

Uso de *fomepizol* en el tratamiento de la reacción *antabus* grave: presentación del caso.

Emilio Salgado

Unidad de Toxicología Clínica. Área de Urgencias.

Hospital Clínic. Barcelona

El ponente declara no tener ningún conflicto de intereses respecto al tema a continuación expuesto.

Presentación del caso

- ♀52^a. Trastorno por dependencia OH & cocaína.
- Deshabituciones sin éxito.
- Tratamiento: *disulfiram* 250 mg día; *clonazepam* 5 mg/día; *quetiapina* 50 mg/día; *desvenlafaxina* 150 mg/día.
- Familia à coma à SEM (15:00h)
- Último contacto: 12:00 (+3h).

Presentación del caso

t_0

t_{+3h}



448 g OH

$t_{1/2}$: 60-120 h



quetiapina 25 mg x
30 = 750 mg



Presentación del caso

- **SEM (15:15h): PA: 57/29 mmHg; FC: 90´x; FR: 12´x. SatO₂ (FiO₂: 80%): 99. T^a: 35,4°C; glucemia capilar: 258 mg/dl.**
- GCS: 3. Pupilas **puntiformes. Eritema generalizado.** AR: roncus bilaterales.
- Flumazenilo. **IOT+VM.** SS 0,9%: 2.500 ml. Noradrenalina.
- ECG: RS. QT normal.
- SNGà Carbón activado (50 g).
- **Box reanimación (16:45h): IOT + VM. GCS 3 (O1V1M1). FOUR 4 (E0M0B4R0). Noradrenalina (1,2 µg/Kg/min) à PAM: 53 mmHg. Eritema generalizado.**

