

INTOXICACIÓN ACCIDENTAL POR CANNABIS. Revisión de casos en lactantes en un hospital de tercer nivel.

Andrea Revert Bargues, Inmaculada Bonilla Díaz, Laura González García, Marta Marquez de Prado Yagüe , Raquel Revert Gil

Hospital General Universitario de Alicante



VALENCIA, 4 y 5 de Mayo de 2017
Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia



SVP
Sociedad
Valenciana
de Pediatría

FUNVAPED



FUNDACIÓN
DE PEDIATRÍA



Presentación de los ingresos en lactantes

- **5 casos** entre Febrero de 2016-Febrero 2017
- 100% → Ingresos desde Urgencias de Pediatría del propio hospital
- Edades comprendidas entre **11 meses y 17 meses**
 - ▣ 2 de los casos < 1 año (11 meses)
- **Motivos de consulta:**
 - ▣ 100% → **Somnolencia**
 - ▣ 3/5 casos: **Irritabilidad**
 - ▣ **Otros:** apatía (1), decaimiento (1), disminución de respuesta a estímulos (1)



Control de constantes



Monitorización continua → primeros minutos-horas en el 100% de los casos

□ Se realizó medición de **Tensión arterial y Glucemia** en todos los casos:

□ TA sistólica 96-110 (p50-90) y diastólica 50-79 (p50-90)(mmHg)

□ Glucemias entre 98-141 mg/dL

□ **Taquicardia: 100%** de los pacientes

□ 1 caso: fluctuación entre 125-185 lpm (coincidiendo con periodos de somnolencia/irritabilidad)



Exploración física

Escala Glasgow

(modificada para lactantes):

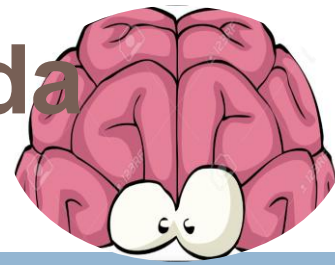
- ▣ **Leve (13-15):** 2 pacientes
- ▣ **Moderado (9-12):** 3 pacientes → menor puntuación 10.

Apertura ocular		Respuesta motora		Respuesta verbal	
Espontánea	4	Normal	6	Balbuceos	5
A la voz	3	Localiza al tacto	5	Irritable	4
Al dolor	2	Localiza al dolor	4	Llora al dolor	3
Ninguna	1	Decorticación	3	Quejido al dolor	2
		Descerebración	2	Ninguna	1
		Ninguna	1		

Hallazgos exploración neurológica:

- ❖ **Pupilas:** posición media poco reactivas (2)
- ❖ **Respuesta verbal:** irritable (3)
- ❖ **Respuesta motora:** localiza el dolor (2), localiza al tacto (2)

Ante disminución conciencia aguda en lactante...



- **Estrecho control clínico. Ingreso en UCI pediátrica si:**
 - ▣ Alteración nivel conciencia persistente
 - ▣ Crisis convulsivas persistentes
 - ▣ Movimientos anormales
 - ▣ Hipoxemia o depresión respiratoria
 - ▣ Alteraciones hemodinámicas
- **Historia clínica y examen físico exhaustivo**
- **Analítica sanguínea:** Hemograma, gasometría, ionograma y bioquímica completa
- **Recogida de orina:** Glucosuria, cetonuria, estudio de tóxicos
- **TAC craneal:** si focalidad neurológica y no se identifica la causa con las anteriores

Pruebas complementarias



- En todos los casos se solicitaron **tóxicos en orina** en las primeras 6 horas.
 - ▣ **En un caso:** + también a benzodicepinas (asociado a administración de diazepam rectal por hipertonia)
- **En 4/5 casos** se solicito **analítica sanguínea**
- **Pruebas de imagen:** TAC craneal (2), Rx tórax (1), Ecografía abdominal (1)
 - Todas las pruebas de imagen solicitadas fueron **normales**
- **Pruebas invasivas:** Punción lumbar (1) → bioquímica normal, serología y bacteriología negativa.

