

Temas al día

Fiebre y deterioro neurológico en una paciente ingresada en Psiquiatría: un desafío diagnóstico

Mayte García-Wehinger^{ID}, Marta Ingelmo-Hidalgo, Paola María Tarabini-Castellani-Ciordia, Laureano Ribacoba-Bajo, Agustín Martínez-Berriochoa

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Bizkaia, España

Citar como: García-Wehinger M, Ingelmo-Hidalgo M, Tarabini-Castellani-Ciordia PM, Ribacoba-Bajo L, Martínez-Berriochoa A. Fiebre y deterioro neurológico en una paciente ingresada en Psiquiatría: un desafío diagnóstico. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2026 (agosto); 11(2): 94-95. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a11n2a14>.

Cite this as: García-Wehinger M, Ingelmo-Hidalgo M, Tarabini-Castellani-Ciordia PM, Ribacoba-Bajo L, Martínez-Berriochoa A. Fever and neurological deterioration in a patient admitted to Psychiatry: a diagnostic challenge. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2026 (August); 11(2): 94-95. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a11n2a14>.

Autora para correspondencia: Mayte García-Wehinger. maytegarcia.w@gmail.com

Palabras clave

- ▷ síndrome neuroléptico maligno
- ▷ catatonía maligna
- ▷ terapia electroconvulsiva
- ▷ diagnóstico diferencial
- ▷ asistencia compartida

Keywords

- ▷ neuroleptic malignant syndrome
- ▷ malignant catatonia
- ▷ electroconvulsive therapy
- ▷ differential diagnosis
- ▷ shared care

Resumen

Mujer de 41 años con antecedentes de trastorno esquizoafectivo que ingresó en el Servicio de Psiquiatría por agitación psicomotriz, desarrolló durante la hospitalización un cuadro progresivo de fiebre, rigidez generalizada, mutismo, hipomimia y desconexión del medio. La exposición a fármacos antidopaminérgicos orientó inicialmente hacia un síndrome neuroléptico maligno. Sin embargo, la ausencia de respuesta a dantroleno, la elevación moderada de creatina cinasa (CK) y el fenotipo catatónico hicieron reconsiderar el diagnóstico, planteándose una posible catatonía maligna. El abordaje compartido entre Medicina Interna y Psiquiatría permitió integrar la evolución clínica, ampliar el diagnóstico diferencial y orientar el manejo terapéutico.

Abstract

A 41-year-old woman with a history of schizoaffective disorder was admitted to the Psychiatry Department due to psychomotor agitation. During hospitalization, she developed a progressive clinical picture of fever, generalized rigidity, mutism, hypomimia and disconnection from the environment. Exposure to antidopaminergic drugs initially suggested neuroleptic malignant syndrome. However, the absence of response to dantrolene, the moderate elevation of creatine kinase (CK) and the catatonic phenotype led to diagnostic reconsideration, raising the possibility of malignant catatonia. Shared care between Internal Medicine and Psychiatry enabled integration of the clinical course, broadening of the differential diagnosis and guidance of therapeutic management.

Puntos destacados

- ▷ Este caso destaca que no toda fiebre intrahospitalaria es de origen infeccioso. El solapamiento SNM-catatonía maligna exige una reevaluación clínica, revisión farmacológica y coordinación multidisciplinar para no retrasar el tratamiento dirigido.

cia compartida entre Medicina Interna y Psiquiatría para integrar datos clínicos, farmacológicos y evolutivos en un escenario de alta complejidad diagnóstica.

Caso clínico

Antecedentes, enfermedad actual y exploración física

Mujer de 41 años, con antecedentes de trastorno esquizoafectivo de larga evolución, hipotiroidismo e hipertensión arterial, que ingresó en el Servicio de Psiquiatría por alteración conductual con importante agitación psicomotriz asociada. Durante el ingreso precisó múltiples ajustes psicofarmacológicos, incluyendo dosis repetidas de haloperidol oral e intramuscular, introducción de litio y administración de metoclopramida.

