



# TAQUIPNEA Y ACIDOSIS METABÓLICA:

## DESCRIPCIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS DE INTOXICACIÓN ORAL GRAVE POR METANOL:

Dra Ana Isabel Rodriguez Rutiña

Dr Jose Gregorio Zorrilla Riveiro, Dra Dolors Garcia Perez, Dra Adriana Marcela  
Rando Segarra.

Servicio de Urgencias ALTHAIA MANRESA.





# TAQUIPNEA Y ACIDOSIS METABÓLICA:

## DESCRIPCIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS DE INTOXICACIÓN ORAL GRAVE POR METANOL:

Dra Ana Isabel Rodriguez Rutiña

Dr Jose Gregorio Zorrilla Riveiro, Dra Dolors Garcia Perez, Dra Adriana Marcela Rando Segarra.

Servicio de Urgencias ALTHAIA MANRESA.



# CASO CLÍNICO 1:



### ANTECEDENTES PERSONALES:

- 27 años, No amc, No tratamientos.
- No enfermedades. Fumador 1paq/dia
- **Consumidor habitual cocaína**

### ENFERMEDAD ACTUAL:

- **Sensación disneica desde esta mañana.** No dolor torácico. **Ansioso. Consumo cocaína.**
- **Nauseas y varios vómitos** alimentarios, sin diarrea, ni clínica urinaria. Afebril.

### EXPLORACIÓN FÍSICA INICIAL:

**TA: 105/63, FC: 101lpm, Tra: 35, Sat O2: 100%**

**Taquipneico**, normohidratado, afebril.

No IY, ACP normal. Abdomen normal. No edemas.

**Glasgow 15, no focalidad neurológica**

### P. COMPLEMENTARIAS INICIALES:

- **Analítica:** mínima leucocitosis de 14.000, con PCR normal. Leve insuficiencia renal con creatinina de 1,5. Resto normal.

- **ECG:** taquicardia sinusal a 120lpm. - **Rx tórax:** normal.

### IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL:

**Ansiedad** -agitación-taquipnea en consumidor de **cocaína**.

**Vómitos** en contexto de consumo de **alcohol y cocaína**.

**SE INICIA TRATAMIENTO CON ANSIOLÍTICOS Y SUEROTERAPIA**

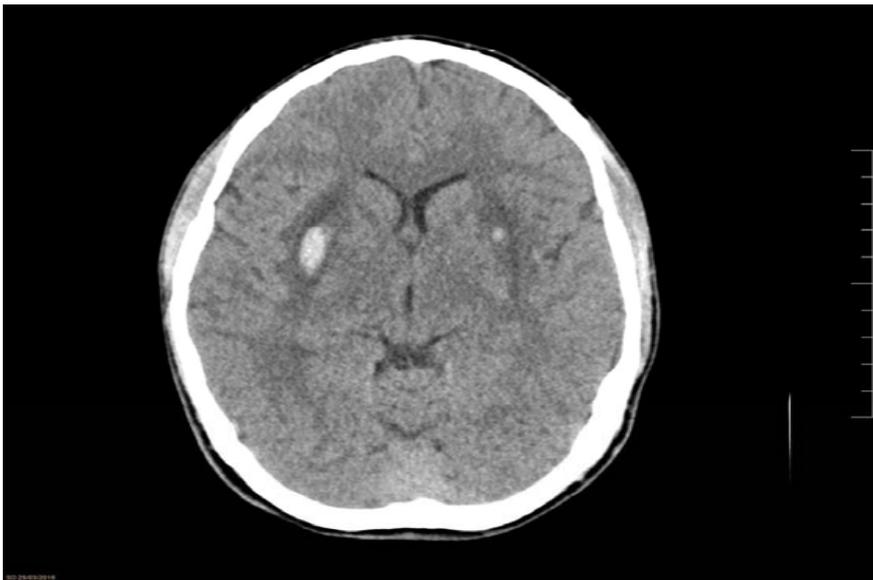
...

**PERO EL PACIENTE EMPEORA**

- **Aumenta taquipnea, mal estado general:** se realiza **G arterial** (pH 7,10, pO2 140, pCO2: 9 , bicarbonato < 3, lactato 1,9): marcada acidosis metabólica; se inicia bicarbonato iv.

- **Pero sigue empeorando, bajando glasgow y empeorando su gasometria.** G arterial: pH 6,85, pO2 68, pCO2 21, bicarbonato 3,7, EB -30. **Se calcula anión GAP: 38.**

- Se intensifica tratamiento con bicarbonato, pero dado descenso rápido de glasgow se procede a IOT y se realiza TAC craneal que evidencia **pequeños infartos isquémicas en cápsula externa bilateral y puntiformes de sangrado putaminal dcho.**



### **CAMBIA LA IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

- Marcada acidosis metabólica, y elevado anión GAP, en ausencia de otra causa, hace sospechar posible **ingesta de metanol o etilenglicol o salicilatos**, solicitándose niveles a Hospital de referencia.
- Al cabo de unas horas confirman **niveles de metanol de 0,4gr/l (40mg/dl)**.

