



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

A PROPÓSITO DE UN CASO...AUTOINTOXICACIÓN CON METANOL/ETILENGLICOL

Covadonga Huergo Lora, Sergio Ocio León, Manuel Gómez Simón, Mario Javier Hernández González, Omar Muquebil Rodríguez, Aida Gonzalez Suárez, Jaime López Fernández, Laura Lago García.

INTRODUCCIÓN

Se comenta el caso de un varón que fruto de marcada inestabilidad emocional de la personalidad y en momentos impulsivos, realiza actos autolesivos y en una ocasión con graves repercusiones para su salud física.

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Motivo consulta

Acto suicida mediante la ingesta de metanol/etilenglicol.

Antecedentes personales

Varón de 50 años, padres fallecidos (padre hace 10 años y madre hace 8 años), séptimo de 9 hermanos, en actualidad sólo una hermana reside en la región. Natural de la localidad donde vive en actualidad que pertenece a nuestra área de trabajo.

Vive solo. 5 hijos que tuvo con diferentes parejas, no mantiene relación con ninguno de ellos en actualidad. Trabajó de camionero y minero, en momento actual no realiza actividad laboral. Bajo soporte sociofamiliar y económico.

NRAM. Rotura de porción larga de bíceps derecho. IQ: politraumatismo tras accidente de tráfico y laparoscopia gástrica en relación con ingesta accidental en la infancia de sosa caústica.

Hábitos tóxicos: Fumador, antecedentes de consumo abusivo de alcohol en el pasado, consumo esporádico de cocaína hace 20 años, niega otro tipo de hábito tóxico.

El único antecedente de Salud Mental es de mayo 2015 donde es valorado por psiquiatra de guardia en el hospital de referencia donde acude tras autointoxicación medicamentosa (toma de 10 cps de benzodiazepinas de vida media corta) tras ruptura de pareja. Es diagnosticado de de reacción mixta ansioso depresiva y se recomienda seguimiento por su médico de cabecera.

Antecedentes familiares

Hermana que reside en la misma provincia a seguimiento en CSM por distimia.

Enfermedad actual

Es traído en junio de 2016 al Servicio de Urgencias del hospital de referencia tras ser encontrado tirado en el suelo en casa de una persona desconocida tras ingesta de metanol/etilenglicol. Dicha

REVISIÓN DE LA LITERATURA ANTE LA NEGATIVA A LA DONACIÓN DE TEJIDOS Y ÓRGANOS

persona, totalmente desconocida para el paciente, vive en otra localidad del área. Refiere que horas antes, el paciente le picó en la puerta y le pidió quedarse en su casa. Ella alega que la estaban esperando para un programa televisivo y se marchó permitiendo que él se quedara en la casa. Tras el paso de las horas, vuelve al domicilio y se encuentra la situación previamente comentada.

Exploración física

Postcrítico con agitación posterior, sin aparente focalidad, Glasgow 4, desorientación, repetitivo, relajación esfínter. Edema bilateral de papila.

Exploración funciones psíquicas

Tras la estancia en UVI, es valorado por Psiquiatría en este episodio mediante interconsulta, habiendo estado a cargo del Servicio de Medicina Interna durante 3 días. Allí se muestra consciente, orientado en las 3 esferas, colaborador, pero con escaso discurso coherente, donde verbaliza que lo sucedido fue por ruptura de pareja el día previo a la autointoxicación y prosigue de forma rotunda con sus ideas de muerte. Impresiona marcada caracteriopatía del grupo b no evidenciándose patología psicótica. En esa estancia, se pautan medidas riesgo suicida (tope en ventana, retirada de objetos peligrosos a su alcance, y al no haber soporte familiar en aquel momento, contención mecánica si riesgo de auto/heteroagresividad. Tras estabilización somática, pasa de forma voluntaria a nuestro cargo (Unidad de hospitalización).

INFORMES DE LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS:

Analítica (a su llegada al Servicio de Urgencias): hemograma (hematíes 6,52; hemoglobina 19,60; hematocrito 59,90; leucocitos 43); bioquímica (sodio 137; potasio 7,1; glucosa 146; urea 24 y creatinina 1,66); gasometría arterial (pH 7,126; presión parcial de CO₂ 12,20; presión parcial de O₂ 117 bicarbonato sangre arterial 3,8; saturación de O₂ 96,7 y exceso de bases - 26,40.

TAC craneal: Imagen quística de fosa posterior mas grande del lado izquierdo ligeramente asimétrica con respecto al lado derecho, aparentemente septada visualizándose en su interior la hoz del cerebelo lo que radiológicamente se corresponde con una megacisterna magna y no con un quiste aracnoideo.