Presentación del caso



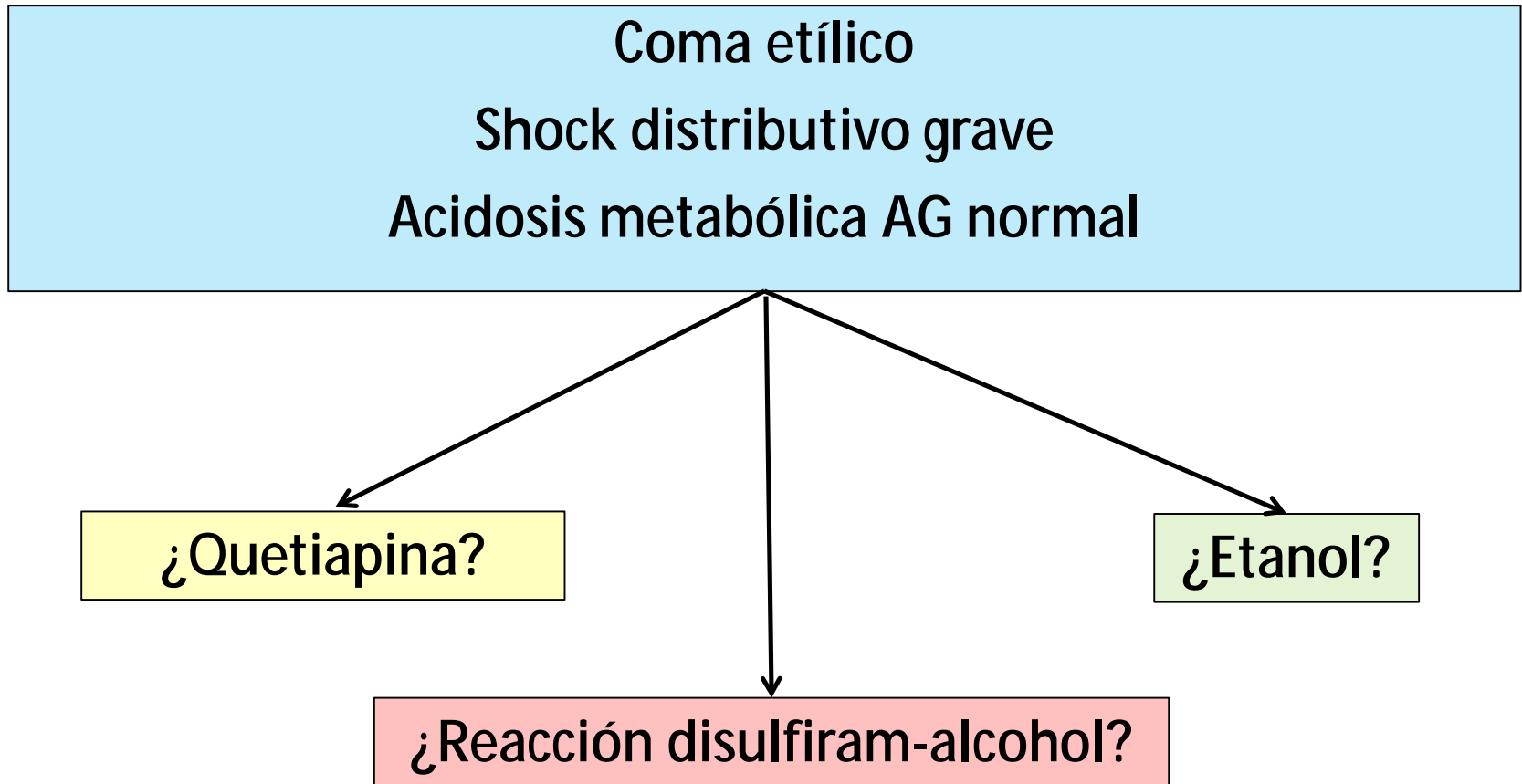
Presentación del caso



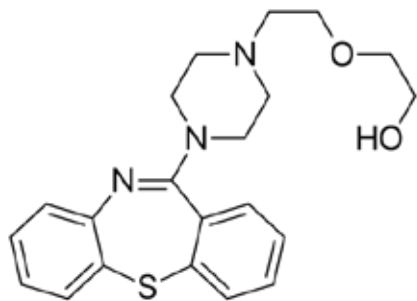
Presentación del caso

- **GSA inicial** : FiO_2 100%; pH: 7,22; pO_2 : 119 mmHg; pCO_2 : 41,5 mmHg; bicarbonato act: 16,8 mmol/L. **AG: 13.**
- Hemograma: leucocitos: 15430 (N: 84%). Glucemia: 221 mg/dl. Na/K: 139/3,1 mEq/L. Perfil hepático y CK: normales.
- Cribado de tóxicos en orina: negativos.
- **Etanolemia: 6,74 g/L.**
- Rx tórax PA portátil sin infiltrados.
- ECG: RS. QT & QRS normales.
- **GSA (2 h ingreso)**: FiO_2 100%: pH: 7,19; pO_2 : 344 mmHg; pCO_2 : 36 mmHg; bicarbonato act: 13,7 mmol/L. Cl: 114 mEq/L. **AG: 12.** Lactato: 70,5 mg/dL.
- Traslado a UCI à Anuria y deterioro progresivo.
- Interconsulta telefónica con Toxicología Clínica.

Presentación del caso



Presentación del caso



¿Quetiapina?

FK {
 $t_{1/2}$: 7h (22 h sobredosis)
Biodisponibilidad: 100%.
Unión proteínas: 83%.
Metabolismo: **CYP3A4**.
Eliminación renal: 73%.

Antagonismo

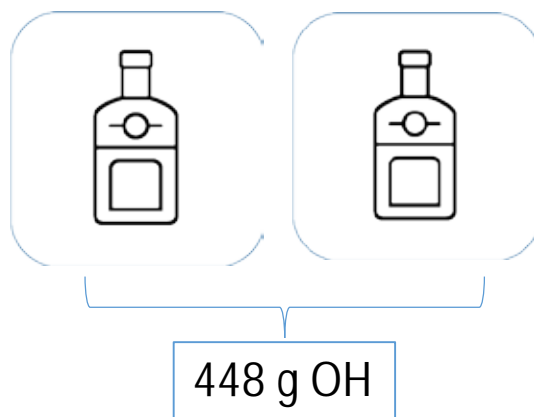
α_1
 H_1



Dosis mínima tóxica relevante \approx 15 mg/Kg
Dosis mínima letal: 10,8 g
Formación de bezoares (liberación retardada)