A lo largo de la hospitalización se solicitaron varias valoraciones por Medicina Interna. Inicialmente consultó por estreñimiento, objetivándose que la paciente tenía suspendido el tratamiento sustitutivo tiroideo, por lo que se reintrodujo. Posteriormente presentó fiebre de hasta 38,9 °C, que en el contexto de agitación y fluctuación del nivel de consciencia se atribuyó inicialmente a posible broncoaspiración, iniciándose antibioterapia empírica.

Introducción

La fiebre asociada a deterioro neurológico en pacientes hospitalizados plantea un reto diagnóstico desde el inicio. Aunque la infección es una de las causas más frecuentes y debe descartarse de forma prioritaria, existen síndromes neuropsiquiátricos graves que pueden simular cuadros sépticos, especialmente en pacientes ingresados en unidades de Psiquiatría. Entre ellos destacan el síndrome neuroléptico maligno (SNM) y la catatonía maligna (CM), entidades potencialmente mortales que comparten fiebre, rigidez, alteración del estado mental, disfunción autonómica y elevación variable de creatina cinasa¹⁻³.

El diagnóstico diferencial entre ambas puede ser especialmente complejo, sobre todo en pacientes con trastornos psiquiátricos de base y exposición reciente a múltiples fármacos. Presentamos un caso que ilustra el valor de la asisten-

Pruebas complementarias

En la analítica sanguínea destacaban leve leucocitosis y elevación moderada de creatina cinasa (CK), con valor máximo de 295 U/L [20-190 U/L]. La litemia se encontraba en rango terapéutico y el resto de los parámetros analíticos no mostraron alteraciones relevantes. La tomografía computarizada (TC) craneal no evidenció hallazgos patológicos. Los cultivos microbiológicos fueron negativos.

Evolución

Pese al tratamiento antibiótico empírico, la evolución clínica fue desfavorable. La paciente presentó deterioro progresivo del estado general, rigidez muscular difusa, mutismo, hipomimia y desconexión del medio. Ante la persistencia de fiebre y signos neurológicos en una paciente expuesta a fármacos con efecto antidopaminérgico, la sospecha inicial fue síndrome neuroléptico maligno (SNM)¹.

Se suspendieron los fármacos potencialmente implicados, se instauraron medidas de soporte, se trasladó a la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos y se administró dantroleno. Sin embargo, no se observó respuesta clínica significativa.

La evolución subaguda, la CK solo moderadamente elevada y el predominio de signos catatónicos obligaron a ampliar el diagnóstico diferencial. El síndrome serotoninérgico se consideró menos probable por ausencia de hiperreflexia, clonus o mioclonías; la toxicidad por litio se descartó por niveles en rango, y las causas endocrino-metabólicas tampoco justificaban la evolución. Con todo ello, se planteó la posibilidad de catatonía maligna^{2,3}.

La paciente presentó una evolución prolongada en UCI y, tras el replanteamiento diagnóstico, recibió benzodiacepinas y varias sesiones de terapia electroconvulsiva (TEC), con mejoría clínica progresiva^{3,4}. Tras varios meses de hospitalización, fue trasladada a un centro psiquiátrico de media-larga estancia para continuar el abordaje de su patología de base.

Diagnóstico

Catatonía maligna probable con solapamiento clínico con síndrome neuroléptico maligno.

Discusión y conclusiones

El síndrome neuroléptico maligno (SNM) y la catatonía maligna (CM) son urgencias neuropsiquiátricas graves, con importante morbimortalidad si no se sospechan precozmente. El SNM se asocia clásicamente al uso de antipsicóticos o a la retirada brusca de fármacos dopaminérgicos, y cursa con hipertermia, rigidez, alteración del estado mental, disfunción autonómica y elevación de creatina cinasa (CK)¹. En este caso, la exposición a haloperidol y metoclopramida, junto con la introducción de litio como posible factor contribuyente, justificaban la sospecha inicial de SNM.

