sinapsis 2026

XII CONGRESO NACIONAL

NADA SE SOSTIENE SOLO.

12 / 13 NOV | ULL

Síndrome Serotoninérgico vs Síndrome Neuroléptico Maligno

Daniel Coello de Armas, J. Joel Ruiz Lacambra, Jonathan López Fernández , Jonatán González Padilla, Inmaculada Fierro Peral.

MIR Familia, Servicios de Medicina Interna, Neurología, Psiquiatría y Rehabilitación del Hospital San Juan de Dios Tenerife.

Introducción: El síndrome serotoninérgico (SS) y el síndrome neuroléptico maligno (SNM) son emergencias neurológicas potencialmente mortales que pueden presentar manifestaciones clínicas comunes, dificultando su diferenciación inicial. El SS se relaciona con un exceso de actividad serotoninérgica y se caracteriza especialmente por hiperreflexia, clonus y mioclonías, mientras que el SNM se asocia fundamentalmente al bloqueo dopaminérgico y suele manifestarse con rigidez muscular, hipertermia y disautonomía. El reconocimiento precoz resulta fundamental para instaurar medidas terapéuticas específicas.

Objetivo: Analizar desde un enfoque multidisciplinar un caso clínico con manifestaciones neurológicas y autonómicas compatibles con una emergencia toxicológica, destacando los elementos clínicos y analíticos útiles para establecer el diagnóstico diferencial entre SS y SNM.

Material y Métodos: Se realizó el análisis descriptivo de un caso clínico correspondiente a un varón de 66 años, procedente de una residencia, con antecedentes de trastorno de la marcha rígido-acinético-tremórico, trastorno obsesivo-compulsivo y deterioro cognitivo leve. Se revisaron los antecedentes farmacológicos, presentación clínica y parámetros analíticos, contrastándolos con las características diferenciales descritas para SS y SNM. Para el SS se consideraron especialmente los criterios de toxicidad de Hunter, mientras que para el SNM se valoraron la exposición a fármacos antidopaminérgicos, la retirada brusca de agonistas dopaminérgicos (L-dopa), la rigidez y la elevación de CPK.

Resultados: El paciente presentó alteración de la conducta, negativa a la ingesta, dolor abdominal e hiperreflexia. La analítica inicial mostró leucocitosis de 13.000/mm³, CPK de 737 U/L y creatinina de 1,9 mg/dL. El tratamiento habitual incluía AAS 100mg, Bisoprolol 2,5mg, levodopa/carbidopa 100/25mg y Sertralina aumentada recientemente a 200mg, sin constar en el caso exposición a fármacos antipsicóticos . La presencia de hiperreflexia constituye un hallazgo especialmente orientador hacia SS, en contraste con la rigidez muscular intensa y la bradirreflexia características del SNM. Además, la cronología de aparición constituye un elemento diferenciador: el SS suele aparecer rápidamente tras el inicio o modificación de un tratamiento serotoninérgico, mientras que el SNM generalmente evoluciona durante días o semanas.

Conclusión: El diagnóstico diferencial entre SS y SNM requiere integrar antecedentes farmacológicos, cronología, exploración neuromuscular y parámetros analíticos, para su tratamiento es necesario la participación de diferentes especialistas médicos. En el caso presentado, la hiperreflexia, el aumento reciente del ISRS y la ausencia documentada de exposición a neurolépticos constituyen elementos relevantes frente al diagnóstico de SNM. La identificación precoz de estos signos permite orientar el manejo hacia la retirada del agente desencadenante y las medidas de soporte adecuadas, evitando retrasos terapéuticos potencialmente graves.

