

ISQUEMIA AGUDA EN MIEMBROS: A PROPOSITO DE UN CASO DE INTOXICACION POR TARTRATO DE ERGOTAMINA.

V. IBÁÑEZ ESQUEMBRE, G. COLLADO, J. GONZALEZ RIOS, A. MASEGOSA y A.L. CABRERA GARRIDO.

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular de la Ciudad Sanitaria «Virgen de las Nieves». Granada (España).

Introducción

La intoxicación por derivados del Cornezuelo de Centeno nos viene referida desde aproximadamente el año 1581, siendo las primeras noticias debidas a intoxicación colectiva. Según **J.N. Flessinguer**, desde 1581 a 1899 sesenta y cinco epidemias han sido registradas en Europa debidas a la ingestión de pan de centeno contaminado por el Cornezuelo del Centeno. Hoy día, tal incidencia, por lo menos en los países desarrollados, ha desaparecido; sin embargo, en nuestros días la utilización terapéutica de tales derivados y más específicamente del Tartrato de Ergotamina ha permitido la aportación de un ergotismo yatrógeno (2, 7, 11).

Recientemente un cierto número de observaciones han demostrado el papel favorecedor de antibióticos del grupo de los Macrólidos que, asociados a dosis terapéuticas de Tartrato de Ergotamina, pueden ser responsables de accidentes isquémicos de carácter dramático. Dado lo poco habitual de su referencia, hemos creído interesante la descripción del mismo.

El caso se refiere a una mujer joven con intoxicación por Tartrato de Ergotamina (T.E) que venía usando hacía cuatro años, en dosis crecientes, por cefaleas vasculares etiquetadas de tensionales.

Observación

C.L.E., mujer de 26 años. El día 2-III-79 ingresa de urgencia por presentar cuadro de isquemia aguda en miembro superior derecho y miembro inferior izquierdo acompañándose de dolor de reposo de cinco días de evolución, más acentuado en miembro inferior izquierdo. Paciente nerviosa, con conflictos familiares y personales, viene padeciendo desde los 21 años cefaleas témporo-occipitales bilaterales de predominio izquierdo que motivan su consulta al psiquiatra, el cual instaura un tratamiento a base de Triptizol, Valium 5 y Cafergot. Los dos primeros preparados los tomó durante 10 meses no así el último que ha venido usándolo en dosis rectales crecientes hasta llegar a una pauta de continuidad durante los dos últimos años de 4 a 5 supositorios al día. A los pocos meses de comenzar este tratamiento, comienza con gastralgias postprandiales asociadas a náuseas y vómitos alimenticios ocasionales, que disminuyeron sin desaparecer por completo con la puesta en marcha por su Médico de Cabecera de un tratamiento a base de Primperan y Pankreon.

Desde hace un año, aproximadamente, la enferma relata molestias a la marcha, sin llegar al dolor de claudicación, en miembro inferior izquierdo, y la aparición a los pocos meses de este cuadro de parestesias en miembro superior derecho, junto a creciente impotencia a esfuerzos normales en ambas extremidades. En el último mes aparece claudicación larga en dicha extremidad inferior.

Tres días antes de su ingreso, dolor brusco en pantorrilla y tercio inferior de muslo izquierdo, junto a la aparición de frialdad, palidez e impotencia funcional extrema de ambas extremidades que motivan el ingreso en nuestro Servicio. La exploración arterial demostró normalidad de troncos supraaórticos con ausencia de pulso cubital y radial derechos y flujo presente con ultrasonidos a nivel de radial, que desaparecía al elevar el miembro. En miembros inferiores, pulsos poplíteos y tibial posterior derecho débiles, con ausencia de los pedios y tibial posterior izquierdo, negatividad de flujo en troncos distales izquierdos y pedio derecho. La pletismografía evidenció disminución de la curva volumétrica en brazo y tobillo derechos con aplanamiento a nivel de pantorrilla y tobillo izquierdo y antebrazo derecho. El examen angiográfico mostró árbol arterial de calibre desminuido en general, con cambio en el calibre de la arteria femoral superficial izquierda en su 3ª porción, para pasar a ser filiforme hasta 3ª porción de poplíteo, no siendo visualizados los troncos distales de dicho lado.