No obstante, la falta de respuesta a dantroleno, la CK moderada y el curso clínico subagudo obligaron a reconsiderar el diagnóstico. La CM es una forma grave de catatonía en la que los síntomas motores y conductuales se acompañan de fiebre, rigidez, deterioro sistémico e inestabilidad autonómica^{2,3}. La presencia de un trastorno psiquiátrico de base, agitación previa, evolución progresiva, mutismo, hipomimia y desconexión del medio sugerían un componente catatónico relevante.

La literatura recoge desde hace décadas la dificultad para separar de forma tajante el SNM y la CM. Algunos autores proponen que ambas entidades pue-

den formar parte de un mismo espectro clínico, en el que el SNM representaría una forma iatrogénica o precipitada por fármacos de un síndrome catatónico maligno⁵⁻⁸. Desde un punto de vista práctico, más que establecer una dicotomía rígida, resulta fundamental reconocer el solapamiento y adaptar el manejo según la evolución del paciente.

El tratamiento inicial incluye la retirada de fármacos potencialmente implicados, medidas de soporte y monitorización estrecha. En la catatonía, las benzodiacepinas constituyen la primera línea terapéutica, y la TEC debe considerarse precozmente en formas malignas, graves o refractarias^{3,4}.

Este caso subraya el valor de la asistencia compartida: no asumir que toda fiebre en Psiquiatría es infección, revisar activamente la medicación, reevaluar de forma global y repetida todo el caso, y coordinar el manejo multidisciplinar. La integración de la mirada médica y psiquiátrica permitió ampliar el diagnóstico diferencial y orientar un tratamiento potencialmente decisivo.

Financiación, conflicto de intereses y consentimiento informado

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran carecer de conflicto de intereses y disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso y la identidad de la paciente ha sido mantenida en el anonimato a lo largo del informe.

Bibliografía

1. Wijdicks EFM, Ropper AH. Neuroleptic malignant syndrome. *N Engl J Med*. 2024; 391(12): 1130-38. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMr2404606> (último acceso ago. 2026).
2. Connell J, Oldham M, Pandharipande P, Dittus RS, Wilson A, Mart M, *et al*. Malignant catatonia: a review for the intensivist. *J Intensive Care Med*. 2023; 38(2): 137-50. doi: <https://doi.org/10.1177/08850666221114303> (último acceso ago. 2026).
3. Rogers JP, Oldham MA, Fricchione G, Northoff G, Ellen Wilson J, Mann SC, *et al*. Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2023; 37(4): 327-69. doi: <https://doi.org/10.1177/02698811231158232> (último acceso ago. 2026).
4. Luchini F, Medda P, Mariani MG, Mauri M, Toni C, Perugi G. Electroconvulsive therapy in catatonic patients: efficacy and predictors of response. *World J Psychiatry*. 2015; 5(2): 182-92. doi: <https://doi.org/10.5498/wjpv.5.i2.182> (último acceso ago. 2026).
5. Fink M. Neuroleptic malignant syndrome and catatonia: one entity or two? *Biol Psychiatry*. 1996; 39(1): 1-4. doi: [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(95\)00552-8](https://doi.org/10.1016/0006-3223(95)00552-8) (último acceso ago. 2026).
6. Carroll BT, Taylor RE. The nondichotomy between lethal catatonia and neuroleptic malignant syndrome. *J Clin Psychopharmacol*. 1997; 17(3): 235-38. doi: <https://doi.org/10.1097/00004714-199706000-00026> (último acceso ago. 2026).
7. Sahoo MK, Agarwal S, Biswas H. Catatonia versus neuroleptic malignant syndrome: the diagnostic dilemma and treatment. *Ind Psychiatry J*. 2014; 23(2): 163-65. doi: <https://doi.org/10.4103/0972-6748.151703> (último acceso ago. 2026).
8. de Entrambasaguas M, Sánchez JL, Schonewille W. Catatonia maligna. *Rev Neurol*. 2000; 30(2): 132-38. Accesible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10730319/> (último acceso ago. 2026).