

347/601 - INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL: UNA URGENCIA MÉDICA

G. García-Dieguez Ribelles^a, M. Hamud Uedha^b y J. Lagares Alonso^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Sevilla. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Herrera. Sevilla. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Almorrón. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes familiares: ahorcamiento paterno. Varón de 20 años que acude al Centro de Salud por ingerir 5 g de paracetamol y 10 g la noche anterior con fines autolíticos. Ante dicha intoxicación se avisa a DCCU para traslado a Urgencias. Se realiza lavado gástrico con carbón activo y se ingresa en Observación. A las 12h de la ingesta presenta una paracetamolemia de 28 ?g/ml, hepatolisis (GOT: 722, GPT 648, lactato 1.304) y alteración de la coagulación (tiempo de protrombina de 59% e INR de 1,54). Dado la alteración hepática, la semivida de eliminación y los niveles de paracetamolemia se inicia tratamiento con N-acetilcisteína en suero glucosado al 5% durante 21 h y vitamina K. Ante empeoramiento analítico y fase hepática 2 de intoxicación, se ingresa en UCI y se continúa con perfusión de N-acetilcisteína a 150 mg/kg/24h. En la UCI permanece asintomático y hemodinámicamente estable pero las enzimas hepáticas se cuadriplican, además de presentar un INR > 1,5 a pesar de vitamina K, por lo que se traslada a Digestivo mediante UCI móvil. Allí se realiza interconsulta con Psiquiatría para valoración de intento de autolisis. Durante su ingreso evoluciona favorablemente descendiendo los valores de transaminasas y mejoría de la coagulación.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Tinte subictérico. Hemodinámicamente estable. Glasgow 15/15. Consciente y orientado. Pupilas isocóricas normorreactivas. Fuerza y sensibilidad conservada. No datos de encefalopatía. Auscultación cardiorrespiratoria normal. SatO2 96% sin soporte ventilatorio. Abdomen blando y depresible sin signos de irritación peritoneal. Función renal conservada. Diuresis espontánea. Hemograma normal. Coagulación: tiempo protrombina 17 s, 59%, INR 1,4. Bioquímica: glucosa, función renal e iones normales. GOT 721-698-2.319-3.425-6.786 U/L. GPT 648-812-2.698-3.692 U/L. Lactato 9,500 U/L. Paracetamolemia: a las 12h 28,8, a las 17h 18,9 ?g/ml. Semivida de eliminación: 1,52. EKG normal.

Orientación diagnóstica: Intoxicación por paracetamol.

Diagnóstico diferencial: Hepatitis vírica.

Comentario final: La intoxicación aguda por paracetamol es potencialmente grave por la hepatotoxicidad, pero se dispone de N-acetilcisteína como antídoto con indicaciones precisas que ha cambiado el pronóstico. La rapidez de traslado a Urgencias e instauración del antídoto puede suponer la reversibilidad del cuadro sin necesidad de trasplante hepático.

Bibliografía

1. Nogué Xarau S. Intoxicaciones agudas. Bases para el tratamiento en un Servicio de Urgencias. Badalona: Laboratorios Menarini; 2010.

Palabras clave: Intoxicación por paracetamol.