Manejo durante su ingreso



- **Observación y monitorización de constantes:**
 - **Ingreso en UCI pediátrica (2)**
 - **Ingreso en Lactantes (3)**



- En 1/5 casos se pautó diazepam rectal en Urgencias debido a hipertonia a su llegada
- En ningún caso se realizó lavado gástrico (1° h tras ingesta)
- En ningún caso se pautó carbón activado (<6 h tras ingesta)

Manejo durante su ingreso (2)



En todos los casos: Interconsulta con Trabajo social infantil y seguimiento posterior por los servicios sociales

- ▣ 4/5 casos reconocen consumo por familiar de 1° o 2° grado en domicilio
- ▣ En 2 de los casos los padres sospechan ingesta accidental en un parque (a pesar de que en un caso la madre afirma consumir en domicilio)
- ▣ En 2/5 casos los padres estaban separados recientemente, aunque negaban problemas con la custodia de los menores
- ▣ En 2/5 casos uno de los padres había perdido su trabajo recientemente
- ▣ **Sólo en 1/5 casos se resolvió desamparo**

Resumen de los casos

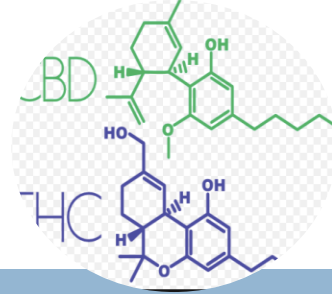
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad	15 m	17 m	11 m	14 m	11 m
Sexo	♂	♀	♀	♂	♀
Lugar	Parque	Parque	Domicilio	Domicilio	Domicilio
¿Traumatismo previo ó signos infección?	No	No	No	Traumatismo cara (72 horas antes)	TCE (24 horas antes)
¿Refieren contacto?	No	Sí	No	Sí	Sí
¿Consumo familiares?	No	Sí, madre	Sí, tío materno	Sí, padre	No, amigo de la familia
Acompañantes	Abuela	Madre	Madre	Padre	Padres
Transporte	Propio	Propio	Propio	Propio	Propio

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Motivo de consulta	Somnolencia, disminución de respuesta a estímulos, dificultad para despertar	Somnolencia, apatía	Somnolencia, decaimiento	Somnolencia, dificultad para despertar	Somnolencia, dificultad para despertar
Hallazgos	↓ Nivel de conciencia, hipotonía con hipertonia miembros, pupilas midriáticas	Fluctuación del nivel de conciencia, pupilas mióticas	↓ Nivel de conciencia	↓ Nivel de conciencia, pupilas medias poco reactivas	↓ Nivel de conciencia, crisis de hipertonia, pupilas medias poco reactivas
Pruebas	Tóxicos en orina Analítica sangre, Tac craneal,, Rx tórax	Tóxicos en orina Analítica sanguínea, ECG,	Tóxicos en orina	Tóxicos en orina Analítica sanguínea, punción lumbar, ecografía abdominal	Tóxicos en orina Analítica sanguínea, Tac craneal
Tratamiento hospitalario	Diazepam rectal	No	No	No	No
Destino	UCI pediátrica	Hospital (Lactantes)	Hospital (Lactantes)	Hospital (Lactantes)	UCI pediátrica
Servicio social	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Intoxicación por cannabis en niños

- **Muy infrecuente:** 1,5% de las intoxicaciones totales
- Vía + frecuente ingesta: **ORAL** (absorción 5-10%)
 - Inicio clínica 1h, efecto máximo 2-3 horas

Metabolización cannabinoides



Cannabis sativa

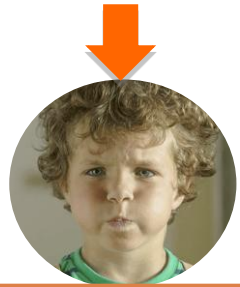
400 compuestos, variables según:

- Cultivo, clima, suelo
- Modo preparación
- Condiciones almacenamiento

60 metabolitos con estructura carbocíclica con 21 C

→ **Cannabinoides**, siendo los principales:

- Cannabidiol (CBD)**, no psicoactivo (mal almacenamiento)
- Δ-Tetrahydrocannabinol (Δ-THC)** → hidrófobo



ABSORCIÓN

TRANSPORTE

DISTRIBUCIÓN

↓ biodisponibilidad:

- Sensibilidad a pH bajo gástrico
- Metabolismo hepático
- Acceso a circulación enterohepática

Ingesta > cantidad que fumada para = efecto

60% lipoproteínas
28% albúmina
9% céls. Sanguíneas
3% libre

ELIMINACIÓN

+ frecuente heces
Orina 12%

30% metabolismo hepático (cit p450)

70% tejidos (más [] a > vascularización)

Pulmón, riñón > cerebro, tejidos fetales

•En tejido cerebral 1% [plásmática]

•A las 72 h depósito en tejido adiposo → hasta 3 semanas

¿Cuándo sospechar ingesta de cannabis?

Es importante considerar la ingesta de cannabis ante **síntomas neurológicos agudos** en niño sano **sin antecedentes de infección o traumatismo**.

Alteraciones de la conducta:
euforia → crisis depresiva

Taquicardia
A ↑ dosis: bradicardia

Otros síntomas:

- Náuseas
- Vómitos
- Sequedad boca, sed
- Palidez cutánea



Síntomas neurológicos:
↓ Coordinación, ataxia,
alteraciones del habla → ↓ nivel
conciencia → coma

Hiperemia conjuntival y **midriasis**

Cribado toxicológico en pediatría



analesdepediatría

www.analesdepediatría.org

ARTÍCULO ESPECIAL

Utilidad del cribado toxicológico en pediatría

Óscar García-Algar^{a,b,*}, Ainoha Cuadrado González^b y María Falcon^{a,c}



^a Grup de Recerca Infància i Entorn (GRIE), Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMM), Barcelona; Red de Salud Materno Infantil y del Desarrollo (SAMID), Retics, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España
^b Departament de Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia i Medicina Preventiva, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona, España
^c Departamento de Medicina Legal, Universidad de Murcia, Murcia, España

❑ Métodos:

- ❖ Sospecha de intoxicación aguda: **orina** → **punto corte HGUA 50 ng/mL**. Determinación semi-cuantitativa de Δ -tetrahydrocannabinol (Δ -THC)
- ❖ Sospecha de exposición crónica → **pelo** (gold standard)
 - ❖ “Calendario” de exposición: ng/mg de pelo (1 cm pelo → 1 mes)
 - ❖ Identificación retrospectiva de exposición a sustancias que suelen desaparecer rápidamente en sangre y orina
 - ❖ Utilizado en investigación

❑ Indicaciones:

- Sospecha de intoxicación aguda (anamnesis o clínica) ó exposición crónica
- Certeza de exposición accidental
- Consumo declarado
- Sospecha de exposición prenatal o postnatal

Conclusiones

- La ingesta accidental de cannabis en lactantes es muy poco frecuente
- Importante tenerla en cuenta ante déficit neurológico agudo en niño sano sin antecedentes de infección o traumatismo
- Monitorizar continua las constantes y el nivel de conciencia
- Si precisa control estrecho ingreso en UCIPedriática
- En la mayoría de los casos se asocia a problemas sociales

Bibliografía

- A. Arroyo, C. Rodrigo, M.T. Marron. Evaluación toxicológica del menor. Med Clin. 2014;142:42-46
- García-Algar O, Cuadrado-González A, Falcón M. Utilidad del cribado toxicológico en pediatría. An Pediatr. 2016;85:160e1-e4
- García-Algar O, Papaseit E, Velasco M, López N, Martínez L, Luaces C, et al. Consulta en urgencias de pediatría por intoxicación aguda por drogas de abuso. An Pediatr. 2011;74: 413.e1-e9
- Garcia-Algar O, Mur A. Exposición a drogas de abuso en pediatría. An Pediatr. 2013;79:65-67
- Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Intoxicaciones por droga ilegal en niños de corta edad en los servicios de urgencias pediátricos españoles. An Pediatr. 2017;86:47-49