

usando con *c*, como «cinetosis» o «discinesia». Por este motivo, en mi reciente *Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina*⁸ he recomendado escribir siempre con *c* los vocablos médicos acuñados con la partícula de origen griego *kin*: acinético, adiadiocinesia, bradicinesia, bradicinina, cariocinesis, cinesioterapia, cinestesia, cinético, cinetocilio, cinetosis, colecistocinina, discinesia, enterocinesia, eritrocitocinética, estreptocinesa, farmacocinética, hipercinesia, interleucina, linfocina, quimicina, telecinesia, trombocinasa y, por supuesto, citocina.

Confío, además, en que muchos lectores de MEDICINA CLÍNICA comparten mi opinión; no por orgullo personal, claro está, sino porque ello podría ayudar a terminar de una vez por todas con la confusión actual. Sólo la proliferación de citocinas, interleucinas y estreptocinasas en los textos escritos podrá garantizar que dentro de una generación los médicos de habla hispana tengan un problema léxico menos; tendrán, claro, otros nuevos, pero al menos éste no.

Fernando A. Navarro

Servicio de Traducción Médica (PSBDS). F. Hoffmann-La Roche SA. Basilea. Suiza.

- Dumonde DC, Wolstencroft RA, Panayi GS, Matthew M, Morley J, Howson WT. «Lymphokines»: non-antibody mediators of cellular immunity generated by lymphocyte activation. *Nature* 1969; 224: 38-42.
- Cohen S, Ward PA, Bigazzi PE. Cell cooperation in cell-mediated immunity. En: McCluskey RT, Cohen S, directores. *Mechanisms of cell-mediated immunity*. Nueva York: Wiley, 1974; 331-358.
- García Yebra V. *Discordia en familias terminológicas*. ABC (Madrid), 6 de marzo del 2000; 3.
- García Yebra V. Sobre la formación de términos técnicos. En: García Yebra V, director. *Técnicas documentales aplicadas a la traducción especializada*. Fundación Duques de Soria. Soria, del 25 al 29 de septiembre del 2000.
- Navarro FA. Las nomenclaturas normalizadas: ¿normas para el desmadre? En: Ronda Beltrán J, director. *IV Curso sobre Administración de Medicamentos*. Alicante: Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos (OFIL), 1999; 173-190.
- Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española* (21.ª ed.). Madrid: Espasa-Calpe, 1992 [edición electrónica: 1995].
- Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales. *Vocabulario científico y técnico* (3.ª ed.). Madrid: Espasa-Calpe, 1996.
- Navarro FA. *Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 2000.

Delirio alucinatorio y agitación psicomotriz como manifestaciones paradójicas de la intoxicación aguda por propoxifeno

Sr. Editor: El propoxifeno es un opiáceo semi-sintético usado como analgésico y en el tratamiento de la deshabituación a opiáceos, pero al que en nuestro país también acceden muchos toxicómanos por vías ilegales. La intoxicación por este fármaco suele observarse por sobredosis en consumidores de drogas de abuso o en tentativas de suicidio y, de forma común al resto de opiáceos, cursa con la tríada clásica consistente en miosis, disminución del nivel de conciencia y depresión respiratoria que puede finalmente conducir a la apnea y a la parada cardíaca. Sin embargo, y a diferen-

cia del resto de los opiáceos, la sobredosis de propoxifeno tiene dos efectos adversos característicos. Por un lado, es bien conocida su cardiotoxicidad, que puede causar bloqueo auriculoventricular y alargamiento del intervalo QT, el cual puede degenerar en arritmias ventriculares malignas y parada cardíaca. Por otro, la intoxicación por propoxifeno puede asociarse, de forma paradójica, a la clínica habitual de depresión del sistema nervioso central, con un síndrome de agitación psicomotriz y alucinaciones. Estas últimas manifestaciones son poco conocidas, por lo que creemos de interés la presentación del siguiente caso.

Un varón de 34 años fue traído a urgencias por su familia tras iniciar de madrugada alucinaciones visuales y notable agitación psicomotriz. El paciente había sido consumidor de heroína por vía nasal hasta hacia un año, cuando entró en un programa de deshabituación con metadona, que hacía 3 semanas otro médico había sustituido por otro esquema terapéutico consistente en propoxifeno, lorazepam y fluoxetina. La noche del ingreso había ingerido, respectivamente, 1.800, 300 y 12 mg de los fármacos antes citados con intencionalidad suicida.