Característica	Síndrome Serotoninérgico (SS)	Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM)
Etiología / Mecanismo	**Exceso de Serotonina** (Hiperactividad serotoninérgica: receptores 5-HT1A y 5-HT2A).	Bloqueo de Dopamina (Bloqueo del receptor D2 central y nigroestriatal).
Fármacos Causantes	**ISRS, IMAO** (mayor riesgo de gravedad), IRSN, Triptanes, Fentanilo, Tramadol.	Antipsicóticos (neurolépticos) de 1ª y 2ª generación, Antieméticos (Metoclopramida), Retirada de Agonistas Dopaminérgicos (L-dopa).
Tiempo de Aparición	**Rápido: Mayoría en horas (90% en 24 horas)** tras el inicio o cambio de dosis.	**Lento**: Se desarrolla en **días o semanas** tras iniciar o aumentar la dosis del fármaco.
Alteraciones Neuromusculares	**Hiperactivo: Hiperreflexia, Mioclonías, Clonus** (espontáneo o inducible). Más prominente en extremidades inferiores.	Hipoactivo/Rígido: Rigidez muscular extrema ("rigidez en tubo de plomo"). Bradirreflexia.
Estado Mental	Agitación, inquietud, delirio. El paciente se sobresalta fácilmente.	Confusión, estupor, delirio agitado, catatonia.
CPK	Elevada, pero el grado de elevación es variable.	Típicamente **muy elevada (>1000 UI/L),** correlacionándose con la gravedad.
Manejo Específico	Benzodiazepinas + Ciproheptadina (antagonista 5-HT, si BZD fallan).	Benzodiazepinas + Dantroleno (relajante muscular) y/o Bromocriptina (agonista D2). TEC en casos resistentes.
Pronóstico/Resolución	Generalmente en **24 horas** tras la retirada del agente.	Más prolongado: Resolución media de **9 días**.

Tabla 1 : Síndrome Serotoninérgico vs Neuroléptico Maligno**.**

Síndrome	Contexto Clínico Distintivo	Hallazgos Diferenciales
Hipertermia Maligna (HM)	Exposición a **anestésicos volátiles halogenados** (p. ej., halotano) y **succinilcolina** (agentes despolarizantes).	Rigidez muscular intensa similar al *rigor mortis*, acidosis, elevación de CO2 al final de la espiración.
Catatonia Maligna	Antecedentes de **trastorno psiquiátrico**. Suele ir precedida de un **pródromo conductual** de varias semanas (psicosis, excitación catatónica).	Comparte hipertermia y rigidez con SNM, pero la etiología es psiquiátrica o precipitada por una variedad de fármacos.
Síndrome Anticolinérgico	Uso de agentes anticolinérgicos.	Presenta hipertermia y delirio, pero el **tono muscular y los reflejos son normales** (no hay hiperreflexia ni rigidez). Hay mucosas secas y **disminución de ruidos intestinales**.
Intoxicación por Simpaticomiméticos	Uso de estimulantes (p. ej., cocaína, anfetaminas).	Presenta hipertermia, taquicardia y agitación, pero **carece de los hallazgos de hiperactividad neuromuscular** específicos del SS (clonus, hiperreflexia).

Tabla 2 : Diagnóstico diferencial Síndrome Serotoninérgico 1**.**

Síndrome	Contexto Clínico Distintivo	Hallazgos Diferenciales
Abstinencia de Sedantes-Hipnóticos	Retirada de alcohol o benzodiazepinas.	Presenta agitación e hiperactividad autonómica, pero **carece de los hallazgos neuromusculares** (hiperreflexia, clonus) del SS.
Meningitis/Encefalitis	Infección del sistema nervioso central.	Puede causar delirio con características hiperactivas, pero **carece de los hallazgos neuromusculares** del SS.
Tormenta Tiroidea	Historial conocido de enfermedad tiroidea y un evento desencadenante (infección, cirugía).	Presenta hiperpirexia y temblor, pero se acompaña de hallazgos cardiovasculares (taquicardia, insuficiencia cardía, arritmias..) y bocio palpable.

Tabla 3 : Diagnóstico diferencial Síndrome Serotoninérgico 2.



Gráfico 1: Criterios diagnósticos del Síndrome Serotoninérgico**.**