Dosis ingerida: 750 mg (12,5 mg/Kg)

Presentación del caso

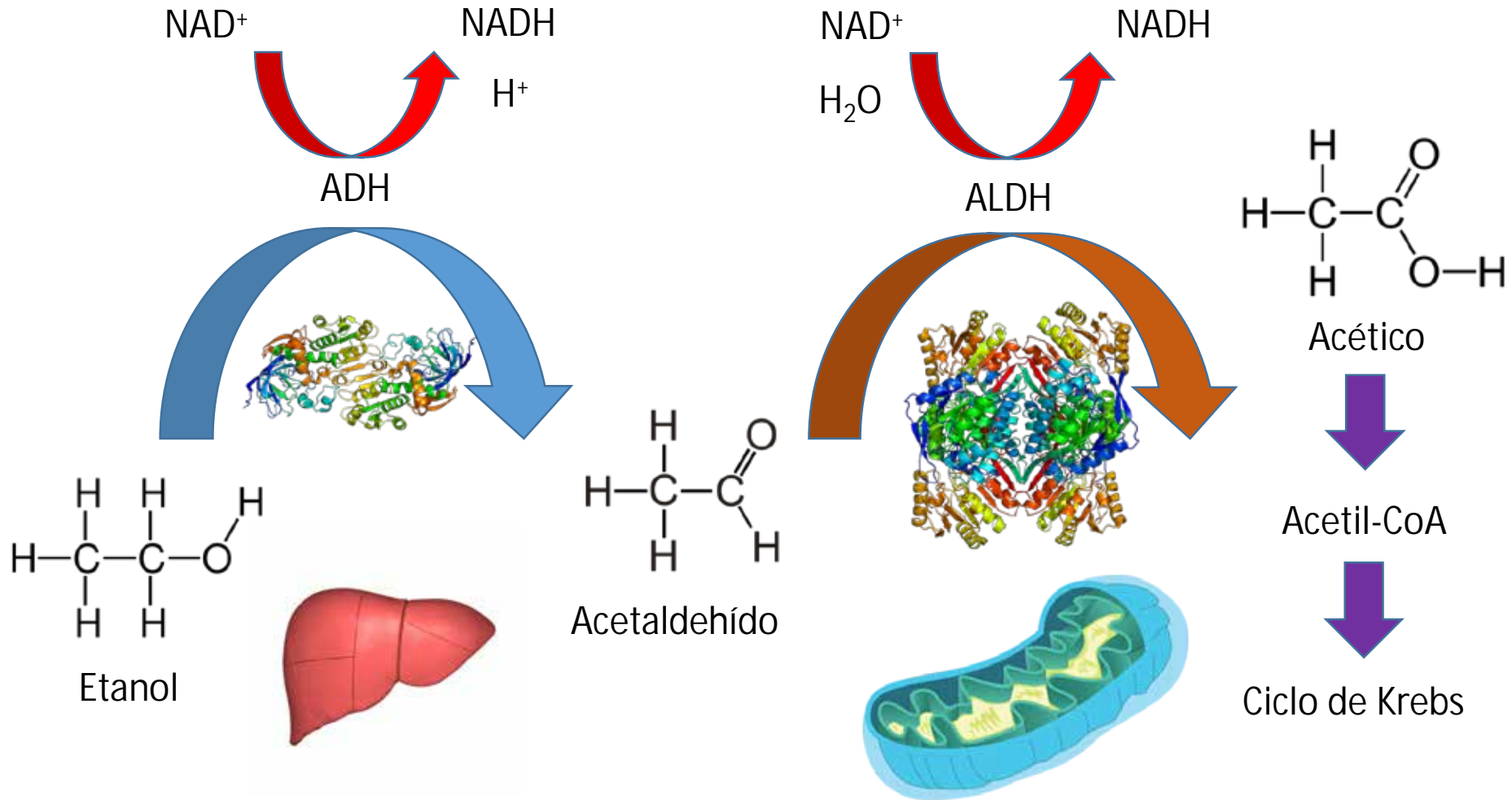


$$\text{Etanolemia (g/L)} = \text{dosis OH (g)} / [V_d \text{ OH (0,6 L/Kg)} \times \text{peso (Kg)}]$$

