

formación lograremos que los niños que sufran una parada cardiorrespiratoria sean atendidos precoz y adecuadamente y, por tanto, podremos mejorar su supervivencia.

El Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal quiere, con esta carta, estimular la participación de todos los pediatras e instituciones en esta tarea, y ofrece su total colaboración para el desarrollo de programas de formación en Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica.

Bibliografía

- 1 Calvo C, Delgado MA, García L, López-Herce J, Loscertales M, Rodríguez A, Tormo C. Normas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada en pediatría (1ª parte). *An Esp Pediatr* 1995; **43**:245-251.
- 2 Calvo C, Delgado MA, García L, López-Herce J, Loscertales M, Rodríguez A, Tormo C. Normas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada en pediatría (2ª parte). *An Esp Pediatr* 1995; **43**:323-334.
- 3 Calvo C, Delgado MA, García L, López-Herce J, Loscertales M, Rodríguez A, Tormo C. La formación en reanimación cardiopulmonar pediátrica: Cursos de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada pediátrica y neonatal. *An Esp Pediatr* 1996; **44**:2-6.
- 4 López-Herce J, Carrillo A, Sancho L, Moral M, Bustinza A, Serriñá C. Pediatric basic and advanced life support courses: first experiences in Spain. *Resuscitation* 1996; **33**:43-48.
- 5 Rodríguez A, López-Herce J, Carrillo A, Calvo C, Delgado MA y the Spanish Pediatric and Neonatal Resuscitation Group. Evaluation of

J. Villanueva Lamas, J. García García,
J.A. Alda Diez, N. Tous Andreu

An Esp Pediatr 1998;49:652-653.

Sr. Director:

El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es un cuadro clínico descrito por primera vez en Francia en el año 1960 por Delay y cols.⁽¹⁾, como una complicación idiosincrática del tratamiento con neurolépticos. Se trata de una rara entidad caracterizada por la presencia de hipertermia, alteración del nivel de conciencia, síndrome extrapiramidal (fundamentalmente rigidez en tubo de plomo) y disfunción autonómica. Desde el punto de vista analítico suele acompañarse de leucocitosis, de aumento de la creatinfosfocinasa (CPK) y en ocasiones mioglobinuria que puede llegar a producir un fracaso renal agudo. Se ha relacionado con múltiples neurolépticos, siendo el haloperidol el más frecuentemente implicado en este síndrome^(2,3). También se ha asociado con otros fármacos no neurolépticos^(4,5).

Presentamos el caso de una adolescente diagnosticada de SNM después de haber recibido tratamiento con risperidona en los meses previos.

Paciente de sexo femenino de 17 años de edad, sin antecedentes previos, que fue diagnosticada en junio de 1998 de esquizofrenia de tipo paranoide; iniciándose entonces tratamien-

Síndrome neuroléptico maligno asociado a risperidona en un paciente pediátrico

to con risperidona a dosis crecientes hasta una dosis máxima de 6 mg/día alcanzada dos semanas antes del inicio del cuadro. A su ingreso presentaba rigidez generalizada importante, hipertermia (39°C) de 72 horas de evolución y disfunción autonómica (taquicardia, diaforesis e incontinencia urinaria). Desde el punto de vista analítico la CPK y la creatinina fueron normales y presentaba una ligera leucocitosis.

Fue diagnosticada de SNM, procediéndose a su ingreso y retirada inmediata del neuroléptico, y a la instauración de un tratamiento con biperideno y diazepam.

Se produjo una mejoría clínica en pocos días, con cese de la fiebre a las 24 horas de la retirada del fármaco, así como disminución de la rigidez y cese de la disfunción autonómica.

Comentario

El diagnóstico del SNM es fundamentalmente clínico, y existe una serie de criterios para su diagnóstico establecidos por Levenson⁽⁶⁾ y por Adityanjee y cols.⁽⁷⁾. Los criterios de Levenson son más flexibles; permitiendo establecer el diagnóstico de aquellas formas de presentación incompleta o bien aquellas formas abortadas por la supresión temprana del neuroléptico.

La risperidona se trata de un nuevo neuroléptico, que a dosis bajas actúa como un antagonista de los receptores 5HT₂ y a dosis altas se comporta como un potente antagonista de los re-

Unidad Integrada de Pediatría. Hospital Clínic- Sant Joan de Dèu- Casa Maternitat. Universidad de Barcelona.