En el momento de la admisión estaba vigil, con importante agitación psicomotriz, agresividad hacia el entorno, alucinaciones visuales e ideas delirantes, que obligaron a contención mecánica y tratamiento farmacológico con haloperidol (10 mg i.m.) hasta conseguir la sedación. La presión arterial a su llegada era de 140/80 mmHg, la temperatura axilar de 38,2 °C, la frecuencia cardíaca de 100 lat/min (ritmica), y no había signos de depresión respiratoria. En la exploración neurológica, aparte del cuadro psicótico agudo antes referido, no se evidenciaron rigidez muscular, focalidad motora, signos de irritación meníngea o alteraciones pupilares. Tampoco existía sudación, temblor, sequedad mucosa ni piloerectio. En la analítica sólo destacaban hipopotasemia (2,7 mEq/l) y elevación de la creatincinasa (4.016 UI/l). El electrocardiograma y la radiografía de tórax no objetaron alteraciones. El análisis toxicológico (REMEDI HS) detectó benzodiacepinas en orina y una gran cantidad de metabolitos del propoxifeno. No se detectaron, en cambio, otros fármacos o drogas de abuso. Dado que el paciente estaba febril y agitado, se realizó una tomografía computarizada cerebral que fue normal, y un examen del líquido cefalorraquídeo que fue acelular. Se inició tratamiento de soporte con sueroterapia y haloperidol i.m. a demanda, con lo que progresivamente cedieron el episodio delirante y las alucinaciones. A las 10 h de evolución el paciente estaba ya orientado en persona, espacio y tiempo, y habían desaparecido las alucinaciones. Se mantuvo en observación durante 24 h más, sin presentar nuevas alteraciones ni en el curso ni en el contenido del pensamiento. No presentó tampoco alteraciones electrocardiográficas ni hemodinámicas. Tanto el paciente como la familia negaron antecedentes psiquiátricos o de cuadros previos similares.

El delirio y las alucinaciones se han descrito en consumidores regulares de propoxifeno^{1,2}, sobre todo drogadictos que se encuentran en programas de deshabituación o que desarrollan un síndrome de abstinencia³. Aunque la posibilidad de presentar esta clínica en caso de intoxicación aguda se cita en algún libro de texto⁴, no se han encontrado otros casos descritos en la base de datos consultada (PubMed⁵; descriptores: propoxifeno, psicosis, alucinaciones). La ausencia de midriasis en el caso presentado permitió descartar los síndromes simpaticomimético y anticolinérgico como origen de las alucinaciones. Así mismo, al no observarse temblores, mioclonías ni sudación, se excluyó también el síndrome serotoninérgico. Las glucemias se mantuvieron en todo momento normales⁶. De hecho, antes de la llegada de los resultados de la analítica toxicológica, este paciente fue orientado inicialmente como afectado por una sobredosis

por drogas de abuso (cocaína, anfetaminas, LSD, anticolinérgicos) o bien por un proceso meningoencefálico. Desde el punto de vista fisiopatológico, es probable que el efecto alucinógeno esté relacionado con una interferencia con la serotonina, potenciada por el consumo simultáneo de fluoxetina, aunque este último fármaco no fue detectado en el análisis toxicológico.

La intoxicación por propoxifeno con coma y depresión respiratoria puede ser tratada, como la del resto de los opiáceos, con naloxona. Sin embargo, mientras que para las alteraciones de la conducción cardíaca se ha propuesto el uso de bicarbonato e incluso también de naloxona aunque con resultados diversos^{7,8}, las manifestaciones psiquiátricas como las que presentaba el paciente que nos ocupa no tienen tratamiento específico. No obstante, el conocimiento de estas manifestaciones neurológicas paradójicas de la sobredosis de propoxifeno puede permitir en próximos casos realizar una orientación diagnóstica más temprana y ahorrar exploraciones complementarias.

Meritxell Nomdedeu, Óscar Miró, Santiago Noguera y Elisenda Gómez-Angelats

Servicio de Urgencias. ^aÁrea de Vigilancia Intensiva. Hospital Clínic. Barcelona.

- Tenant FS. Complications of propoxyphene abuse. *Arch Intern Med* 1973; 132: 191-194.
- Dallaire M. Drug dependence on propoxyphene. *Union Med Can* 1976; 105: 784-785.
- Harris B, Harper B. Psychosis after dextropropoxyphene. *Lancet* 1979; 2: 743.
- Dart RC. *The 5 minute toxicology consult*. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000; 602.
- PubMed. National Library of Medicine. National Institutes of Health. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>
- Junquera I, Crespo M, Sanz J, Lahulla F. Hipoglucemia secundaria a ingestión de dextropropoxifeno en un paciente adicto a drogas. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 475-476.
- Hantson P, Evenepoel M, Ziade D, Hassoun A, Mahieu P. Adverse cardiac manifestations following dextropropoxyphene overdose: can naloxone be helpful? *Ann Emerg Med* 1995; 25: 263-266.
- Strom J, Haggmark S, Madsen PS, Ostman M, Reiz S, Angelo H et al. The effects of naloxone on central hemodynamics and myocardial metabolism in experimental propoxyphene-induced circulatory shock. *Acta Anaesthesiol Scand* 1985; 29: 693-697.

Una investigación «empobrecida»: cáncer en los soldados de la OTAN

Sr. Editor: En los últimos días hemos observado con sorpresa y preocupación la reacción de las autoridades civiles y militares españolas frente a la publicación en la prensa del mal denominado «síndrome de los Balcanes». El posible aumento de casos de leucemia y otros tumores entre los soldados destacados en la antigua Yugoslavia se ha relacionado con la utilización de uranio empobrecido en los misiles de la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN) en Bosnia y Kosovo. Este hecho ha abierto preguntas científicas y de salud pública, pero también preguntas éticas. Nos centraremos aquí en algunos aspectos científicos sobre cómo debe actuarse en situaciones similares, aspectos elementales que, sin embargo, parecen constituir una incógnita para las autoridades del país.