



4tas

# JORNADAS ANDALUZAS PARA RESIDENTES y TUTORES DE MFyC

FORMATO VIRTUAL

24, 25 y 26 de marzo

2021

SAMFyC  
Sociedad Andaluza  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria

Código: 4/225

## Título: El paciente que reconsulta. Temblor y fiebre.

Autores:

1. García Onieva, Francisco Javier. MIR de MFyC. Centro de Salud de Moguer. Huelva
2. Martín Brios, Ester. Especialista en MFyC. Tutora hospitalaria en el Hospital de Riotinto. Huelva.
3. Galian Sierra, Marta. MIR de MFyC. Centro de Salud Valverde del Camino. Huelva

### Caso Clínico

#### Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias

#### Motivo de consulta

Cuadro de temblor generalizado tras medicación mensual crónica acompañado de fiebre.

#### Anamnesis

Paciente de 65 años con alergia medicamentosa conocida a Flutox.

FRCV: Dislipemia. No Hipertensión arterial. Glucemia basal alterada.

Antecedentes personales: Esquizofrenia, Hernia de hiato.

IQx: Tumoración Ovario izquierdo.

Tratamiento habitual: Xeplión (Paliperidona mensual) desde hace 5 años. Simvastatina. Almax.

Paciente valorada en el servicio de urgencias por temblor, rigidez articular, inestabilidad a la marcha y desorientación en contexto de administración de Xeplión IM el día anterior (aunque nunca le había producido efectos adversos). Se administró una dosis de benzodiazepina y biperideno y fue dada de alta, pero al día siguiente vuelve acudir por persistencia de la clínica acompañado de fiebre de hasta 39,5°C.

#### Exploración física

TA: 152/93, SatO<sub>2</sub>: 95%, Fc: 100

Buen estado general, consciente, poco colaboradora, normo coloreada, normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. Glasgow 15/15.

ACP: Tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos auditivos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso. No masas ni megalías. No signos de irritación peritoneal.

Miembros normales sin edemas ni signos de trombosis.

Exploración neurológica: pares craneales normales. No nistagmo ni diplopia. Fuerza y sensibilidad simétrica y respetada en 4 miembros. Marcha inestable con pasos cortos y sin braceo. No limitación de mirada vertical. Rigidez articular que empeora con maniobra de distracción. Tapping disminuido. Bradicinesia. Temblor en reposo. Reflejos mantenidos. Romberg negativo. No movimientos clónicos. No movimientos extrapiramidales en este momento.

#### Pruebas complementarias

- ECG: Muy fibrilado por temblor de la paciente. Eje normal. RS a 84 lpm. QRS estrecho, posible BIRDHH. No signos de isquemia aguda.
- Rx de tórax sin imágenes de condensación ni derrame.
- Analítica: Hemograma normal. Bioquímica con Glucosa 135, BUN 24.00, CK 2316, Sodio 133, PCR 0.14. Perfil hepático normal. Gasometría con leve alcalosis respiratoria. Coagulación en rango.
- TAC craneal: No se definen LOEs, signos de sangrado agudo intra o extraaxial ni de evento isquémico establecido. Marcada atrofia corticosubcortical global con dilatación del sistema ventricular acorde al grado de atrofia. Ausencia de desviación de línea media o de desplazamiento de estructuras. Con ventana ósea no se observan hallazgos destacables.

#### Plan de acción

Aunque las pruebas complementarias eran normales se decidió mantener a la paciente en observación para mejor vigilancia y evolución con el tratamiento. Se administra biperideno con antitéticos y sueroterapia mejorando progresivamente. La paciente permaneció 5 días ingresada con evolución favorable mejorando la rigidez articular así como el temblor que llegó a desaparecer completamente. Con el tratamiento dejó de presentar fiebre alta y sólo persistió febrícula durante 2 días.

#### Conclusiones

Los trastornos del movimiento son procesos que precisan un enfoque diagnóstico y manejo apropiado en el área de Urgencias y en Atención Primaria ya que estos pueden comprometer la vida del paciente. Son numerosos los pacientes que atendemos diariamente en las consultas que se encuentran en tratamiento con fármacos que pueden producir este cuadro clínico, en este caso hablamos de medicación antipsicótica u otros antagonistas del receptor de dopamina a nivel central. El diagnóstico de sospecha inicial es fundamental para comenzar con tratamiento que ayude a mejorar los síntomas. En este caso se realizó un buen diagnóstico diferencial a pesar de que se trataba de una medicación crónica que nunca había provocado efectos adversos en la paciente. El síndrome neuroléptico maligno es un síndrome poco frecuente que se caracteriza por hipertermia, rigidez, disfunción autonómica e incluso alteración de la conciencia y está causado por antipsicóticos. La mayoría de las veces aparece al inicio del tratamiento y rara vez con medicación crónica. Por tanto, hay que estar alerta ante posibles complicaciones en los tratamientos de nuestros pacientes.

#### Palabras clave

Neuroleptic Malignant Syndrome, Fever, Tremor