

## Uso de *fomepizol* en el tratamiento de la reacción *antabus* grave: presentación del caso.

Emilio Salgado

Unidad de Toxicología Clínica. Área de Urgencias.

Hospital Clínic. Barcelona

El ponente declara no tener ningún conflicto de intereses respecto al tema a continuación expuesto.

# Presentación del caso

- ♀52<sup>a</sup>. Trastorno por dependencia OH & cocaína.
- Deshabituciones sin éxito.
- Tratamiento: *disulfiram* 250 mg día; *clonazepam* 5 mg/día; *quetiapina* 50 mg/día; *desvenlafaxina* 150 mg/día.
- Familia à coma à SEM (15:00h)
- Último contacto: 12:00 (+3h).

# Presentación del caso

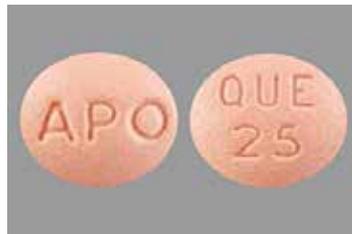
$t_0$

$t_{+3h}$



448 g OH

$t_{1/2}$ : 60-120 h



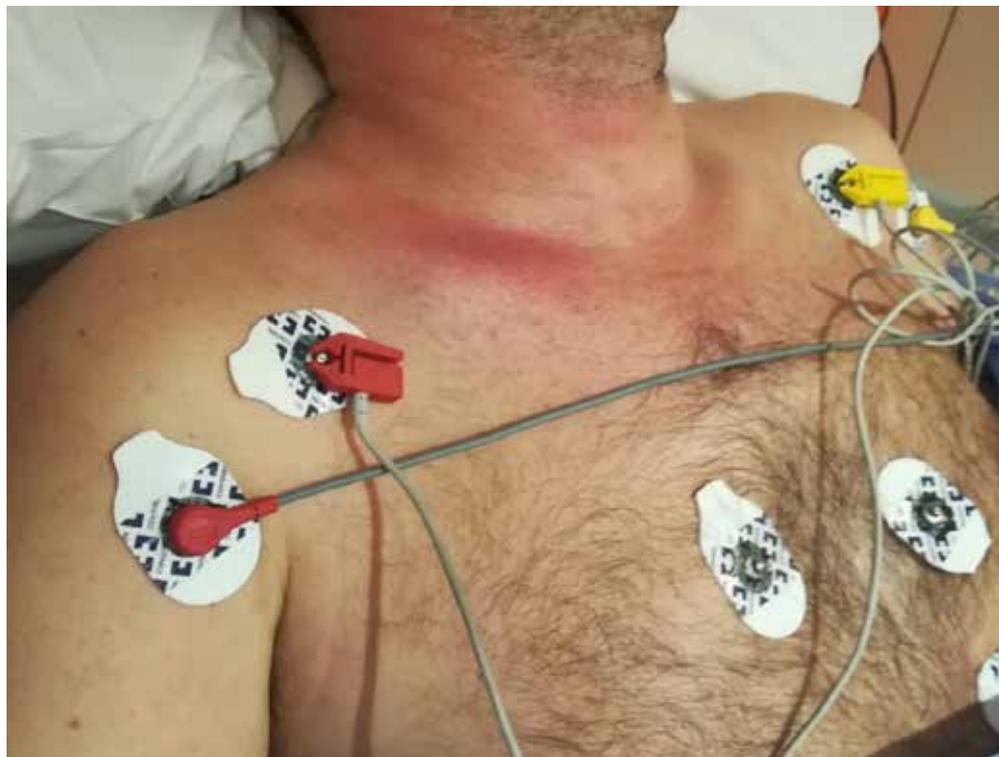
quetiapina 25 mg x  
30 = 750 mg



# Presentación del caso

- **SEM (15:15h): PA: 57/29 mmHg; FC: 90´x; FR: 12´x. SatO<sub>2</sub> (FiO<sub>2</sub>: 80%): 99. T<sup>a</sup>: 35,4°C; glucemia capilar: 258 mg/dl.**
- GCS: 3. Pupilas **puntiformes. Eritema generalizado.** AR: roncus bilaterales.
- Flumazenilo. **IOT+VM.** SS 0,9%: 2.500 ml. Noradrenalina.
- ECG: RS. QT normal.
- SNGà Carbón activado (50 g).
- **Box reanimación (16:45h): IOT + VM. GCS 3 (O1V1M1). FOUR 4 (E0M0B4R0). Noradrenalina (1,2 µg/Kg/min) à PAM: 53 mmHg. Eritema generalizado.**

