TOXIDROME SIMPÁTICO-LÍTICO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN POR PROPRANOLOL Y AMLODIPINO, REPORTE DE CASO

Pamela Toloza-Zambrano[1], Nahir Fernandez-Rojas[1], Cristian Bravo-Bravo[1], Rodrigo Ulloa-Morrison[1]

1. Unidad de Paciente Crítico del Hospital Las Higueras de Talcahuano

Con antecedentes de depresión mayor ingresó por shock y bradicardia severa posterior a ingesta con intento autolítico de propanolol 800mg, amlodipino 400mg, Risperidona 19 mg, Clonazepam 40 mg, Lamotrigina 450 mg, Lorazepam 90 mg. En primera atención en urgencias, se constató bradicardia sinusal de 40-42 latidos por minuto y QT corregido de 425 mseg, sopor superficial y requerimientos de norepinefrina de 0.5 ug/kg/min. Se inicia insulina en BIC de acuerdo a protocolo HIET y calcio endevenoso. No se realizó lavado gástrico por tiempo desde ingesta. En contexto de síndrome simpaticolítico secundario a intoxicación severa por betabloqueo y bloqueadores de canales de calcio, se instala marcapasos percutáneo y aporte de bomba infusión continua de gluconato de calcio a 1mg/kg/h, insulina cristalina a 120U/H + aporte de glucosa endovenosa, emulsión lipídica al 20% 90 cc en bolo, luego 900mg/h. Disfuncion circulatoria en evolución, con requerimientos de vasoactivos (noradrenalina y vasopresina). Fue necesario iniciar azul de metileno 120mg carga y luego infusión 60mg/h por 6 hora. IC < 2.3 l/min/m2 iniciandose dobutamina, la cual fue titulándose a la baja luego del glucagón. Necesitó correcciones electrolíticas secundarias a HIET. Evolucionó con sostenida mejoría de compromiso neurológico, encontrándose vigil y conflictos a las 24h. En lo ventilatorio, solo con bajos aportes de oxigenoterapia inicial en contexto de broncoaspiración. Se mantuvo con ritmo marcapasos hasta 72h desde su ingreso. Logra ser evaluada por psiquiatría, planificándose seguimiento por ideación suicida persistente, psicoterapia y reinicio de benzodiazepinas como parte de su terapia basal. Presentó como complicación posterior trombocitopenia secundaria a uso de fármacos (risperidona y lamotrigina), los cuales fueron suspendidos. No se demostró deterioro significativo de función renal ni hepática. Fue dada de alta de la UPC para continuar manejo en psiquiatria. La intoxicación medicamentosa con fin autolítico suele presentarse como policonsumo. En este caso predominó un toxíndrome simpaticolítico por amlodipino y propranolol.

PARA AMLODIPINO:
dosis tóxica >0,2 mg/kg; inicio 4–6 h; Cmáx 30–50 h, concordante con la necesidad de vasopresores y marcapasos.

MANIFESTACIONES:
hipotensión y bradicardia severas, confusión y compromiso de conciencia, hiperglicemia y vómitos.

MANEJO:
sin carbón activado (>2 h), se inició precozmente terapia hiperinsulinémica euglicémica (clave para evitar shock cardiogénico), más calcio EV, azul de metileno, glucagón y emulsión lipídica.

PARA PROPRANOLOL:
dosis tóxica >240 mg, vida media 3–6 h; comparte HIET y glucagón, y se añade bicarbonato ante acidosis y QRS ancho. Los psicofármacos no aportaron depresión SNC relevante ni otros síndromes. Sin daño hepatorrenal severo en el curso.

CONCLUSIÓN:
identificar el toxíndrome predominante y conocer la farmacodinámica orienta soporte y terapias oportunas, con impacto en la sobrevida.