



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 253/13 - ¿GASTROENTERITIS O ALGO MÁS?

*N. San Miguel Martín<sup>a</sup>, A. Nofan Maayah<sup>a</sup>, J. Bustamante Odriozola<sup>b</sup>, K. Baldeón Cuenca<sup>c</sup>, V. Choquehuanca Núñez<sup>d</sup>, M. Santos Gravalosa<sup>e</sup>, M. García Aroca<sup>f</sup>, M. Abuhassira<sup>g</sup> y Á. Pérez Martín<sup>h</sup>*

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Torrelavega. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Aranda Norte. Burgos. <sup>f</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. <sup>g</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla. Santander. <sup>h</sup>Médico de Familia Centro de Salud Centro. Santander.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 83 años con cuadro de deterioro general desde hace quince días que acude a urgencias por aparición de temblor intenso, diarrea y vómitos de tres días de evolución. AP: HTA con cardiopatía hipertensiva, psoriasis y depresión. En tratamiento con irbesartan + hidroclorotiazida, Peitel, Stilnox, Valdoxan, Lexatin, Plenur y Dumirox.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: presenta soplo sistólico en foco aórtico II/VI y febrícula con aumento de ruidos hidroaéreos abdominales y temblor generalizado. EKG: QT largo y ondas T negativas en V4 a V6. Analítica: hemograma 15.800 leucocitos (12,9 S) bioquímica Na 133, urea 70, gasometría arterial pH 7,38, pCO2 38, pO2 75, bic 22,6. Litemia 2,5. Hemocultivos y urocultivo negativos.

**Juicio clínico:** Intoxicación por litio.

**Diagnóstico diferencial:** GEA.

**Comentario final:** El litio es un fármaco que se absorbe completamente a las 8 horas de la ingesta, con una unión a proteínas plasmáticas menor del 10% y que se elimina fundamentalmente por el riñón. Cuando se produce una situación en la que el organismo sufre depleción de Na o agua, el riñón aumenta la absorción de litio. Se recomienda evitar su asociación con AINEs, IECAs ARA-II, tiazidas y diuréticos de asa, tetraciclinas, metronidazol entre otros, porque disminuyen su aclaramiento renal. La gravedad de la intoxicación por litio viene dada por dos factores: El tiempo de instauración (aguda, aguda-subcrónica o crónica) y los niveles sanguíneos. Siendo más grave la intoxicación aguda-subcrónica y crónica al tener el litio una vida media más larga (hasta 60 horas) y los niveles a partir de 2,5 mEq/L. La clínica más frecuente es diarrea, vómitos, debilidad muscular y temblor. Cambios ECG y en niveles superiores a 2,5 insuficiencia renal, síncope, coma. El tratamiento en casos agudos consiste en lavado gástrico y la irrigación del intestino con polietilenglicol (evacuante Bohm), el carbón activado no es útil. Y tratamiento sintomático de complicaciones. La hemodiálisis está indicada en intoxicaciones moderadas o graves. La paciente ingresa en UCI donde se realiza diálisis con mejora clínica, desaparición del alargamiento de QT y alcanzando niveles de litio de 1 mEq/l. En planta persistía febrícula y clínica de diarrea y vómitos que mejoró con tratamiento sintomático. Valorada por Psiquiatría suspendió el litio, manteniendo el resto del tratamiento.

## Bibliografía

1. Domínguez Ortega L, Medina Ortiz O, Cabrear García-Armentier S. Intoxicación con litio. *Anales de Medicina Interna (Madrid)*. 2006;23(9).
2. Freeman MP, Freeman SA. Lithium:clinical considerations in internal medicine. *Am J Med*. 2006;119(6):478-81.

**Palabras clave:** Litio. Intoxicación.