# Presentación del caso



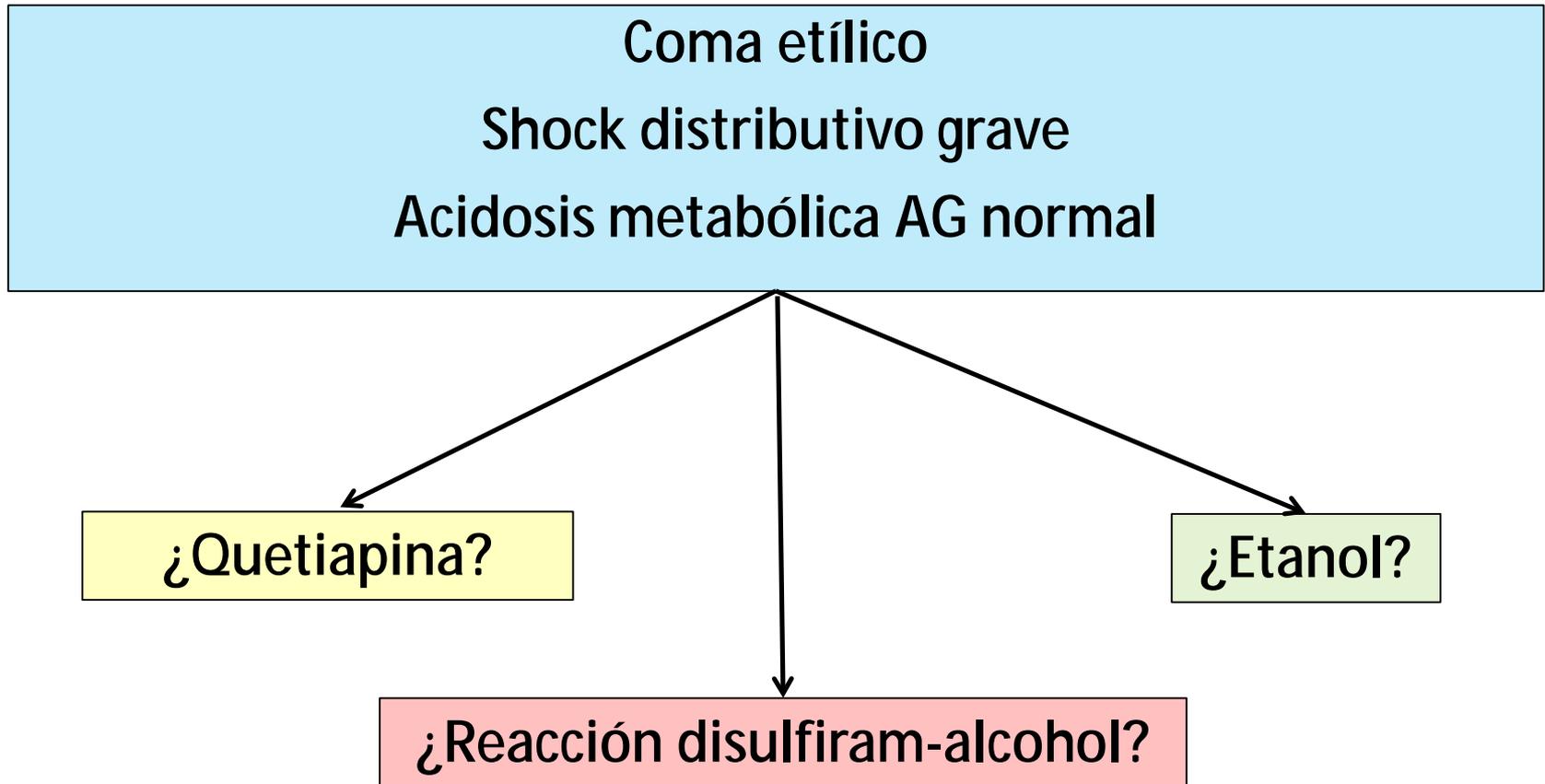
# Presentación del caso



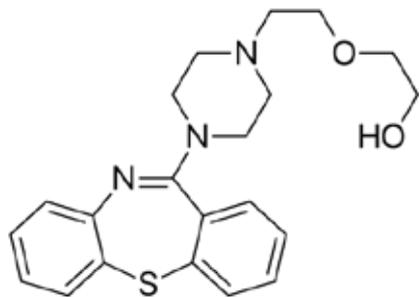
# Presentación del caso

- **GSA inicial** :  $FiO_2$  100%; pH: 7,22;  $pO_2$ : 119 mmHg;  $pCO_2$ : 41,5 mmHg; bicarbonato act: 16,8 mmol/L. **AG: 13.**
- Hemograma: leucocitos: 15430 (N: 84%). Glucemia: 221 mg/dl. Na/K: 139/3,1 mEq/L. Perfil hepático y CK: normales.
- Cribado de tóxicos en orina: negativos.
- **Etanolemia: 6,74 g/L.**
- Rx tórax PA portátil sin infiltrados.
- ECG: RS. QT & QRS normales.
- **GSA (2 h ingreso)**:  $FiO_2$  100%: pH: 7,19;  $pO_2$ : 344 mmHg;  $pCO_2$ : 36 mmHg; bicarbonato act: 13,7 mmol/L. Cl: 114 mEq/L. **AG: 12.** Lactato: 70,5 mg/dL.
- Traslado a UCI à Anuria y deterioro progresivo.
- Interconsulta telefónica con Toxicología Clínica.

# Presentación del caso



# Presentación del caso

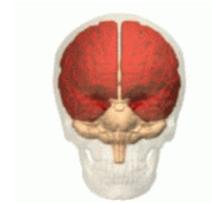


¿Quetiapina?

FK {  
 $t_{1/2}$ : 7h (22 h sobredosis)  
Biodisponibilidad: 100%.  
Unión proteínas: 83%.  
Metabolismo: **CYP3A4**.  
Eliminación renal: 73%.

Antagonismo

$\alpha_1$   
 $H_1$



Dosis mínima tóxica relevante  $\approx$  15 mg/Kg  
Dosis mínima letal: 10,8 g  
Formación de bezoares (liberación retardada)

Dosis ingerida: 750 mg (12,5 mg/Kg)