A nivel de la convexidad en la parte posterior izquierda, en los cortes altos se ve también un surco prominente que podría ser el resultado una atrofia parcial o lesión isquémica antigua adyacente. No hay signos de sangrado.

Al inicio, estabilización somática en Unidad de Vigilancia Intensiva donde padeció neumonía por Haemophilus influenzae e insuficiencia renal con acidosis severa que precisó 4 sesiones de hemodiálisis.

Analítica tras el paso por Unidad Cuidados Intensivos: bioquímica (sodio 146; potasio 3,1; urea 84 y creatinina 2,15), gases venosos (pH 7,449; presión parcial de CO₂ 45,40; presión parcial de O₂ 36,40; bicarbonato sangre venosa 31; saturación de O₂ 73,20 y exceso de bases 6,40.

REVISIÓN DE LA LITERATURA ANTE LA NEGATIVA A LA DONACIÓN DE TEJIDOS Y ÓRGANOS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El trastorno de personalidad límite se diferencia de la esquizofrenia en que el paciente límite no presenta episodios psicóticos prolongados, trastorno del pensamiento u otros signos clásicos de la esquizofrenia. Los pacientes con un trastorno de la personalidad esquizotípica muestran peculiaridades muy marcadas en su pensamiento, ideación extraña e ideas de referencia recurrentes. En el caso de los pacientes con trastorno de la personalidad paranoide con extremadamente suspicaces, y aquellos con personalidad límite manifiestan sentimientos crónicos de vacío y episodios psicóticos de corta duración; actúan con impulsividad y exigen relaciones extraordinarias; pueden autolesionarse y llevar a cabo intentos de suicidio manipuladores.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Trastorno de la personalidad límite.

TRATAMIENTO

Alprazolam 1 mg; si precisa por ansiedad y/o insomnio.

EVOLUCIÓN

Durante su estancia, paulatinamente, va cediendo la impulsividad, frustración e ideas de desesperanza. Su hermana le ofrece cierto apoyo al alta y se le facilita seguimiento en CSM. La estancia en nuestra Unidad fue de 10 días.

No acude a cita programada y es nuevamente ingresado en la Unidad de hospitalización tras nueva autointoxicación medicamentosa (11 cps de alprazolam 1 mg) de forma impulsiva en el contexto de desesperanza y soledad. La estancia fue de 9 días a mediados de julio de 2016, donde reconoció lo sucedido y verbalizó planes más estructurados de cara al alta. Quejumbroso sobre el insomnio de conciliación y pensamiento cavilador de predominio nocturno. Por lo que se añade al tratamiento previo, 25 mg de quetiapina. También se trabaja que ante momentos de desesperanza, intente buscar actividad que reduzca la intensidad de la impulsividad (pasear, deporte, favorecer amistad) o acudir tanto a consulta a CSM como al hospital de referencia. Manifiesta interés por acudir a grupos de voluntariado.

Cuenta con un último ingreso de 2 días de duración en nuestro Servicio tras acudir el paciente al Servicio de Urgencias por iniciativa propia pidiendo ayuda por ideas de desesperanza. Tras ceder la crisis aguda, se facilita de nuevo el alta, sigue muy interesado en el voluntariado donde acude 5 días a la semana.

REVISIÓN DE LA LITERATURA ANTE LA NEGATIVA A LA DONACIÓN DE TEJIDOS Y ÓRGANOS

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

Este trastorno se sitúa en la frontera entre la neurosis y la psicosis y se caracteriza por una extraordinaria inestabilidad afectiva, del estado de ánimo, conductual, de relaciones objetales y de su autoimagen. Se cree que afecta al 1-2% de la población, y es 2 veces más frecuente en mujeres que en hombre. En los familiares de primer grado de estos pacientes se ha observado una mayor incidencia de trastorno depresivo mayor y trastornos por abuso de alcohol y de otras sustancias.

El diagnóstico puede realizarse al comienzo de la edad adulta, cuando el paciente cumple los criterios reflejados en el DSM-V. Los estudios biológicos pueden ayudar en el diagnóstico; algunos pacientes muestran un acortamiento de la latencia REM y otras alteraciones del sueño, resultados anormales en la PSD y en la prueba de la hormona liberadora de tirotropina. No obstante, estos cambios también se observan en algunos pacientes con trastornos depresivos. A nivel clínico, estas personas parecen hallarse casi siempre en estado de crisis. Los cambios de humor son muy frecuentes. En ocasiones, sufren episodios psicóticos de corta duración (episodios micropsicóticos) más que rupturas psicóticas completas, y los síntomas psicóticos están casi siempre circunscritos y son efímeros o dudosos. Su conducta es muy imprevisible, y rara vez los logros están a la altura de sus capacidades. La naturaleza dolorosa de sus vidas queda reflejada en las repetidas conductas autodestructivas.

