

Ingesta accidental de un tóxico en un niño de 2 años

Sr. Director:

La ingesta de una sustancia potencialmente tóxica es un motivo de consulta infrecuente en urgencias, aunque, según el tóxico ingerido, el resultado puede llegar a ser fatal¹. Habitualmente, los niños pequeños ingieren de forma accidental medicamentos o productos del hogar guiados por el afán explorador propio de la edad. La existencia de medicamentos con buen sabor facilita el cumplimiento de los tratamientos, pero también facilita que los niños se sientan atraídos e incluso reclamen, ocasionalmente, la administración de un "jarabe". Por otro lado, los productos del hogar se almacenan en muchas ocasiones en recipientes no de origen, ocasionando confusión en el niño, e incluso en la familia, a la hora de utilizarlos². Esto hace que, en ocasiones, sea difícil identificar inicialmente el tóxico que ha ingerido el niño y que sean los síntomas y/o signos que presenta el paciente los que orienten hacia la correcta identificación del mismo.

Presentamos el caso de un varón de 2 años que acudió a urgencias de pediatría por haber ingerido accidentalmente una cantidad indeterminada de un líquido guardado en una botella de agua mineral sin ninguna identificación. La madre aportó la botella, que contenía un líquido claro semitransparente de olor fuerte y refirió que el niño vomitó inmediatamente tras la ingesta. El padre se dedicaba profesionalmente a instalar ventanas y persianas y almacenaba diversos productos en su domicilio. Un año antes, el niño ingirió cierta cantidad de un detergente sin repercusión clínica.

La exploración física a su llegada a urgencias fue normal. Por el olor que emanaba de la botella, se sospechó la posibilidad de una ingesta de hidrocarburo, permaneciendo el niño en la unidad de observación, por la posible aparición de efectos tóxicos, fundamentalmente respiratorios. Aunque el padre aseguró que la botella contenía aceite de parafina, se le recomendó revisar las sustancias almacenadas en su domicilio.

Una hora después, el niño comenzó a vomitar, apreciándose una progresiva disminución del nivel de conciencia, tendencia a la bradicardia, miosis bilateral e hiporreflexia osteotendinosa. Se volvió a interrogar telefónicamente al padre y se identificó el tóxico como un plaguicida que el padre almacenaba en el domicilio para "matar hormigas" (posteriormente se identificó como Neocidol[®], diazinón).

Dada la sintomatología (depresión del nivel de conciencia, bradicardia [70 lat/min] y miosis) se sospechó una ingesta de organofosforado. Se practicó analítica sanguínea, se administró una dosis de atropina IV y se decidió el ingreso en la UCIP ante la potencial gravedad del cuadro.

En la analítica se detectó un valor de colinesterasa plasmática de 63 mU/ml (valores normales en nuestro laboratorio = 4.600-14.400 mU/ml), siendo normales el hemograma y la bioquímica.

En la UCIP requirió una nueva dosis de atropina IV y 5 dosis de pralidoxima IV mejorando de manera progresiva.

Dos días después del ingreso presentó un valor de colinesterasa de 4.231 mU/ml y recibió el alta de la UCIP y, 2 días más tarde, el alta del hospital. Actualmente, es controlado en las consultas externas de neuropediatría, dada la posibilidad de

aparición de secuelas posteriores, principalmente neuropatías periféricas.

La intoxicación por organofosforados es inhabitual en nuestro medio². Las series publicadas hacen referencia más a hábitat rurales^{3,4} y la forma de intoxicarse puede ser por ingesta o por vía transcutánea. Los síntomas derivan de sus efectos muscarínicos, nicotínicos y del SNC, por inactivación de la colinesterasa y estimulación excesiva de los receptores colinérgicos. En el laboratorio se detecta una disminución de la colinesterasa. El tratamiento⁵ se basa en:

- Estabilización inicial del paciente (si precisa).
- Descontaminación gastrointestinal (generalmente es innecesaria ya que suelen presentar vómitos y diarrea).
- Administración de:

- Atropina (antídoto de efectos muscarínicos): 0,05 mg/kg, pudiéndose duplicar la dosis cada 5-10 min hasta aliviar los síntomas.

- Pralidoxima (antídoto de efectos nicotínicos): 25-50 mg/kg diluida hasta una concentración al 5% en solución salina normal, y administrada durante un período de 5 a 30 min. Se repite a intervalos de 6 a 12 h, hasta que desaparece la debilidad muscular. Casi siempre se requiere tratamiento durante al menos 48 h.

La disminución de las consultas por ingesta de sustancias potencialmente tóxicas y la morbimortalidad subsecuente sólo se conseguirá con la instauración de unas correctas medidas preventivas. Así, la obligación de colocar en los medicamentos tapones de seguridad y la educación sanitaria de la población orientada a un correcto almacenamiento de los fármacos y productos del hogar (guardando el menor número posible de ellos, lejos del alcance de los niños y en recipientes de origen) reducirían drásticamente este tipo de accidentes¹.

**A. Fernández Landaluce^a, M.J. Martínez González^a,
J. Benito Fernández^a, J. Latorre García^b
y S. Mintegui Raso^a**

^aUrgencias de Pediatría. ^bUCIP. Departamento de Pediatría. Hospital de Cruces. Cruces-Barakaldo. Bizkaia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Litovitz TL, Klein-Schwartz W, Caravati EM, Youniss J, Crouch B, Lee S. 1998 Annual report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System. *Am Emerg Med* 1999; 17: 435-487.
2. Blanco E, Azúa B, Rodríguez R, Mintegui S, Sánchez J, Benito J. Intoxicaciones en la infancia: aspectos epidemiológicos y manejo hospitalario. *An Esp Pediatr* 1995; 42: 265-268.
3. Emerson GM, Gray NM, Jelinek GA, Mountain D, Mead HJ. Organophosphate poisoning in Perth, Western Australia, 1987-1996. *J Emerg Med* 1999; 17: 273-277.
4. Richter ED, Safi J. Pesticide use, exposure, and risk: a joint Israeli-Palestinian perspective. *Environ Res* 1997; 73: 211-218.
5. Leikin J. Organophosphates and carbamates. En: Strange GR, Ahrens WR, Schafermeyer R, Toepfer WC, editores. *Pediatric emergency medicine: a comprehensive study guide: Companion handbook*. American College of Emergency Physicians. (1.ª ed.). McGraw-Hill, 1999; 753-757.