



Intoxicación aguda grave por metanfetamina en pediatría

Mañana, Keshia, Facultad de Medicina, UDELAR; Battocletti, María A, Facultad de Medicina, UDELAR; Valdez, Marianoel, Facultad de Medicina, UDELAR; Juanena, Carolina Facultad de Medicina, UDELAR; Negrin, Alba, Facultad de Medicina, UDELAR; Umpiérrez, Eleuterio F., Instituto Polo Tecnológico de Pando, Facultad de Química, UDELAR.

Nº: 30

En Uruguay en el año 2021 hubo incautaciones de metanfetaminas que no ocurrían desde la época de los '80. Esta droga es más potente que la anfetamina, con efectos agudos más duraderos. Existen escasos reportes pediátricos internacionales (1,2,3,4). La exposición infantil se produce hasta en un 20% en los domicilios que fabrican metanfetaminas (4). En Uruguay no se registraron casos de intoxicación por metanfetaminas en los últimos 5 años en preescolares (5). Las manifestaciones clínicas simpaticomiméticas pueden ser graves y durar aproximadamente 48 hs en este grupo etario (1,2,3,4). El valor diagnóstico del screening por inmunoensayo es limitado y requiere métodos de confirmación (2). El tratamiento se basa en la protección de la vía aérea, administración de fluidos intravenosos y administración de benzodiazepinas como primera línea de tratamiento (2). Internacionalmente no hay reportes de preescolares fallecidos por esta intoxicación (2).

El **objetivo** de este trabajo es describir los casos de intoxicación por metanfetaminas en preescolares que se recibieron en el Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico con diagnóstico clínico y analítico y también describir la relevancia de las pruebas analíticas confirmatorias.

Caso 1. SM de 14 meses, sano. No lactancia. Jugando en plaza pública presenta 2 episodios de alteración de conciencia con supravversión ocular de breve duración, hipotonía, vómito, desasosiego e hiperquinesia. EF: GSC 15, inquieto, Tax 36 °C, FC 170 cpm, midriasis, normotónico. Se indicó carbón activado, monitorización de PA y ECG. BZD y control cardiológico. A una hora del ingreso: vigil, excitado, atáxico y taquicárdico. Mantiene tratamiento con BZD con buena respuesta. Screening de drogas en orina positivo para metanfetaminas que se confirma con cromatografía gaseosa / espectrofotometría de masas (CG/SM). A las 40 hs del ingreso con sedación recibiendo BZD, lo cual se suspende con buena evolución clínica, asintomático a las 60 hs. Alta al séptimo día con resultado negativo de screening de drogas en orina.

Caso 2: SF, 4 años, sana. Noventa minutos previos a la consulta en casa de familiar que consume sustancias de abuso comienza con alteración de conciencia, excitación psicomotriz, midriasis, hipertonia de los 4 miembros, trismus y palilalia de una hora de duración. Hemodinamia estable. Se realiza screening de drogas en orina siendo positivo para metanfetaminas. Se le indica BZD. A las 6 hs la paciente está asintomática. No se realizó confirmación por GC/SM.

Discusión: En ambos casos consideramos la vía oral como forma de exposición, reconociendo en el caso 2 un escenario de riesgo con disponibilidad de drogas de abuso. Las manifestaciones clínicas que presentan ambos pacientes coinciden con clínica simpaticomimética referida en la bibliografía internacional. La disponibilidad de test cualitativos que detectan la presencia de metanfetaminas en orina apoya el planteo clínico que debe confirmarse taxativamente ante la posibilidad de falsos positivos. El caso 1 tiene presenta clínica prolongada, lo cual lo diferencia de otras sustancias simpaticomiméticas. En el caso 2 tiene una duración atípica del cuadro clínico, siendo la confirmación diagnóstica imprescindible. Como tratamiento de primera línea, se usan BZD, su indicación mantenida es en base a la evolución clínica. Las intoxicaciones pediátricas por metanfetamina son infrecuentes con manifestaciones principalmente en la esfera neurológica y cardiovascular, potencialmente grave, con síndrome simpaticomimético, por lo cual debe existir alto índice de sospecha en niños con o sin noción de exposición a sustancias de abuso. La confirmación analítica como CG/SM es imprescindible por los riesgos médico toxicológicos y social.

Referencias

- 1 Matteucci, Michael J. MD[†]; Auten, Jonathan D. DO[†]; Crowley, Brian MS[†]; Combs, Daniel MD[†]; Clark, Richard F. MD^{*} Methamphetamine Exposures in Young Children. *Pediatric Emergency Care*: September 2007 - Volume 23 - Issue 9 - p 638-640 doi: 10.1097/PEC.0b013e31814a6a79
- 2 Malashock, H.R., Yeung, C., Roberts, A.R. et al. Pediatric Methamphetamine Toxicity: Clinical Manifestations and Therapeutic Use of Antipsychotics—One Institution's Experience. *J. Med. Toxicol.* 17, 168–175 (2021). <https://doi.org/10.1007/s13181-020-00821-4>
- 3 Chen T, Spiller HA, Badeti J, Funk AR, Zhu M, Smith GA. Methamphetamine exposures reported to United States poison control centers, 2000-2019. *Clin Toxicol (Phila)*. 2021 Aug;59(8):705-714. doi: 10.1080/15563650.2020.1861287. Epub 2021 Jan 6. PMID: 33403876.
- 4 Hassanian-Moghaddam H, Ranjbar M, Farnaghi F, Zamani N, Alizadeh AM, Sarjami S. Stimulant Toxicity in Children: A Retrospective Study on 147 Patients. *Pediatr Crit Care Med*. 2015 Oct;16(8):e290-6. doi: 10.1097/PCC.0000000000000506. PMID: 26203623.

⁵ Base de datos INTOX. Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIAT), Dpto de Toxicología. UDELAR.