Como se sienten a la vez personas dependientes y hostiles, mantienen relaciones conflictivas con los demás. No toleran la soledad y prefieren la búsqueda frenética de compañía, aunque sea insatisfactoria, a tener que soportarse a sí mismos. Se quejan de sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento y carecen de un sentido constante de la identidad.

Kernberg describió el mecanismo de defensa de la identificación proyectiva donde los aspectos intolerables del yo se proyectan en otra persona, que es inducida a desempeñar el papel de lo que se ha proyectado, y ambas actúan al unísono.

La evolución de este trastorno suele ser estable; los pacientes cambian poco a lo largo del tiempo. Los estudios longitudinales no muestran progresión hacia la esquizofrenia, pero presentan una elevada incidencia de episodios depresivos mayores.

Por otro lado, profundizando en la intoxicación aguda por etilenglicol, tiene una elevada morbilidad y una mortalidad de hasta un 50%, pero las manifestaciones clínicas y la evolución de los pacientes depende proporcionalmente de la dosis ingerida, así como del estado de salud previo y la rapidez de la actuación médica.

La tríada sugerente de la intoxicación es depresión del sistema nervioso central, insuficiencia renal aguda y acidosis metabólica de anión gap ensanchado. La hipocalcemia se presenta en estadios avanzados y es secundaria a la producción de oxalato cálcico.

Se describen estadios clínicos evolutivos en la intoxicación por etilenglicol que son:

- Estadio 1: neurológico (30 min a 12 h).
- Estadio 2: cardiopulmonar (12 a 36 h).

REVISIÓN DE LA LITERATURA ANTE LA NEGATIVA A LA DONACIÓN DE TEJIDOS Y ÓRGANOS

- Estadio 3: renal (24 a 72 h).

Uno de los indicios clínicos fundamentales para el diagnóstico de intoxicación por etilenglicol es la acidosis metabólica de anión gap ensanchado. Los cristales de oxalato de calcio se acumulan en múltiples tejidos y se presenta hasta en el 50 % de los intoxicados por etilenglicol. La formación de estos se encuentra en relación con la producción de ácido oxálico y con el consumo de calcio, lo que implica una dosis tóxica elevada de etilenglicol y se manifiesta como hipocalcemia.

Estas intoxicaciones requieren un tratamiento temprano en un servicio de cuidados intensivos. El tratamiento convencional que se acepta en la actualidad, consiste en: 1) medidas generales de apoyo para mantener la estabilidad hemodinámica, oxigenación y ventilación correctas, tratamiento sintomático y de soporte vital; 2) prevención de la absorción digestiva; 3) medidas para frenar el metabolismo del etilenglicol: etanol o fomepizol cuya indicación está justificada en todo paciente con posibilidad de haber ingerido más de 50 mL de etilenglicol, que presente disminución del nivel de conciencia, y/o acidosis metabólica, o niveles de etilenglicol superiores a 2 g/L. El bloqueo metabólico de la deshidrogenasa alcohólica (ADH) se consigue con valores plasmáticos de etanol entre 1 a 1,2 g/L (21,7 a 27,1 mmol/L); 4) medidas para aumentar la eliminación de etilenglicol, siendo la hemodiálisis (HD) muy eficaz, pero debe iniciarse cuando existen criterios (valores plasmáticos mayores que 0,5 g/L, acidosis metabólica con pH arterial menor que 7,1 refractaria al tratamiento farmacológico con bicarbonato y la presencia de insuficiencia renal). La HD debe mantenerse hasta que el nivel plasmático de etilenglicol sea inferior que 0,1 g/L. También, la diuresis forzada puede ser útil por preservar la función renal al minimizar el bloqueo tubular por cristales de oxalato; 5) otras medidas incluyen dosis de tiamina y piridoxina durante al menos 48 h, ya que actúan como cofactores que favorecen la degradación de los metabolitos tóxicos (ácido glioxálico).

BIBLIOGRAFÍA

1. Dueñas Laíta A. Intoxicaciones agudas en medicina de urgencia y cuidados críticos. Barcelona: Editorial Masson; 2002. p. 252-5.
2. Marruecos-Sant L. Tratamiento de las intoxicaciones por metanol y por etilenglicol. Med Intensiva. 2002;26 (5):248-50.
3. Kaplan & Sadok Manual de bolsillo de psiquiatría clínica, Benjamin J. Sadock, Virginia J. Sadock editores 15ª Edición. Wolters Kluwer–Lippincott Williams & Wilkins. 2010. p. 799-801.