Inclinándonos hacia un cuadro de ergotismo agudo y ante su relativa gravedad, se instaura tratamiento con Heparina Sódica, dosis de 30 mg./4 horas, y Landrina 6 ampollas en 500 c.c. de glucosalino/6 horas.

Al día siguiente, respuesta favorable al tratamiento con disminución progresiva de su sintomatología isquémica.

A las 72 horas, recuperación de pulso a todos los niveles, normalización de todos los parámetros funcionales alterados y desaparición de la sintomatología.

Al cuarto día se suspende la anticoagulación y los vasodilatadores por perfusión intravenosa, instaurándose tratamiento con vasodilatadores orales.

La arteriografía de control realizada a los 7 días de su ingreso mostró, normalización del calibre vascular y árbol arterial presente a todos los niveles.

A los 21 días de su alta hospitalaria (12-III-79) es realizado nuevo control funcional, que reafirma la normalidad vascular y la desaparición de su sintomatología digestiva.

En los sucesivos controles (5-VI-79, 10-IX-79, 16-I-80, 18-IV-80 y 4-XI-82) los parámetros circulatorios están bien compensados.

Discusión

Ante el caso referido nos planteamos el diagnóstico diferencial con otros cuadros. Descartada la hipótesis embólica o trombótica aguda, se valoraron otras causas determinantes de una isquemia aguda periférica: Arteritis específica e inespecífica, enfermedad o fenómeno de Raynaud, collagenopatía, etc.

Ante los datos referidos por la enferma y las observaciones en la literatura médica nos decantaron hacia el juicio diagnóstico de una intoxicación por Tartrato de Ergotamina.

La responsabilidad de Tartrato de Ergotamina se inscribe en el contexto de numerosas observaciones descritas en la literatura, donde los accidentes isquémicos se suceden tras la toma de medicamentos conteniendo Ergotamina (2, 5, 7, 10, 13,

14, 15, 19, 21). La mayoría de las veces del Tartrato de Ergotamina, otras de Dihidro-Ergotamina, para los cuales se alude una susceptibilidad individual falta de lugar (3). La estructura química base de los alcaloides del Cornezuelo de Centeno es el ácido lisérgico. Los alcaloides ergotínicos interactúan con los receptores alfa-adrenérgicos, sus efectos son de bloqueo alfa y manifestaciones periféricas por estimulación de estructuras musculares lisas. Asimismo, poseen actividad vasoconstrictora periférica sobre las arterias de mediano y pequeño calibre, además de sobre los vasos vasorum (12, 17).

El ergotismo medicamentoso es el único actualmente observado y corresponde en lo esencial al ergotismo llamado gangrenoso. Puede originar:

a) trastornos circulatorios periféricos consistentes en parestesias digitales, frialdad de las extremidades, dolores musculares que pueden ser intensos, cianosis y posteriormente gangrena seca o húmeda.

b) las manifestaciones cardíacas pueden ser desde la bradicardia al dolor anginoso y el infarto.

c) los trastornos gastrointestinales consisten en náuseas, vómitos, diarreas con posibilidad de llegar en casos graves hasta la isquemia y necrosis intestinal.

d) por último, los trastornos nerviosos consisten en mareos, astenia, somnolencia y excepcionalmente convulsiones (17).