Correspondencia: Jósé Villanueva Lamas. Comte-Borrel 206 5º3ª. Barcelona.

ceptores dopaminérgicos (D₂); y se caracteriza por presentar pocos efectos extrapiramidales. Desde su comercialización se han comunicado varios casos de SNM en todo el mundo, el primero de ellos en el año 1994⁽⁸⁾. El SNM asociado con este neuroléptico puede presentarse desde el primer día de su administración hasta transcurridos varios meses del mantenimiento del mismo; y las dosis pueden variar desde 1 a 14 mg/día. La edad de los pacientes descritos se sitúa entre los 24-82 años. No parece existir por tanto, un patrón característico ni tampoco parece tener relación con la dosis administrada, sino más bien, estar en relación con una reacción idiosincrática.

En nuestro país ya se ha comunicado un caso de SNM asociado con risperidona en un paciente de 20 años⁽⁹⁾. Nuestra paciente de 17 años probablemente se trate del caso más joven descrito hasta la fecha asociado a la risperidona, aunque este síndrome ha sido observado en otros pacientes más jóvenes, pero que seguían tratamiento con otros neurolépticos.

El tratamiento básico del SNM radica en la retirada inmediata del neuroléptico y en la administración de medidas de sostén, así como el tratamiento de las complicaciones existentes. En ocasiones con las medidas anteriormente mencionadas es suficiente para que desaparezca la sintomatología. Se ha preconizado el empleo de múltiples fármacos como las benzodiazepinas (sobre todo el diazepam), la amantadina, y la L-DOPA, si bien los más recomendados actualmente son el dantrolene y/o la bromocriptina⁽¹⁰⁾; que tendrían su indicación en aquellos casos con rigidez importante, presencia de mioglobulinuria con fracaso renal, aumento de la CPK plasmática o deterioro importante del nivel de conciencia.

El objetivo de esta carta reside en alertar a los pediatras de la posible presentación de este cuadro en aquellos niños que han iniciado recientemente un tratamiento neuroléptico; así como la aportación de un nuevo caso de SNM asociado con risperidona.

Bibliografía

- 1 Delay J, Pichot P, Elissalde B, Peigne F. Un neuroleptique majeur non phenothizinique et non reserpinique, l' haloperidol, dans le traitement des psychoses. *Ann Med Psychol* 1960; **118**:145-152.
- 2 Smego RA, Durack DT. The neuroleptic malignant syndrome. *Arch Intern Med* 1982; **142**:183-185.
- 3 Addonizio G, Susman VL, Roth SD. Neuroleptic malignant syndrome: Review and analysis of 115 cases. *Biol Psychiatry* 1987; **22**:1004-1020.
- 4 Kellam AMP. The neuroleptic malignant syndrome, so called. A survey of the world literature. *Br J Psychiatry* 1987; **150**:752-759.
- 5 Stanley B, Pal NR. Fatal hyperpyrexia with phenelzine and imipramine. *Br Med J* 1964; **2**:1011.
- 6 Levenson JL. Neuroleptic malignant syndrome. *Am J Psychiatry* 1985; **142**:1137-1145.
- 7 Adityanjee MD, Singh S, Singh G, Ong S. Spectrum concept of neuroleptic malignant syndrome. *Br J Psychiatry* 1988; **153**:107-111.
- 8 Lee H, Ryan J, Mullet G, Lawlor BA. Neuroleptic malignant syndrome associated with the use of risperidone, an atypical antipsychotic agent. *Hum Psychopharmacol* 1994; **9**:303-305.
- 9 Aguirre C, García Monco JC, Mendibil B. Síndrome neuroléptico maligno asociado a risperidona. *Med Clin* 1998; **110**:239.
- 10 Kolb ME, Horne ML, Martz R. Dantrolene in human malignant hyperthermia. *Anesthesiology* 1982; **56**:254-262.

J.J. de Arriba Méndez, J. Ríos Laorden,
J. Solís García del Pozo

An Esp Pediatr 1998;49:653-654.

Sr. Director:

La enfermedad perianal estreptocócica, descrita en 1966 por Amren et al.⁽¹⁾ como "celulitis perianal", es una entidad clínica bien definida en cuya patogenia está implicado el estreptococo betahemolítico del grupo A. Su conocimiento es importante pa-

Incontinencia fecal por enfermedad perianal estreptocócica

ra el pediatra debido, por un lado, a la excelente respuesta al tratamiento antibiótico y, por otro, para evitar maniobras diagnósticas agresivas, lo cual es frecuente cuando se produce un retraso en el diagnóstico⁽²⁾. Presentamos un caso reciente que puede servir para recordar las principales características de la enfermedad.

Caso clínico

Se trata de un varón de 7 años que consultó por presentar en los 6 días previos emisión involuntaria de heces sin productos

Servicios de Urgencias Pediátricas y Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Albacete.
Correspondencia: José-Javier de Arriba Méndez. C/ Albarderos, nº 1, 5º G3.
02004 Albacete