

## Obstrucción respiratoria alta aguda inducida por neurolépticos

### *Acute upper respiratory obstruction induced by neuroleptics*

#### **Sr Editor:**

En el manejo del *delirium* o síndrome confusional son muy útiles los neurolépticos, especialmente los llamados típicos en relación a los atípicos, así llamados estos últimos por provocar menos efectos secundarios motores. Muy poco conocida es una grave complicación aguda del uso de neurolépticos, especialmente los típicos, y que es independiente de su indicación pero sí dosis dependiente. Esta consiste en una severa obstrucción respiratoria alta provocada por una contracción anormal de la laringea (distonia laríngea).

En las manifestaciones agudas motoras de los neurolépticos son más frecuentes la distonía aguda manifestada por protrusión lingual, desviación del cuello lateral (laterocolis), hacia atrás (retrocolis) o hacia delante/antecolis) y las crisis óculogiras. En cambio la distonía laríngea que lleve a una obstrucción aguda respiratoria alta es poco conocida y está siendo comunicada con más frecuencia en la literatura<sup>1-6</sup>. Se produce por una desviación sostenida en aducción de las cuerdas vocales dificultando por ende una respiración normal. Se han comunicado casos fatales por esta complicación, de ahí la importancia de reconocerla y tratarla oportunamente<sup>4</sup>. En la literatura encontramos menos de 20 casos comunicados, lo que hace relevante dar a conocer un paciente que sufrió esta complicación requiriendo ventilación mecánica.

Paciente hombre de 71 años, portador de un leve deterioro cognitivo, quien ingresó por un episodio de hemorragia digestiva baja no masiva. En su segundo día de hospitalización presentó agitación psicomotora por lo cual se indicó olanzapina 10 mg im, con buena respuesta. Al tercer día presentó nuevamente agitación psicomotora, esta vez más intensa, con violencia hacia familiares y el personal de salud. Se le administró olanzapina 10mg im, sin respuesta satisfactoria por lo que en las siguientes 12 horas recibió 10 mg adicionales de olanzapina y 5 mg de haloperidol iv en bolo. En la mañana del cuarto día presentó disnea súbita con estridor laríngeo severo, polipnea y taquicardia. En el examen físico no había *trismus* ni edema

lingual. Pocos minutos después presentó desaturación hasta 60%, bradicardia sinusal 40/min y profundización del compromiso de conciencia. Se intubó de inmediato y conectó a ventilación mecánica en UCI bajo sedación con propofol. Se suspendieron los neurolépticos y en cuatro días el enfermo progresivamente recuperó la conciencia y fue extubado, volviendo a su condición basal sin nuevos episodios de obstrucción respiratoria alta.

Si bien en el manejo del *delirium* se recomienda el uso de neurolépticos típicos como haloperidol<sup>7</sup>, es este tipo de fármacos el más involucrado en producir esta complicación<sup>4-6</sup>. Nuestro paciente recibió más dosis de olanzapina que haloperidol; la olanzapina, si bien es considerada un neuroléptico atípico puede igualmente provocar efectos secundarios extrapiramidales.

Los casos descritos han ocurrido tanto en adultos jóvenes como mayores, especialmente después de dosis repetidas. Algunos casos han requerido traqueostomía para el manejo<sup>6</sup>. Sin embargo, puede evitarse esta alternativa con el uso intravenoso de anticolinérgicos y lorazepam<sup>1-5</sup>. El diagnóstico de este trastorno es difícil, ya que por la urgencia de aliviar al enfermo frecuentemente no es posible certificar por laringoscopia la presencia de distonia laríngea<sup>1</sup>. Esta complicación puede confundirse con una crisis anafiláctica, pero el paciente no responderá al manejo habitual de ella.

El adecuado conocimiento de esta complicación, los antecedentes de uso reciente de neurolépticos y la presentación clínica hacen sospechar su diagnóstico y no demorar un tratamiento cuyo retraso puede ser fatal.

Marcelo Miranda C.<sup>1</sup>,

Felipe Méndez R.<sup>2</sup>, Alex Renner C.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Neurología y <sup>2</sup>Centro de Pacientes Críticos, Clínica Las Condes. Santiago de Chile.

#### Referencias

1. Fines R, Brady W, Martin M. Acute laryngeal dystonia related to neuroleptics agents. *Am J Emerg Med* 1999; 17: 319-20.
2. Newton-John H. Acute upper airway obstruction due to supraglottic dystonia induced by a neuroleptic. *BMJ* 1988; 297: 964-5.

3. Russell S, Hennes H, Herson K, Stremski E. Upper Airway compromise in Acute chlorpromazine ingestion. *Am J Emerg Med* 1996; 14: 467-8.
4. Flaherty J, Lahmeyer H. Laryngeal-pharyngeal dystonia as a possible cause of asphyxia with haloperidol treatment. *Am J Psychiatry* 1978; 135: 1414-5.
5. Menuck M. Laryngeal-pharyngeal dystonia and haloperidol. *Am J Emerg Med* 1996; 14: 467-8.
6. Peek DF. A patient with haloperidol induced laryngeal dystonia. *Acta Anaesthesiol Belg* 2008; 59: 103-5.
7. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of delirium. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1-20.

Correspondencia a:  
Dr. Marcelo Miranda, Departamento Neurología, Clínica Las Condes,  
Lo Fontecilla 441. Santiago de Chile.  
E-mail: marcelomirandac@gmail.com