

## BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez JG, Ortiz FJ, Rodríguez M, Gómez E, Ortiz PL, Iglesias L. Mercury exanthem ("Baboon" syndrome). *Actas Dermosifiliogr* 2000;91:271-3.
2. Houeto P, Sandouk P, Baud FJ, Levillain P. Elemental mercury vapour toxicity: Treatment and levels in plasma and urine. *Hum Exp Toxicol* 1994;13:848-52.
3. Boyd AS, Seger D, Vannuci S, Langley M, Abraham JL, King LE. Mercury exposure and cutaneous disease. *J Am Acad Dermatol* 2000;43:81-90.
4. Romaguera C, García B. Dermatitis de contacto en niños. En: Giménez Camarasa JM, editor. *Dermatitis de contacto*. Madrid: Grupo Aula Médica, 1999; p. 117-28.
5. Giménez Camarasa J, Aspiloea F, Alomar A. Patch test to metals in childhood. *Contact Dermatitis* 1983;9:157-8.
6. Romaguera C, Alomar A, Camarasa JM, García B, García A, Grimalt F, et al. Contact dermatitis in children. *Contact Dermatitis* 1985;12:283-4.
7. Descamps V, Lejoyeux f, Marck Y, Bouscarat F, Crickx B, Belaich S. Erysipelas-like mercury exanthem. *Contact Dermatitis* 1997;36:277-8.
8. Nakayama H, Niki F, Shono M, Hada S. Mercury exanthema. *Contact Dermatitis* 1983;9:411-7.
9. De La Cuadra J. Sensibilisation cutanée au mercure et á ses composés. *Ann Dermatol Venereol* 1993;120:37-42.
10. Barraza V, Meunier P, Escande JP. Acute contact dermatitis and exanthematous pustulosis due to mercury. *Contact Dermatitis* 1998;38:361.

## Intoxicación por ingesta accidental de cannabis

*Sr. Editor:*

El cannabis es una de las drogas (psicoestimulantes) más utilizadas en la actualidad. Los efectos adversos se han documentado en adultos, aunque son pocos los casos pediátricos comunicados de intoxicación aguda por esta droga.

Se presenta el caso de un niño de 18 meses de edad, previamente sano, que acudió al servicio de urgencias remitido de su centro de asistencia primaria por presentar un cuadro obnubilación de 1 h de evolución. En la exploración destacaba somnolencia, respuesta a estímulos enlentecida, aunque con cierta euforia y sonrisa inapropiada, ataxia e hipotonía generalizada. Presenta pupilas midriáticas y poco reactivas. Está apirético, con una frecuencia cardíaca de 110 lat./min y una tensión arterial de 98/40 mmHg. El resto de la exploración por aparatos fue normal. No existen antecedentes de traumatismo craneal, episodio convulsivo, vómitos o fiebre. Al interrogar a los padres sobre la posibilidad de ingesta de fármacos o tóxicos, no descartan que el niño no pueda haber tomado algo que haya encontrado en el rellano de la escalera de su edificio, donde convive con unos vecinos politoxicómanos, ya que arrojan allí colillas de cigarrillos de marihuana y jeringas de insulina. No se observan alteraciones en el análisis sanguíneo, que incluye hemograma, glucemia, ionograma y gasometría venosa. El cribado de tóxicos en orina detectó tetrahidrocannabinol. Se instauró sueroterapia inicialmente que se suspendió a las pocas horas con buena tolerancia oral, presentando sed y apetito intenso. La evolución fue satisfactoria, con desaparición progresiva de sus síntomas neurológicos a las 6 h de iniciar el episodio.

El término cannabis describe a la marihuana y otras drogas derivadas de la planta del cáñamo, conocida como *Cannabis sativa*. En la actualidad el cannabis es la droga ilegal más consumida en España, sobre todo entre los adolescentes, que la perciben como una droga inocua, en un momento en el que se debate sobre su legalización y su uso médico. La planta contiene aproximadamente 400 compuestos químicos, de los cuales sesenta son cannabinoides. El principal componente psicoactivo es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). La potencia del cannabis, que ha aumentado en los últimos 15 años<sup>1</sup>, varía según el porcentaje de THC que contiene, según el tipo y la parte de la planta que se utilice para el preparado.

