



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2097 - Una intoxicación misteriosa

A. Balsalobre Matencio^a, C. Bolarín Angosto^a, I.M. Escudero Muñoz^b, A. Sánchez Martínez^b, F.M. Aceituno Villalba^c, D.Á. Rodríguez Palacios^d, S. Falla Jurado^d, M.R. Jiménez Guerrero^e, C. Alcaraz Conesa^e y P. Abdeljabbar Paredes^f

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Torrepacheco. Murcia.

^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Javier. Murcia.

^cMédico de Familia. Centro de Salud de San Javier. Murcia. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Javier. Murcia. ^eMédico de Familia. Urgencias. Hospital Universitario de Los Arcos del Mar Menor. San Javier. Murcia. ^fMédico de Familia. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 34 años que acude a urgencias acompañado por su padre por presentar episodio amnésico y estado confusional. El familiar refiere que el paciente ha aparecido en el domicilio tras permanecer 18 horas en paradero desconocido, mojado por un líquido desconocido que desprende un fuerte olor, y posteriormente ha presentado 3-4 vómitos sin productos patológicos. El paciente se muestra confuso y somnoliento, no recuerda lo ocurrido durante las últimas 18 horas. Antecedentes personales: Soltero, transportista de hortalizas. Exfumador, consumo ocasional de tóxicos. No antecedentes médico-quirúrgicos de interés. En urgencias el paciente se muestra somnoliento y con episodio amnésico de lo ocurrido. Permanece en anuria con deterioro de la función renal, pico febril, elevación de enzimas hepáticas y CPK, por lo que se decide ingreso en UCI. Permanece 13 días ingresado en UCI donde se procede a hemofiltración por fallo renal agudo. Respiratoriamente estable, con lesiones abrasivas en mucosa oral y cara, siendo descartada ingesta de productos tóxicos tras ser valorado por otorrinolaringología. Permanece con déficit motor bilateral en miembros inferiores e hiporreflexia bilateral. Nuevos episodios febriles con cultivos negativos, caída de cabello, hipocalcemia e hipopotasemia, leucocitosis y anemia aguda que requirió transfusión. Coagulación estable, función renal, hepática y niveles de CPK normalizados durante el ingreso en UCI. Posteriormente en medicina interna evoluciona favorablemente siendo autónomo al alta, permanece amnesia del episodio. Se precisó la presencia de la policía judicial para realizar la recogida de muestras y proceder al estudio por parte del Instituto Nacional de Toxicología, de la sustancia causante del cuadro.

Exploración y pruebas complementarias: Rubor facial, Glasgow 15/15, tendencia a la somnolencia, pupilas isocóricas normorreactivas, fuerza 2/5 extremidades inferiores, hiporreflexia bilateral, resto de exploración por aparatos sin hallazgos. Análíticamente destacan 33.350 leucocitos (89,8% neutrófilos), hemoglobina 19 g/dl, hematocrito 51,5%, urea 55 mg/dl, creatinina 2,1 mg/dl, CPK 1.855, PCR 4,6 mg/dl y elevación de enzimas hepáticas. Gasometría venosa normal, radiografía de tórax sin hallazgos, electrocardiograma normal. DAO positivo en orina. TAC craneal sin patología aguda y posteriormente punción lumbar con LCR normal. Hemocultivos normales y sucesivas

analíticas con mejoría progresiva. Perfil tiroideo, inmunoglobulinas y ferrocínética normal. Ecocardiograma con función sistólica global ligeramente deprimida. Se solicita electromiograma para valorar posible polineuropatía tóxica aguda.

Juicio clínico: Intoxicación aguda por sustancia química no determinada.

Diagnóstico diferencial: Intoxicaciones agudas por anfetaminas, drogas de diseño, anticolinérgicos, setas, antihistamínicos, cáusticos, digitálicos, insecticidas, organofosforados, carbamatos, organoclorados, litio, opiáceos, silicatos, colchicina. Síndrome anticolinérgico, síndrome simpaticomimético y síndrome serotoninérgico.

Comentario final: Dado el desconocimiento de lo ocurrido y la clínica que presenta el paciente debemos considerar un amplio diagnóstico diferencial y responder a la situación clínica y evolución que el paciente presenta a lo largo del episodio. Es interesante obtener los resultados del Instituto Nacional de Toxicología para poder profundizar y estudiar el caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fenández Maseda MA, Zamora Gómez M. Intoxicaciones por tóxico desconocido. En: Flomenaum L, Goldfrank N, Lewin R, Hoffman L. Goldfrank's toxicologic emergencies. McGraw-Hill, New York, 2006.
2. Malley M. Clinical evaluation of pesticide exposure and poisonings. Lancet. 1997.