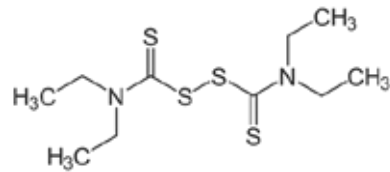
Peso: 60 Kg
Etanolemia teórica: **!!!12,4 g/L !!!**

- $t_{+5h} = 6,74 \text{ g/L}$.
- tasa eliminación máxima $\approx 300 \text{ mg/h}$
- $t_0 = 6,74 \text{ g/L} + 1,5 \text{ g/L} = 8,24 \text{ g/L}$
- **Dosis máxima ingerida 296 g.**

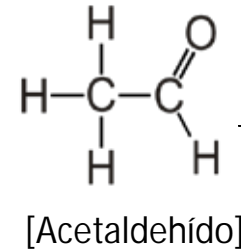
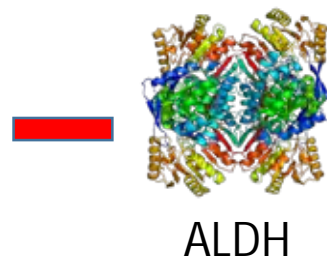
Presentación del caso



Reacción disulfiram-alcohol (DER)



Disulfiram



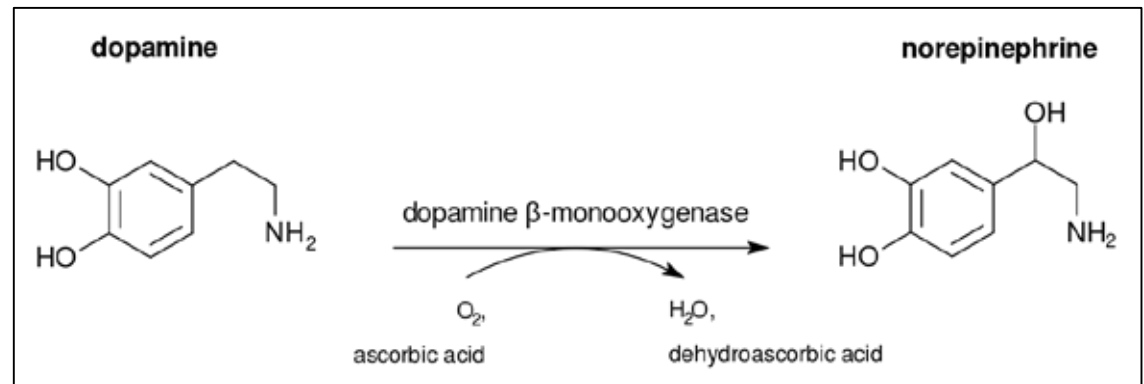
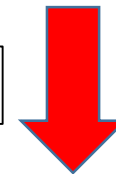
Vasodilatación



Nauseas
Cefalea
"flushing"

Dopamina β-hidroxilasa

noradrenalina



Reacción disulfiram-alcohol (DER)

Journal of Studies on Alcohol, Vol. 38, No. 1, 1977

The Disulfiram AN EXCEPTIONAL CASE OF LETHAL DISULFIRAM-ALCOHOL REACTION

Forensic Science International, 56 (1992) 45–50

Tre M.J. HEATH^a, J.V. PACHAR^a, A.L. PEREZ MARTINEZ^a and P.A. TOSELAND^b

^aDepartment of Forensic Medicine, The London Hospital Medical College and ^bDepartment of Clinical Chemistry

Intractable hypotension and myocardial ischaemia induced by co-ingestion of ethanol and disulfiram