Las observaciones recogidas ilustran ciertas particularidades de las isquemias de origen Ergotínico, (5, 16). Los territorios afectados son en general las arterias de los miembros inferiores y superiores, las de más incidencia, pero hay descritas otras localizaciones: Renales (10), Carótidas (19), Digestivas (1, 3, 4), Lingual (15), Oculares, Miocárdicas, Hepáticas (5) y Uterina (5). En éstas, se describen necrosis coloretcales, uterinas, linguales, congestiones hepáticas, necrosis miocárdicas anteroapicales, etc.

Los compuestos responsables suelen ser el Tartrato de Ergotamina (Gynergeno, Cafergot) utilizado como oxiótico o antimigrañoso (20); otros casos descritos lo han sido por toma de Bellergal... Las dosis tomadas muestran, asimismo, la gran variabilidad de las mismas con las que aparece el cuadro isquémico, para lo cual se alude la presencia previa en el paciente de un cuadro de intoxicación, insuficiencia hepática, hipertiroidismo, así como la asociación con ciertos antibióticos como la Oleandomicina, Eritromicina, Chymociclina y Fenotiacinas y TAO., que provocarían la potenciación de tales derivados, (6, 9, 12).

La terapéutica hasta el momento actual ha ido desde la acción sobre el territorio intravascular con anticoagulantes y vasodilatadores, pasando por la Simpatectomía quirúrgica o química, el tratamiento alfa-bloqueante con Pentolamina, etc. **Carliner**, en 1974, utiliza por primera vez el Nitropusiat de Sodio (NPS), así como **Andersen** y **Canonne** posteriormente en 1977. **Benhamou** lo utiliza, en 1979, sobre tres casos de ergotismo agudo con buen resultado, aunque aconseja su empleo en casos graves y por equipos especializados, dada su alta toxicidad (5). **M. Setti**, en 1978, resuelve un caso de intoxicación aguda con el empleo de Dihidroergocristina Metansulfonato (20). Nosotros creímos oportuno el tratamiento elegido dado el estado isquémico de los miembros afectados, obteniendo con ello un buen resultado.

En los últimos años, en los casos en que el tratamiento médico no ha dado resultados satisfactorios y el estado de enfermo se agravaba por momentos, se ha utilizado la dilatación directa con sonda de Fogarty, dando buenos resultados (3, 18, 21).

Conclusiones

Siendo las cefaleas un cuadro que está viendo una escalada importante en las ciudades industrializadas y dada la escala terapéutica que se está produciendo como consecuencia, debemos ser cautos tanto en la elección del medicamento antimigrañoso como en la de los uterotónicos y sobre todo en los casos donde existan estados previos de susceptibilidad al medicamento, como en la asociación con ciertos grupos de antibióticos.

Creemos, por tanto, que el éxito ante un caso determinado debe estar basado en un diagnóstico exacto del grado de isquemia del paciente y de sus otras posibles repercusiones, con todos los medios exploratorios a nuestro alcance. El medicamento o medicamentos a elegir deberá estar en función del grado de isquemia y del estado general de paciente. Así, ante lo referido por nosotros y con la ausencia de otras localizaciones y complicaciones se obtuvo un resultado excelente con la puesta en marcha de un tratamiento en cierto modo convencional. En casos de isquemia más grave o en presencia de otros territorios afectados potencialmente más peligrosos se deberá elegir qué tratamiento será el más idóneo, barajando todas las posibilidades que actualmente nos ofrece tanto la farmacología clínica como los medios quirúrgicos a nuestro alcance.

RESUMEN

Se expone un caso de isquemia aguda de miembro superior derecho y miembro inferior izquierdo, causada por intoxicación por Tartrato de Ergotamina. Se hace una exposición de la fisiopatología, clínica y tratamiento actual de tal síndrome.

SUMMARY

A case of acute ischemia in right upper limb and left lower limb because of an ergotamine intoxication, is exposed. Physiopathology, clinic and syndrome actual treatment, are commented on.