La vía de administración más común es la inhalatoria. La marihuana ("maría", "grifa", "hierba") es la preparación seca y triturada de hojas, tallos, semillas y flores de la planta; por lo general se fuma sola o mezclada con tabaco, siendo la principal forma de consumo en EE.UU. La mayoría de la marihuana común contiene, en promedio, el 3% de THC. La forma sin semilla tiene, en promedio, el 7,5% de THC, pero puede llegar a tener hasta el 24%. El hachís es un exudado resinoso concentrado de las flores, que, una vez prensado, se presenta en forma de pastillas de color marrón verdoso u oscuro ("chocolate", "costo"), se consume en porciones pequeñas ("chinas"), se deshace al calor y se fuma mezclado con tabaco ("porro", "canuto"), y constituye la principal forma de consumo en España. Tiene en promedio el 3,6% de THC, y puede llegar hasta el 28%. El aceite de hachís es un líquido oscuro, resinoso y espeso que se destila del hachís y se utiliza impregnándolo con marihuana y tabaco. Tiene en promedio el 16% de THC, pudiendo llegar hasta el 43%. Otra forma de consumir el cannabis es la vía oral por ingesta de galletas, pasteles (que se cocinan con mantequilla de cannabis), como condimento o bien en forma de infusiones.

El efecto por vía oral es más lento, duradero y variable. La marihuana se absorbe entre el 5 y el 10% (frente al 50% cuando es inhalada) y sus efectos comienzan a ser aparentes al cabo de 1 h, con un efecto máximo a las 2 o 3 h, prolongándose su acción aproximadamente durante 5 h. Tras ser inhalada, los efectos aparecen en unos minutos con un pico plasmático a los 30 min y se mantiene activa durante 1 o 2 h<sup>2</sup>. La intoxicación por cannabis en niños pequeños se produce generalmente tras la ingestión de la droga por vía oral (galletas de cannabis<sup>2,3</sup>, cigarrillos de marihuana<sup>4,5</sup> y pastillas de hachís<sup>6,7</sup>). Los efectos generales son náuseas, vómitos, sequedad de boca, sed y apetito intenso, palidez e hiperemia conjuntival. Produce alteraciones neuroconductuales: trastornos del nivel de conciencia de inicio agudo, hipotonía, ataxia, midriasis o miosis moderada, disminución de los reflejos fotomotores, relajación, desinhibición, modificación del humor, disminución de la capacidad de abstracción, concentración y conversación, alteraciones perceptivas (ralentización en el paso del tiempo). El efecto cardiovascular más común es la taquicardia, según la dosis y debido a una estimulación simpática e inhibición parasimpática; sin embargo, en dosis elevadas suele producir bradicardia. Las modificaciones de la presión arterial no son significativas, aunque en ocasiones puede aparecer hipotensión ortostática<sup>7,8</sup>. El interrogatorio minucioso y la detección de la droga permiten establecer el diagnóstico de esta intoxicación, pocas veces sospechada. Deben descartarse otros procesos como traumatismo craneal o infección del sistema nervioso central, e investigar sobre la posibilidad de ingesta de otros tóxicos además del cannabis. La evolu-

ción de la intoxicación por cannabis en adultos es por lo general benigna. En los niños, por el contrario, se han descrito varios casos de coma, alguno de ellos cursó incluso con obstrucción respiratoria que precisó ventilación asistida<sup>7,9</sup>. El tratamiento de la intoxicación aguda por cannabis se basa en medidas de soporte. Se recomienda practicar lavado gástrico y administrar carbón activado<sup>2</sup>. Se han descrito 2 casos de coma que revirtió tras la administración de flumazenilo<sup>10</sup>.

El caso presentado tuvo signos y síntomas compatibles con intoxicación aguda por cannabis que se confirmó en el laboratorio. Se atribuyó por anamnesis a una posible ingesta de restos de cigarrillos de marihuana. El interés de esta observación es recordar que la intoxicación accidental por cannabis es posible en niños pequeños. Debe ser considerada en niños previamente sanos que se presenten con síntomas neurológicos de inicio agudo y etiología desconocida, sobre todo cuando en el entorno familiar o ambiental se sospecha el consumo. Dada la prevalencia del consumo de cannabis en nuestra comunidad los pediatras deben tener en cuenta este tipo de intoxicación potencialmente grave.

**N. López Segura, S. Herrero Pérez,  
E. Esteban Torné, V. Seidel Padilla,  
O. García Algar y A. Mur Sierra**

Servicio de Pediatría. Hospital del Mar.  
Pº Marítim, 25-29. 08003 Barcelona. España.