Acta Cardiol 2012; 67(4): 491-493

Sofie MOREELS¹, MD; Ann NEYRINCK², MD; Walter DESMET¹, MD, PhD

Case Report

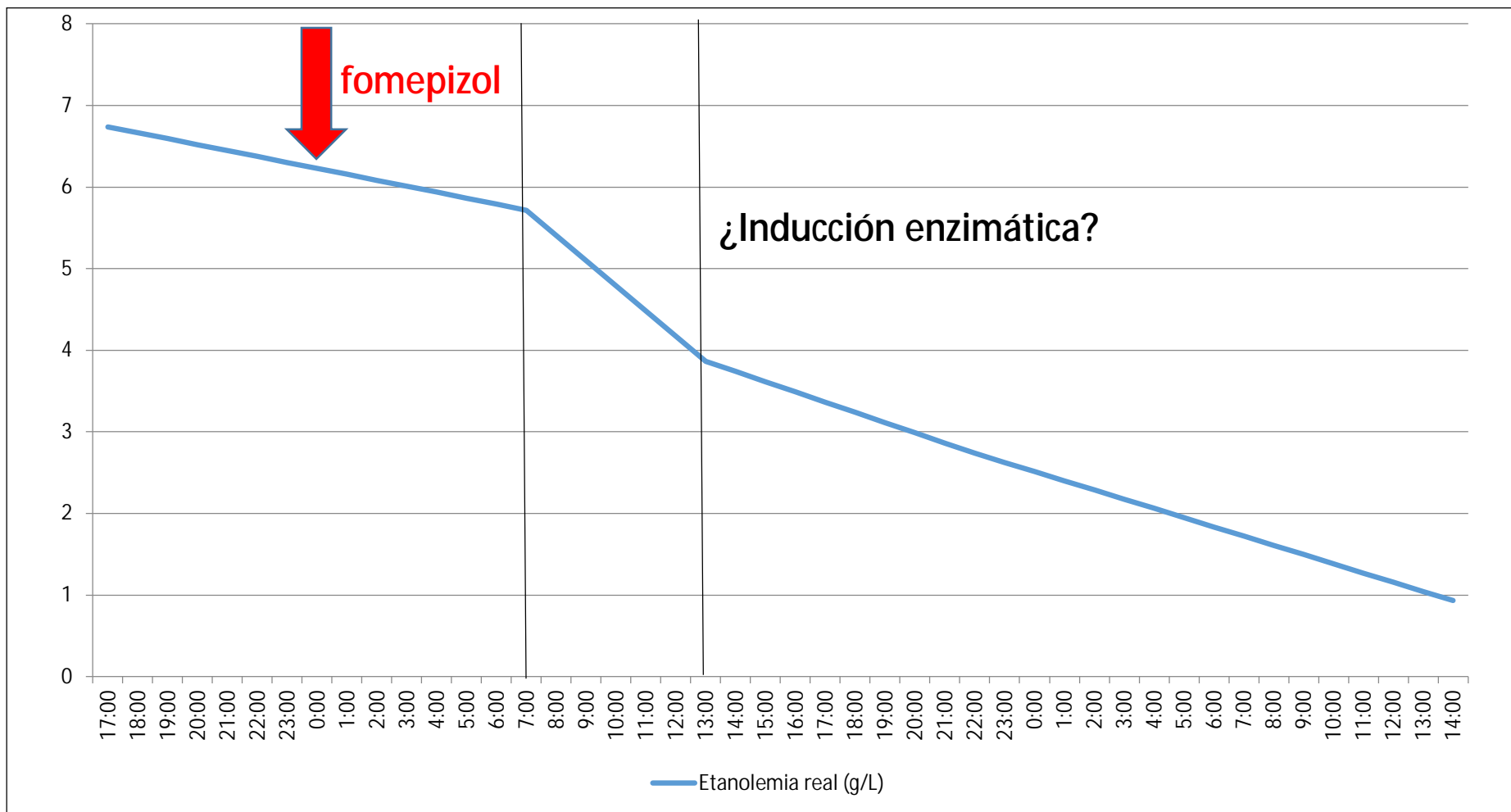
American Journal of Emergency Medicine (2013) 31, 270.e1–270.e3

Disulfiram ethanol reaction mimicking anaphylactic, cardiogenic, and septic shock

Presentación del caso

- Administración intravenenosa de 900 mg de fomepizol.
- Mejora hemodinámica à retirada noradrenalina 24h.
- Extubación à 48h.
- Alta a centro ψ à 5ºdía.

Presentación del caso





IV Jornada
DE ANTÍDOTOS



RED
DE ANTÍDOTOS