

Incorrecta dosificación en el uso de la desmopresina inhalada, asociada a convulsiones por hiponatremia

(*An Esp Pediatr* 2000; 53: 385)

Sr. Director:

Presentamos un caso de sobredosificación de acetato de desmopresina en el tratamiento de enuresis nocturna.

Se trata de una paciente de sexo femenino de 8 años que ingresa en nuestro hospital tras presentar convulsión tónico-clónica generalizada de 15-20 min de duración que no cede con la administración de 10 mg de diazepam rectal en su domicilio. La víspera del ingreso presentó un cuadro de decaimiento generalizado con vómitos, sin otra sintomatología acompañante.

La paciente no presentaba antecedentes personales reseñables, a excepción de enuresis nocturna, en tratamiento con acetato de desmopresina (DDAVP) desde hacía unos 4 meses, a dosis de 20 µg cada noche.

A su llegada a urgencias la paciente estaba somnolienta, con escala de Glasgow de 14, con buena perfusión periférica, temperatura axilar de 35 °C, tensión arterial 110/64 mmHg, frecuencia cardíaca de 60 lat/min, pares craneales normales, pupilas isocóricas y normorreactivas, sin signos de focalidad neurológica, ni de inflamación meníngea. El estudio neurológico por medio de TC craneal y EEG fue normal. En el momento del ingreso la analítica presentaba una hiponatremia de 118 mEq/l, hipocloremia de 81,6 mEq/l, potasio 4,49 mEq/l. La glucemia era de 98 mg/dl. La fórmula leucocitaria era: 11.600 leucocitos/µl (segmentados 91% linfocitos 7%), Hb 13,5 g/dl, hematocrito 38,2%, urea 22 mg/dl, creatinina de 0,62 mg/dl. Se inició tratamiento con perfusión y corrección iónica. Tras 12 h de tratamiento su ionograma era: sodio 131,9 mEq/l, potasio 3,66 mEq/l, cloro 97,03 mEq/l. A las 36 h se había normalizado completamente, permaneciendo la paciente durante su ingreso neurológicamente estable y sin otras complicaciones. En un control posterior al mes la paciente seguía asintomática, aunque se había reproducido la enuresis nocturna.

En este caso, creemos que el cuadro clínico es el resultado de una sobredosificación del producto, y no un efecto secundario del mismo, producido la noche anterior al inicio de la sintomatología debido a que al estar el envase casi vacío y con el afán de asegurar la dosis prescrita la familia realizó numerosas presiones del pulverizador, lo que produjo un importante incremento de la dosis administrada.

Como hemos podido comprobar al revisar la bibliografía, están descritas situaciones de patología grave, como convulsiones^{1,2} e hiponatremia grave³ en la utilización de este fármaco.

A pesar del adiestramiento adecuado al paciente y a la familia, es sencillo sobrepasar los límites terapéuticos de la me-

dicación, produciéndose situaciones de extrema gravedad, como en el caso que nos ocupa.

Creemos de interés que dentro del proceso explicativo de la utilización del fármaco se insista en la importancia de una adecuada administración haciendo hincapié en el detalle de que no se aplique en más ocasiones de las prescritas, sobre todo cuando estemos cerca de agotar el contenido del producto. Asimismo, es necesario valorar la utilización de la desmopresina intranasal en los casos de enuresis nocturna, tal y como se ha venido insistiendo últimamente, aunque en nuestra experiencia el fármaco se había demostrado seguro hasta la fecha, y que existen revisiones que lo reafirman. Aun así, deberíamos tener en cuenta la dosificación máxima a administrar, la existencia de patología intercurrente, descartar la potomanía del paciente, y la influencia de las condiciones atmosféricas de extrema calor, para asegurar la correcta dosis y así evitar en lo posible la aparición de enfermedad por su utilización.

La enuresis nocturna es una situación en la que se ven implicados un gran número de niños en edad escolar. Ello hace necesaria la búsqueda de soluciones. Su etiología es probablemente multifactorial y por este motivo la utilización de diferentes enfoques en su tratamiento es habitual; seguramente la desmopresina (DDAVP) sea en estos momentos uno de los fármacos más aplicados en esta situación. Existe una amplia bibliografía al respecto^{4,5}. También es sabido que en determinadas ocasiones pueden aparecer efectos secundarios que es necesario conocer en el momento de la prescripción y que engloban diversos grados de gravedad: rinitis, epistaxis, cefalea, dolor abdominal, intoxicación acuosa con encefalopatía y convulsiones^{6,7} e hiponatremia.

A. Gairí, E. Martín, J. Bosch y A. Gomà

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Departamento de Medicina, Facultad de Medicina. Universidad de Lleida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donoghue MB, Latimer ME, Pillsbury HL, Hentzog JH. Hyponatremic seizure in a child using desmopressin for nocturnal enuresis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152: 290-292.
2. Schwartz D. Hyponatremic seizure in child using desmopressin for nocturnal enuresis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152: 1037-1038.
3. Lane W, Robson M. Hyponatremic seizure in child treated with desmopressin; *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152: 930-931.
4. Moffatt MEK, Hados S, Kirshen AJ, Burd L. Acetato de desmopresina (DDAVP) y enuresis nocturna ¿Qué es lo que sabemos? *Pediatrics* (ed. esp.) 1993; 36: 127-132.
5. Martín E, Fernández JM, Guzmán A, Álvarez J, Barrio F et al. Eficacia clínica y seguridad de la desmopresina en el tratamiento de la enuresis infantil. *Rev Esp Pediatr* 1993; 49: 497-501.
6. Jiménez Busselo MT, Tomás Vila M, Collar JJ, Calero Navarro P. Convulsiones por hiponatremia severa debida a tratamiento con desmopresina intranasal por enuresis nocturna: precauciones ante tal indicación. *An Esp Pediatr* 1995; 67: 90.
7. Blanchard P, Brossier JP. Convulsions par hyponatrémie profonde d'un traitement par desmopressine pour enurésie. *Arch Fr Pediatr* 1991; 48: 589-592.