# Presentación del caso

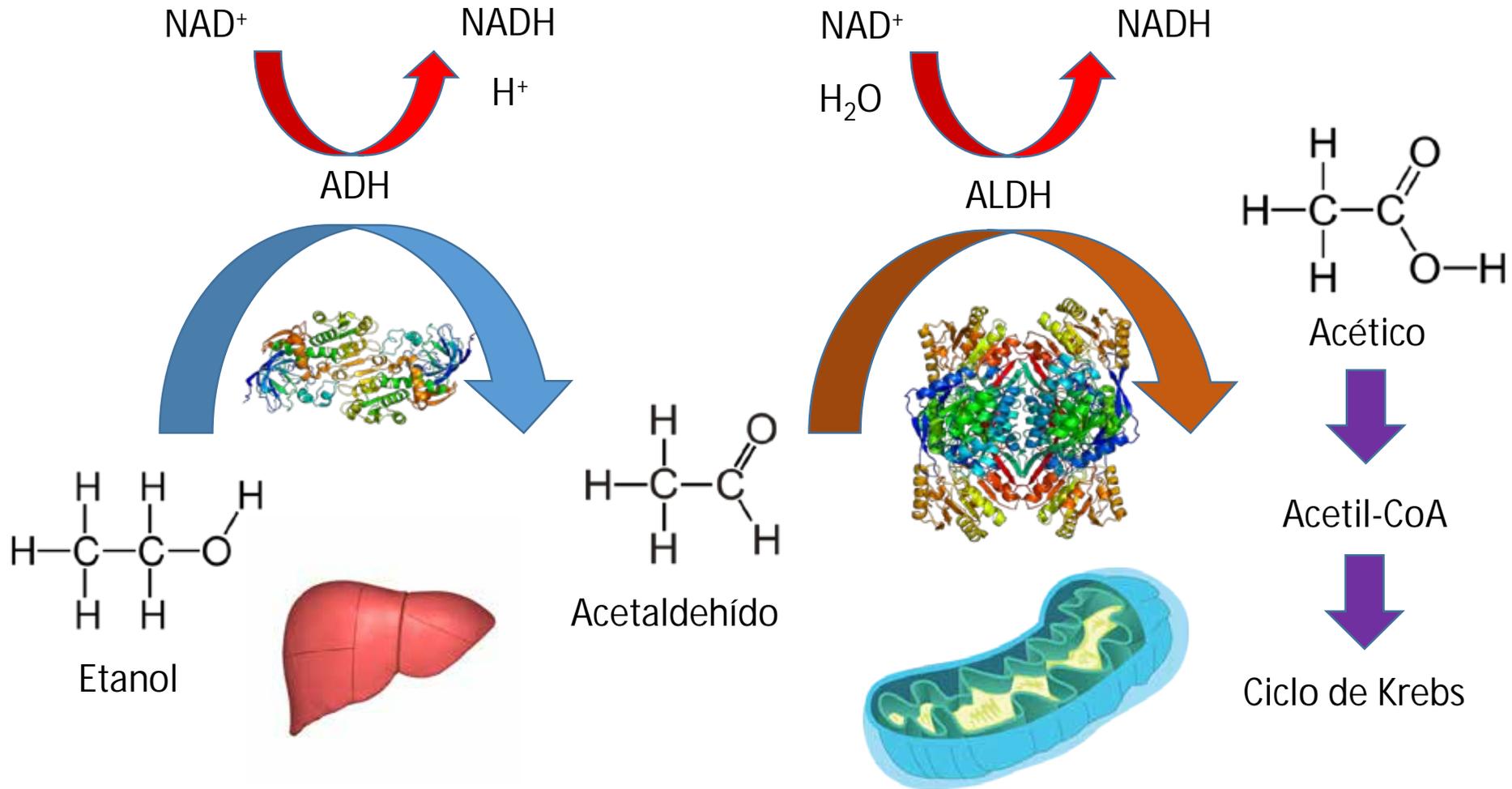


$$\text{Etanolemia (g/L)} = \text{dosis OH (g)} / [V_d \text{ OH (0,6 L/Kg)} \times \text{peso (Kg)}]$$

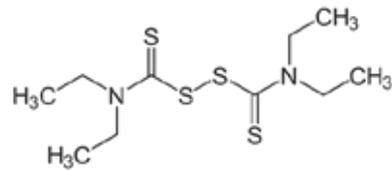
Peso: 60 Kg  
Etanolemia teórica: **!!!12,4 g/L !!!**

- $t_{+5h} = 6,74 \text{ g/L}$ .
- tasa eliminación máxima  $\approx 300 \text{ mg/h}$
- $t_0 = 6,74 \text{ g/L} + 1,5 \text{ g/L} = 8,24 \text{ g/L}$
- **Dosis máxima ingerida 296 g.**

