

Reacciones distónicas a fármacos

Presentación

El paciente acude al Servicio de Urgencias (SEU) o a la consulta con unas posturas peculiares, muecas, distorsión con diversos movimientos musculares involuntarios y/o dificultad para hablar. Habitualmente el paciente está bastante alterado y preocupado por la posibilidad de sufrir un ictus. El dolor, si existe, es mínimo. Con frecuencia se ve afectada la musculatura mandibular, lingual, labial, faríngea y cervical. Se presenta de forma clásica con hiperextensión y desviación lateral del cuello junto a una desviación de la mirada hacia arriba. A menudo la anamnesis no es contribuyente. El paciente puede ser incapaz de hablar, puede no ser consciente de haber tomado fenotiazinas o butirofenonas (p. ej., el haloperidol que ha sido utilizado para «cortar» la heroína), puede no admitir que está tomando drogas de abuso o medicación psicotrópica o puede ser que no haya hecho la asociación entre los síntomas y la utilización de un fármaco (p. ej., una dosis de proclorperazina utilizada como antiemético). Los fármacos que con mayor probabilidad producen una reacción distónica clásica son la proclorperazina, el haloperidol, la clorpromazina, la prometazina y la metoclopramida. Habitualmente las distonías agudas debutan con uno o más de los siguientes tipos de sintomatología:

Bucolingual – sensación de protrusión o de empuje de la lengua.


Tortícolis – cuello torcido o espasmo de musculatura facial.

Oculógira – giro o desviación de la mirada.

Opistótonos – espasmo de todo el cuerpo.

Estas distonías agudas pueden simular crisis parciales, las posturas de pacientes con psicosis o espasmos del tétanos, envenenamiento por estricnina o desequilibrio electrolítico. Los efectos adversos neurológicos más crónicos de las fenotiazinas, incluidos la inquietud de la acatisia, la discinesia tardía y el parkinsonismo, no suelen responder de una forma tan acusada al tratamiento farmacológico como lo hacen las distonías agudas (**fig. 1-1**). El inicio de las crisis oculógiras y de las reacciones con tortícolis se produce habitualmente a los pocos minutos o a las pocas horas, pero pueden aparecer entre las 12 y 14 horas siguientes al tratamiento con un neuroléptico potente como el haloperidol.

Qué hacer:

 **Administre 1-2 mg de benztropina o 25-50 mg de difenhidramina por vía i.v.** y observe una mejoría de la distonía en los 5 minutos siguientes. Habitualmente estos fármacos comienzan a hacer efecto a los 2 minutos de su administración intravenosa y los síntomas se resuelven completamente en 15 minutos. **Este paso es tanto diagnóstico como terapéutico.** La benztropina

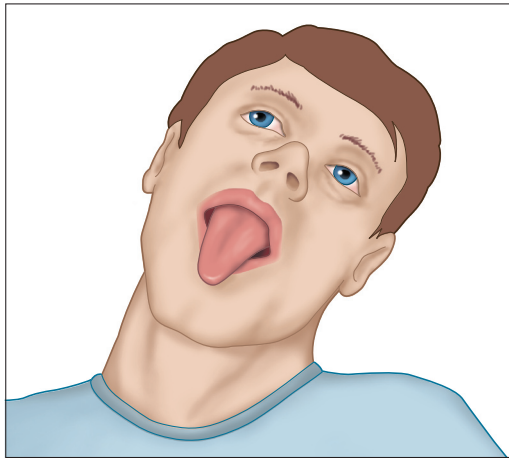


Figura 1-1 Paciente con una reacción distónica a un fármaco.

produce menos efectos adversos (fundamentalmente somnolencia) y puede ser discretamente más eficaz, aunque es más probable que se disponga de difenhidramina en el SEU o en la consulta del médico. La benzatropina puede administrarse a niños mayores de 3 años a una dosis de 0,01 a 0,02 mg/kg por vía i.v., i.m. o v.o.

✓ Eduque al paciente para que abandone la utilización del fármaco responsable, y concierte una cita si debe realizarse algún ajuste en la medicación. **Si la sustancia culpable es de acción prolongada prescriba 2 mg de benztropina o 25 mg de difenhidramina por v.o. cada 6 horas durante 24 o 72 horas para prevenir una recaída.**

Qué no hacer:

- ✗** No realice ningún estudio diagnóstico cuando los signos sean típicos. Administre primero benztropina o difenhidramina para observar si los síntomas se resuelven por completo.
- ✗** No confunda una distonía con tétanos, crisis, ictus, histeria, psicosis, meningitis o luxación de la mandíbula. Ninguna de estas condiciones se resolverá con benztropina o difenhidramina por vía i.v.
- ✗** No continúe con el tratamiento si la respuesta es cuestionable o si no existe respuesta alguna. Continúe el estudio para hallar otra causa de la distonía (p. ej., tétanos, crisis, hipomagnesemia, hipocalcemia, alcalosis, enfermedad muscular).
- ✗** No utilice primero diazepam por vía i.v. porque relaja los espasmos secundarios a otras causas y por tanto oscurece el diagnóstico.

Discusión

Del 10 al 60% de pacientes tratados con medicación neuroléptica han comunicado reacciones distónicas, sobre todo cuando el paciente inicia el tratamiento o aumenta de dosis. Los pacientes con antecedentes familiares de distonía, aquellos con un consumo reciente de cocaína o de alcohol, los pacientes más jóvenes, los pacientes varones y los pacientes ya tratados con agentes tales como la flufenazina o el haloperidol tienen un riesgo más alto de una reacción distónica.

La distonía es idiosincrásica, no es el resultado de una sobredosis del fármaco. El sistema motor extrapiramidal depende de la

neurotransmisión colinérgica excitatoria y de la dopaminérgica inhibitoria, y esta última puede ser susceptible al bloqueo por medicamentos como las fenotiazinas y las butirofenonas. Los fármacos anticolinérgicos restauran el equilibrio excitatorio-inhibitorio. La administración de una dosis por vía i.v. de benztropina o de difenhidramina es relativamente inocua, diagnóstica rápidamente y probablemente está justificada como un paso inicial en el tratamiento de cualquier paciente con una reacción distónica. La administración por vía i.m. puede tardar hasta 30 minutos en hacer efecto.

Bibliografía recomendada

Jhee SS: Delayed onset of oculogyric crisis and torticollis with intramuscular haloperidol. *Ann Pharmacother* 37:1434-1437, 2003.

Lee AS: Treatment of drug-induced dystonic reactions. *JACEP* 8:453-457, 1979.