### **EVOLUCIÓN:**

- **Se inicia tratamiento con etanol en perfusión. Se continúa administración de bicarbonatos**, con corrección gasométrica, y **se realiza una sesión de hemodiálisis.**

- El paciente se consigue extubar al cabo de 24h, pero presenta **marcada vision borrosa bilateral.** **Valorado por oftalmología: escasa posibilidad de recuperación dado daño directo nervio óptico.**

- Confiesa **ingesta de alcohol de quemar.** Es dado de alta. **Psiquiatria valora cuadro depresivo** con tentación suicida no clara.

# CASO CLÍNICO 2:



## ANTECEDENTES PERSONALES:

- **49 años.** No amc. **Enolismo crónico.**
- Hepatopatía enólica sin cirrosis.
- **Trastorno depresivo** (diazepam y fluoxetina).

## EXPLORACIÓN FÍSICA INICIAL:

- TA 98/62, FC 98lpm, Saturación O2: 98% (FiO2 100%), 14 rpm, afebril.

- **Pupilas algo midriáticas poco reactivas, simétricas. Crisis tónicas con respuesta de descerebración.**

- Normohidratado, normocoloreado, no IY.

- ACP normal. Abdomen normal. No edemas.

## ENFERMEDAD ACTUAL:

- Traído por SEM por **pérdida brusca de consciencia**
- A la llegada de SEM: **glasgow 8 con movimientos clónicos de extremidades.** Se realiza secuencia rápida de intubación con sedoanalgesia y relajación.
- **Llegada a urgencias: paciente intubado, sigue con movimientos clónicos y respuesta de descerebración.**

## P. COMPLEMENTARIAS INICIALES:

**Analítica:** mínima leucocitosis de 15.000, con PCR normal. Leve insuficiencia renal con creatinina de 1,75, FGR 45. Resto normal.

**ECG:** sinusal a 100lpm. **Rx tórax y TAC craneal:** normal

**G arterial inicial:** pH 6,80, pO2 73, pCO2 58, lactato 10,5, bicarbonato <3mmol/l. **Anión GAP:** 35-38

## IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL:

- **Marcada acidosis metabólica, bicarbonatos indetectables y anión GAP elevado,** se sospecha de intoxicación aguda.

**Se solicitan niveles de metanol y etilenglicol** a laboratorio de hospital de referencia.

## MÁS DATOS APORTADOS POR FAMILIA APOYAN LA IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- Cuadro depresivo agudizado últimas semanas, no salía de casa, imposibilidad de consumo de alcohol en domicilio. Aunque acceso en garaje de domicilio a múltiples productos químicos.
- Noche anterior estaba nauseoso y actuaba extraño y respiración irregular superficial ¿Kussmaul?.
- Un hijo explica: antes de desplomarse, el paciente refería marcada pérdida de visión.

## EVOLUCIÓN:

- Se inicia sueroterapia y reposición con bicarbonato. Gasometría de control a los 20min: pH 6,99, pO2 603, pCO2 48, bicarbonato 11, EB -19, lactato 12,3.
- Dada la gravedad se inicia tratamiento con etanol, previo a recibir niveles plasmáticos, continuando además con sueroterapia y con reposición de bicarbonato; y se traslada a UCI.
- Resultados de laboratorio: metanol 2,088g/l.
- Se mantiene etanol en perfusión, manteniendo niveles de 1-1,2g/l y se inicia hemodiálisis.
- El paciente evoluciona bien desde el punto hemodinámico y analítico; sin embargo neurologicamente sigue en coma arreactivo. Muerte encefálica confirmada al 4º día del ingreso.

# CONCLUSIONES:

1. Acidosis metabólica de causa no aclarada = sospechar intoxicación.
2. Alteraciones rápidas del nivel de consciencia y del estado general = posible intoxicación.
3. Calcular el anión GAP en toda acidosis metabólica.
4. Enolismo crónico = factor de riesgo (Buscando ebriedad a falta de otras bebidas alcohólicas).
5. Clínica de nuestros casos es la evolución habitual: **náuseas y vómitos iniciales, acidosis metabólica con anión gap elevado, deterioro del nivel de consciencia hasta coma, alteraciones oftalmológicas; incluso las lesiones en TAC craneal.**
6. Tratamiento = medidas de soporte (fluidoterapia, corrección de electrolitos...), + **antídotos** (etanol o fomepizol) + **hemodiálisis**.

# MUCHAS GRACIAS POR LA ATENCIÓN



"La ciencia se compone de errores, que a su vez, son los pasos hacia la verdad."

Julio Verne



Societat Catalana de  
Medicina d'Urgències i Emergències



a+