

Carta al director

Intoxicación por metanol: rapidez en el inicio del tratamiento específico

Sr. Director:

Tras la atenta lectura del editorial¹ y nota clínica² sobre la intoxicación por metanol, quisiéramos aportar nuestra experiencia con un caso clínico, en que se instauró tratamiento específico temprano.

Mujer de 36 años de edad, con antecedentes de enolismo crónico de más de 150 g/día y exusuaria de drogas por vía parenteral. Fue activado el servicio de emergencias por la familia de la paciente, al encontrarla ciega y con sensación de muerte inminente. A su llegada al domicilio (20 min después), la paciente se encontraba en coma, con GCS = 3 y pupilas isocóricas medias arreactivas. Aconteció un paro cardiorrespiratorio. Tras 3 minutos de reanimación cardiopulmonar avanzada, se consiguió la recuperación hemodinámica. Posteriormente se administraron: naloxona, flumazenilo, tiamina y glucosa, sin revertir el estado de coma. Fue trasladada al hospital, donde ingresó en nuestro SMI. La exploración neurológica inicial reveló: GCS = 3, midriasis bilateral arreactiva, arreflexia generalizada, ausencia de signo de Babinski y reflejo corneal conservado. En la gasometría arterial se obtuvieron los siguientes valores: pH 6,64, PaCO₂ 27,9 mmHg, CO₃H 3,6 mEq/l y un exceso de base de -36 mEq/l. El GAP aniónico fue de 35. Ante la sospecha de intoxicación por metanol, administramos una dosis³ de ataque de 7,6 ml/kg de etanol al 10% en 30 min y, posteriormente, iniciamos perfusión continua a 2 ml/kg/h. La paciente fue sometida a hemodiálisis convencional durante 3 h, en las cuales la perfusión de etanol se mantuvo en 3,3 ml/kg/h. Se corrigió la acidosis metabólica. Posteriormente se realizó una TAC craneal, en la que se obtuvo una imagen de gran edema cerebral difuso. A las 38 h del ingreso, la exploración

fue de muerte encefálica, siendo desconectada de ventilación mecánica. Los valores de metanol en el plasma fueron de 2,083 g/l.

A pesar del tratamiento específico con etanol y de la instauración temprana de hemodiálisis, la paciente falleció.

Debemos considerar esta intoxicación como muy grave. Es imprescindible administrar sin retraso el etanol ante cualquier paciente con alta sospecha de ingesta de metanol y acidosis metabólica con GAP aniónico elevado acompañada de síntomas (alteraciones visuales, depresión del nivel conciencia, cefalea, dolor abdominal). La hemodiálisis será instaurada en pacientes con insuficiencia renal, ceguera, acidosis metabólica de difícil control con bicarbonato o en aquellos con valores plasmáticos de metanol elevados (> 0,5 g/l). La perfusión continua de etanol 10% será mayor³ en aquellos pacientes enólicos crónicos (2 ml/kg/h), y mayor aún si se aplica hemodiálisis (3,3 ml/kg/h), como fue el caso de nuestra paciente.

E. ESCUDERO CUADRILLERO, E. BARTUAL LOBATO,
P. MEDINA GARCÍA Y P. MERINO DE COS
*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Can Misses.
Ibiza. España.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Marruecos-Sant L. Tratamiento de las intoxicaciones por metanol y por etilenglicol. *Med Intensiva* 2002;26:248-50.
2. Villanueva Anadón B, Ferrer Dufol A, Civeira Murillo E, Gutiérrez Cía I, Laguna Castrillo M, Cerrada Lamuela E. Intoxicación por metanol. *Med Intensiva* 2002;26:264-6.
3. McCoy HG, Cipolle RJ, Ehlers SM, Sawchuk RL, Zaske DE. Severe methanol poisoning: an application of a pharmacokinetic model for ethanol therapy and hemodialysis. *Am J Med* 1979;67:804-7.