**Correspondencia:** Dr. O. García Algar  
Servicio de Pediatría. Hospital del Mar.  
Pº Marítim, 25-29. 08003 Barcelona. España.  
Correo electrónico: 90458@imas.imim.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartz RH. Marijuana: A Decade and a Half Later, Still a Crude Drug With Underappreciated Toxicity. *Pediatrics* 2002;109:284-9.
2. Weinberg D, Lande A, Hilton N, Kerns DL. Intoxication from accidental marijuana ingestion. *Pediatrics* 1983;71:848-9.
3. Boros CA, Parsons DW, Zoanetti GD, Ketteridge D, Kennedy D. Cannabis cookies: A cause of coma. *J Pediatr Child Health* 1996;32:194-5.
4. Sansone J, Vidal N, Albano L, Talamoni M, Eugeni LR. Ingestión accidental de cigarrillos de marihuana y de tabaco. *Arch Argent Pediatr* 2001;99:131-4.
5. Debray H, Vidal F, Enjolras M. Intoxication au cannabis chez une enfant de 13 mois. *Presse Med* 1987;16:1807.
6. Pettinger G, Duggan MB. Black stuff and babies. Accidental ingestion of cannabis resin. *Med Sci Law* 1988;28:310-1.
7. Hervas JA, Fiol M, Vidal C, Masip MC. Intoxicación por ingestión de hachís en niños. *Med Clin (Barc)* 1987;88:563.
8. Committee on Substance Abuse. American Academy of Pediatrics. Marijuana: A continuing concern for pediatricians. *Pediatrics* 1999;104:982-5.
9. Macnab A, Anderson E, Susak L. Ingestion of cannabis: A cause of coma in children. *Pediatr Emerg Care* 1989;5:238-9.
10. Rubio F, Quintero S, Hernandez A, Fernandez S, Cozar L, Lobato IM, et al. Flumazenil for coma reversal in children after cannabis. *Lancet* 1993;341:1028-9.

## Quiste de colédoco asociado a pancreatitis aguda. Diagnóstico preoperatorio mediante colangiopancreatografía-RM

*Sr. Editor:*

Las dilataciones quísticas de la vía biliar constituyen un grupo de malformaciones poco frecuentes, que afectan la vía biliar extrahepática y/o intrahepática. La dilatación quística del conducto biliar común sin afectación de la vía biliar intrahepática es la forma de presentación más habitual.

La incidencia de estas alteraciones es muy baja y oscila según las diferentes series entre 1/13.000 y 1/250.000 recién nacidos. La aparición de estas anomalías es mayor en mujeres (4:1) y se observa un mayor número de casos en países asiáticos. En los últimos años, parece existir un aumento en la incidencia de estas malformaciones, posiblemente debido al mayor acceso y la mejora de las técnicas diagnósticas.

Se trataba de una niña de 7 años de edad que consultaba en el servicio de urgencias por presentar cuadro de dolor abdominal de 72 h de evolución. El dolor era de localización epigástrica y periumbilical, no se irradiaba, era fijo y había ido aumentando en intensidad. Se exacerbaba con la ingesta y en las últimas horas se acompañaba de anorexia. Presentó 2 vómitos acuosos y el hábito intestinal era normal. No presentaba ningún otro síntoma acompañante. Los antecedentes personales y familiares no tenían ningún interés para el caso clínico.

Durante la exploración la paciente presentaba un mediano estado general, con sensación de enfermedad y palidez cutánea. El abdomen estaba distendido y doloroso de forma generalizada a la palpación superficial, con peristaltismo conservado. El resto de la exploración fue normal.

Inicialmente se realizó un hemograma que no mostró alteraciones significativas y una bioquímica hemática en la que destacaba una cifra de amilasa de 2.046 U/l, ionograma, transaminasas, bilirrubina, LDH y triglicéridos normales.

Ante la sospecha de pancreatitis se amplió el estudio realizándose: isoenzimas de la amilasa con aumento de la P<sub>2</sub> y S<sub>2</sub> en rango de la normalidad. Lipasa 130 U/l. Sedimento, aclaramiento de creatinina, bioquímica urinaria y amilaturia normales. Serologías a Coxsackie, Echo-virus, virus de Epstein-Barr, virus de la hepatitis A y B, citomegalovirus, virus de la varicela zoster, influenza A y B, parotiditis y rubéola negativas. Las radiografías de abdomen y tórax fueron normales. Se solicitó también una ecografía abdominal (fig. 1) en la que se apreciaba una



**Figura 1.** Ecografía abdominal. Imagen quística adyacente a la vesícula y comunicada con el colédoco con múltiples imágenes litíicas en su interior.



**Figura 2.** Colangiopancreatografía-resonancia magnética. Se observa la presencia de una lesión quística del colédoco, sin afectación de la vía biliar intrahepática.