se da cuando se utilizan inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAO), o toxicidad por litio.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe iniciarse lo antes posible, debido a que es un síndrome letal. Debemos empezar por la supresión de la medicación neuroléptica, en segundo lugar medidas de soporte que incluyen disminución de la temperatura, mediante medios físicos o farmacológicos. La hipotensión arterial, cuando se presenta, suele ser secundaria a la deshidratación y precisa reposición de líquidos y el uso de drogas vasoactivas como la noradrenalina. La monitorización de las funciones respiratorias, cardíacas y renal es aconsejable y se puede precisar uso ventilación o diálisis, aunque debemos recordar que los neurolépticos no son drogas dializables debido a su

fuerte unión a las proteínas sanguíneas.

En casos más intensos del síndrome se utiliza:

- Dantroleno sódico
- Benzodiacepinas
- Clozapina: antipsicótico con mayor acción sobre los receptores dopaminérgicos tipo 4. Se utilizan para restaurar la medicación neuroléptica.

CONCLUSIÓN

El síndrome Neuroléptico maligno es poco frecuente. Sin embargo con el uso tan constante de los neurolépticos, tanto los típicos como atípicos (ver cuadro 1) debemos pensar en la posibilidad de enfrentarnos a ésta situación.

Debemos recordar que la intervención correcta y rápida puede cambiar el pronóstico del paciente.

Cuadro 1: Potencia de fármacos neurolépticos²

Neurolépticos típicos
Clorpromazina
Levomepromazina
Trifluoperazina
Tioridazina
Haloperidol
tiotixeno
Neurolépticos atípicos
Clozapina
Olanzapina
Risperidona

RESUMEN

El Síndrome Neuroléptico Maligno es producto del uso de medicamentos neurolépticos, los cuales generan un trastorno metabólico secundario al antagonismo sobre los receptores dopaminérgicos en el hipotálamo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caroff SN. Mann SC. Neuroleptic malignant syndrome. Med. Clin N Am 1993;7 185-202.
2. Ferri: Practical Guide to the Care of the Medical Patient, 8th ed.; Chapter 3 - Diseases and Disorders
3. Goldman: Cecil Medicine, 23rd ed.; Chapter 460 - MEDICAL CONSULTATION IN PSYCHIATRY >> MEDICAL COMPLICATIONS OF PSYCHIATRIC TREATMENTS.
4. Hunford. William E. "Massachusetts General Hospital Anesthesia". Edición original. Editorial Marbon Libros S.A. 2005. Pag 291-292.
5. Jacobson: Psychiatric Secrets, 2nd ed.; Chapter 48 - ANTIPSYCHOTIC MEDICATIONS
6. Jacobson: Psychiatric Secrets, 2nd ed.; Chapter 77 - NEUROLEPTIC MALIGNANT SYNDROME
7. Revista Médica de Chile, Santiago octubre 2005.
8. Shannon: Haddad and Winchester's Clinical Management of Poisoning and Drug Overdose, 4th ed.; Chapter 10 - Clinical Neurotoxicology > ... > NEUROLEPTIC MALIGNANT SYNDROME
9. Stern: Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry, 1st ed.; CHAPTER 55 - Catatonia, Neuroleptic Malignant Syndrome, and Serotonin Syndrome.
10. Wikipedia (2010). Síndrome Neuroléptico Maligno. Obtenida el 10 marzo 2011, de http://es.wikipedia.org/wiki/Síndrome_neuroléptico_maligno.