

INTOXICACIÓN GRAVE POR UN MAL EMBOTELLADO

L. Baños López, C. del Toro Saravia, M.L. Alés Palmer, A.L. Hernández Pérez de Alejo, L. Martínez Marín, C.M. González Álvarez. Hospital Universitario Rafael Méndez, Lorca (Murcia).

Introducción

Las **consultas** en servicios de urgencias pediátricos por **posible intoxicación** suponen alrededor del **0,3%**. La mayoría son contactos accidentales con sustancias no tóxicas en la cantidad ingerida, precisando escasa actuación. Sin embargo, ocasionalmente, el contacto con un tóxico puede provocar una situación de riesgo vital. **5-10%** de las consultas por intoxicación en nuestro medio se producen por contacto con **sustancias altamente tóxicas**, lo que genera gran ansiedad en familiares y profesionales.



Caso clínico

Escolar de 3 años, sin antecedentes de interés, que consulta en urgencias de un hospital comarcal por **ingesta accidental de un herbicida** (reglone, **diquat al 20%**) **envasado en una botella de agua**. Tras ello, asintomático. Es llevado al centro escolar donde, a los 40 minutos de la ingesta, inicia clínica de dolor abdominal y vómitos. Durante el traslado al hospital, presenta somnolencia progresiva con buena respuesta a estímulos verbales.

En urgencias, **TEP alterado en apariencia** (disfunción cerebral primaria). Se administra O₂, se monitoriza y se canaliza vía periférica (previa colocación de guantes impermeables, no látex). Se estima una **ingesta de 250 mg/kg**. Estable a nivel respiratorio y hemodinámico. Muestra depresión del nivel de conciencia, Glasgow 13/15 (M3, O3, V5), sin otra alteración neurológica. Presenta deterioro rápido hasta **Glasgow 8/15** por lo que se decide IOT, mediante secuencia rápida, para aislar vía aérea. Se coloca SNG y vesical, se administra carbón activado (1 g/kg), vitamina K (epistaxis), ondansetrón y ranitidina.

Análítica: **acidosis respiratoria leve** (pH 7.26, pCO₂ 49 mmHg, HCO₃ 22 mmol/L), normolactacidemia. Hemograma, función renal, hepática, glucemia e iones normales.

Se traslada a UCI pediátrica de hospital de referencia donde se inician **terapias de depuración del tóxico** con hemoperfusión y administración de tierra de Fuller por SNG, así como medicación antioxidante. Desarrolla **íleo paralítico, insuficiencia renal aguda** (creatinina 2.79 mg/dL, urea 106 mg/dL) y **fallo hepático leve** (GOT 227 U/L, GPT 196 U/L).

Evolución clínica favorable con recuperación progresiva, quedando únicamente **HTA residual**.

Conclusiones

El diquat es un herbicida bipyridilo no selectivo, usado principalmente en agricultura e industrias. La intoxicación por diquat es poco común, habiendo menos experiencia en su manejo en pediatría. **Dosis superiores a 200 mg/kg constituyen intoxicaciones graves, potencialmente mortales**. Manifestaciones precoces: corrosión en zonas de contacto, náuseas, vómitos, diarrea. Puede producir fallo renal, hepático, insuficiencia cardíaca (miocardiopatía tóxica) y afectación neurológica severa (coma, convulsiones). Debemos concienciar a la población del **riesgo** existente en el **almacenaje de productos** potencialmente tóxicos **fuera de su envase original**.