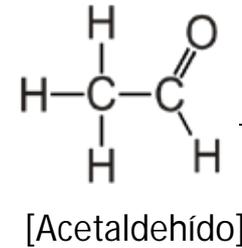
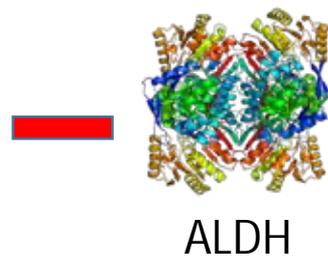
# Presentación del caso



# Reacción disulfiram-alcohol (DER)



Disulfiram



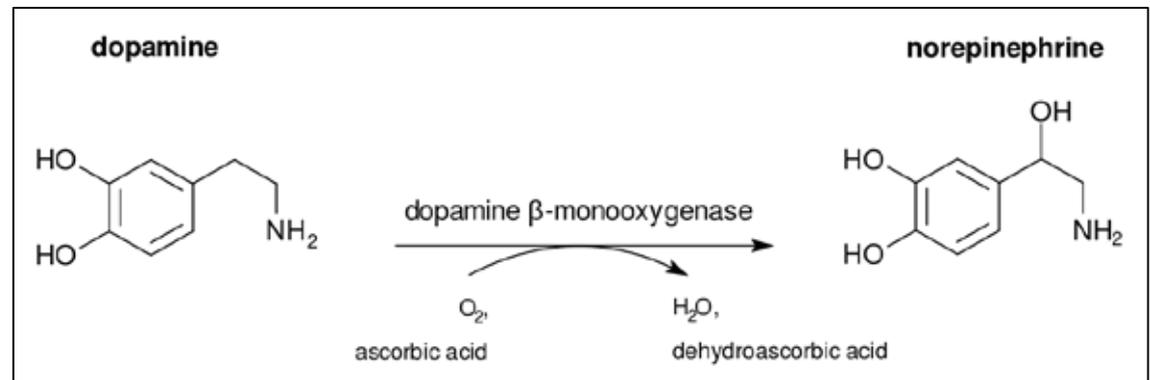
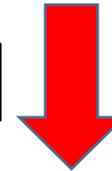
Vasodilatación



Nauseas  
Cefalea  
"flushing"

Dopamina β-hidroxilasa

noradrenalina



# Reacción disulfiram- alcohol (DER)

*Journal of Studies on Alcohol, Vol. 38, No. 1, 1977*

## The Disulfiram AN EXCEPTIONAL CASE OF LETHAL DISULFIRAM-ALCOHOL REACTION

*Forensic Science International, 56 (1992) 45 – 50*

Tre M.J. HEATH<sup>a</sup>, J.V. PACHAR<sup>a</sup>, A.L. PEREZ MARTINEZ<sup>a</sup> and P.A. TOSELAND<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Department of Forensic Medicine, The London Hospital Medical College and <sup>b</sup>Department of Clinical Chemistry

Intractable hypotension and myocardial ischaemia induced by co-ingestion of ethanol and disulfiram

Acta Cardiol 2012; 67(4): 491-493

Sofie MOREELS<sup>1</sup>, MD; Ann NEYRINCK<sup>2</sup>, MD; Walter DESMET<sup>1</sup>, MD, PhD