BIBLIOGRAFIA

1. AHOLMES, G.; MARTIN, E.; TABAU, S.: Mesenteric Vascular Occlusion in pregnancy: Suspected ergot, poisoning. «Med. J. Austr», 58; 1009, 1969.
2. ANCALMO, N.; OCHSNEV, J.L.: Peripheral ischemia secondary to ergotamine intoxication. «Arch. Surg», 109: 837, 1974.
3. ARICO, M.; MARTINO, A.; PUMILLIA, G.: Accidentes isquémicos por ergotismo iatrogénico. «Angiología», 34: 82, 1982.
4. BAGBY, R.; COOPER, R.: Angiography in ergotism. «Am. J. Roent», 116; 179, 1972.
5. BENHAMOU, A.C.; ZURIN, B. y cols.: Accidents ischémiques graves par ergotisme. «Journal Mal. Vascul.», 5; 38, 1980.
6. BIGOIRE, B.; OIMEZ, P.; SORIA, R.J., y cols. L'association triacetyl oleandomique-tartrate d'ergotamine est-elle dangereuse?. «Nouv. Presse Méd», 4: 2723, 1975.
7. BLAU, J.N.; y cols. Ergotamine tartrate overdose. «Brit. Med. J.», 265; 266, 1979.
8. CARLINER, N.: Sodium Nitropruside treatment of ergotamine induced peripheral ischemia. «J.A.M.A.», 227; 308, 1974.
9. COLLET, A.; y cols: Ergotisme istrogene: Rôle de l'association tartrat d'ergotamine-Propionato d'erytromicine. «Sém. Hôp. Paris», 58; 1624, 1982.

10. FEDOTIN, M.S.; HARTMAN, C.: Ergotamine poisoning producing renal arterial spasm. «New Engl. J. Med.», 283: 518, 1970.
11. FIESSINGER, J.N.; RAUFFET, J.: Complications vasculaires de certaines medications: ergotisme iatrogene. «Journal Mal. Vasc.», 3; 261, 1978.
12. GOODMAN, L.; GILMAN, A.: «The Pharmacological Basis of Therapeutics». The Mc. Millan Co. 4 Aufl, 1970.
13. JOYCE, D.A.; GUBBAY, S.: Arterial complications of migraine treatment with Methysergide and parenteral ergotamine. «Brit. Med. J.», 285; 260, 1982.
14. LARCAN, A. y LAMBERT, H.: Aspects cliniques des intoxications par dérivés de l'ergot de seigle. «Ann. Med. Nancy» II: 289, 1972.
15. LARCAN, A. y LAMBERT, H.: Ergotisme d'origine Therapeutique. «Jornal Mal. Vascul» 5, 29, 1980.
16. LARCAN, A. y LAMBERT, H.: «Les intoxications par les derives de l'ergot de seigle». Masson, Edit., Paris, 1977.
17. LITTER, M.: «Farmacología» 5ª ed. «El Ateneo», Cap. 40, pág.: 1285.
18. MARTINEZ LEON, J.; DOMENECH, C. y cols.: La intoxicación ergótica como causa de isquemia aguda. «Angiología», 37: 56, 1985.
19. RICHTER, A.M.; BAUKER, U.P.: Carotid ergotism, a complication of migraine therapy. «Radiology», 103; 339, 1973.
20. RITLAND, D.; BUTTERFIELD, W.: Extremity complications of drug abuse. «Am. J. Surg.», 126; 639, 1973.
21. SETTI, M.; NESPOLI, M. y LOSAPIO, G.M.: Dihidroergocristina metansulfonato: Tratamiento de un grave caso de isquemia periférica inducida por Tartrato de Ergotamina. «Angiología», 30: 8, 1978.
22. SHIFRIN, E.; y cols: Reserval of ergotamine induced arteriospasm by mecanical intrarterial dilatación. «Lancet», 13; 1978, 1980.
23. VLACHAKIS, M.; BALAS, P. y cols.: Lesions artérielles dues a l'ergotisme. «Jour Mal. Vasc», 3; 265, 1978.