### Case Report

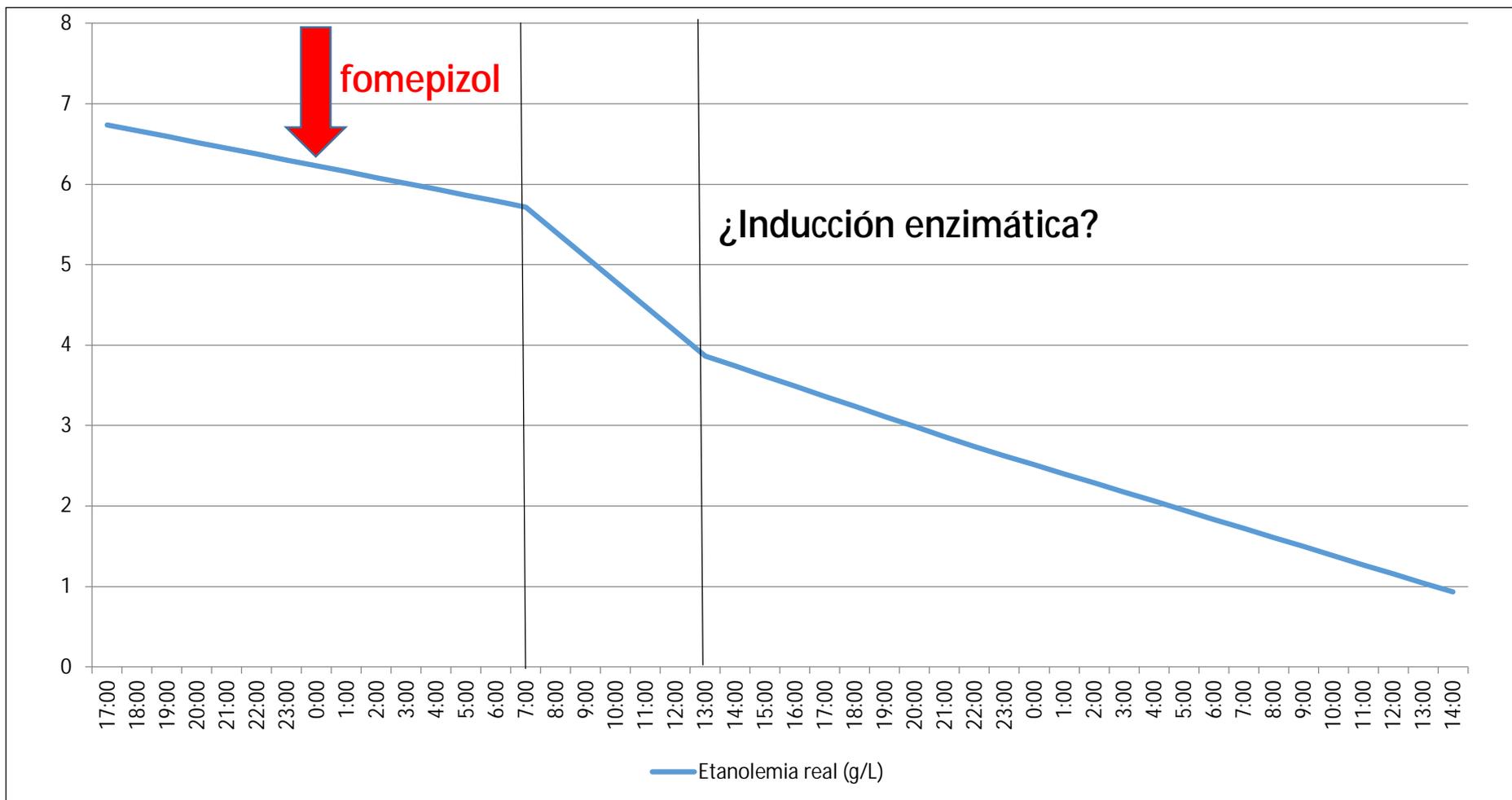
American Journal of Emergency Medicine (2013) 31, 270.e1–270.e3

Disulfiram ethanol reaction mimicking anaphylactic, cardiogenic, and septic shock

# Presentación del caso

- Administración intravenenosa de 900 mg de fomepizol.
- Mejora hemodinámica à retirada noradrenalina 24h.
- Extubación à 48h.
- Alta a centro  $\psi$  à 5ºdía.

# Presentación del caso





**IV** Jornada  
DE ANTÍDOTOS



**RED**  
DE ANTÍDOTOS