

Farmacobezoar por clomipramina

Pharmacobezoar by clomipramine

Sr Editor:

La intoxicación por antidepresivos tricíclicos puede ser potencialmente grave y causar la muerte del paciente. Existe además poca literatura científica sobre farmacobezoares de origen tóxico^{1,2}.

Mujer de 62 años con antecedente de depresión en tratamiento con clomipramina 75 mg/12 horas. Fue atendida en domicilio por una unidad de soporte vital avanzado por disminución del nivel de conciencia, relajación de esfínter urinario y convulsiones tónico-clónicas generalizadas. Tras la administración de midazolam destacaba tetraparesia, rigidez generalizada e hipotensión, sin mejoría del nivel de conciencia, por lo que se procedió a la intubación oro-traqueal y se trasladó a nuestro centro, con sospecha de hemorragia subaracnoidea. En la exploración clínica se objetivaron pupilas midriáticas, arreflexia generalizada con flacidez e hipotensión.

Se realizó estudio analítico (hemograma y bioquímica básicas) con resultados dentro de la normalidad. La determinación de tóxicos en orina fue positiva para mórficos y antidepresivos tricíclicos. En el electrocardiograma destacaba un alargamiento del QT corregido. La tomografía craneal descartó patología intracraneal aguda. Inicialmente se orientó el caso como un posible estatus epiléptico e ingresó en la



Figura 1. Radiografía de tórax, donde se observa contenido radio-opaco a nivel de la cámara gástrica.

unidad de medicina intensiva, donde se practicó una punción lumbar y un electroencefalograma que no mostraron hallazgos patológicos, por lo que se extubó a la paciente.

A las 48 horas del ingreso, la familia encontró en la casa, blísteres vacíos de clomipramina 75 mg, calculándose una sobreingesta con finalidad suicida de una dosis estimada de 2.250 mg². Se reorientó el caso como posible intoxicación por antidepresivos tricíclicos con ideación suicida. La paciente persistía obnubilada e hipotensa, precisando infusión de drogas vasoactivas.

Se revisó la radiografía de tórax y se observaron pequeñas imágenes redondeadas radiopacas en zona gástrica, indicadoras de farmacobezoar por comprimidos de clomipramina (Figura 1). Se realizó una des-

contaminación digestiva con carbón activado y sulfato de magnesio por sonda nasogástrica, sin apreciarse tras ella cambios radiológicos ni clínicos en la paciente. Por ello, se practicó una fibrogastroscoopia, consiguiendo extraer la mayoría de los comprimidos. La paciente presentó buena evolución clínica, siendo dada de alta sin secuelas.

La intoxicación por antidepresivos tricíclicos puede causar midriasis, hipotensión, taquicardia, coma, convulsiones y trastornos electrocardiográficos. También puede ser responsable de un síndrome anticolinérgico, disminuyendo el vaciado gástrico y favoreciendo la formación de conglomerados (farmacobezoar). Ante una imagen radiopaca sugestiva de comprimidos gástricos se debe descartar intoxicación por sales de

Autores:

Laija Ferrer Caballé,
Cristina Ramió Lluch,
Maria Àngels Gispert Ametller.

Filiación de los autores:

Unidad de Toxicología Clínica y Servicio de Urgencias.
Hospital Universitari de Girona
Doctor Josep Trueta.
Girona, España.

E-mail:

laijafer121@hotmail.com

Responsabilidades éticas:

Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes y, acuerdo de publicación y cesión de derechos a REUE.

Editor responsable:

Fernando Rosell Ortiz.

DOI:10.55633/s3me/REUE.A106.2024
reue.org

hierro, litio, antidepresivos tricíclicos y carbamacepina. El tratamiento será la descontaminación digestiva, la extracción con fibroscopio¹ y, en algunos casos la intervención quirúrgica³.

Finalmente, en este caso, además cabe recordar las contraindicaciones de uso del flumazenilo endovenoso, entre ellas las convulsiones y el uso de antide-

presivos tricíclicos, dos circunstancias que concurrían en la paciente⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lapostolle F, Finot MA, Adnet F, Borron SW, Baud FJ, Bismuth C. Radiopacity of clomipramine conglomerations and unsuccessful endoscopy: report of 4 cases. *J Toxicol Clin Toxicol.* 2000;38:477-82.
2. Magdalan J, Zawadzki M, Stoka T, Sozanski T.

Suicidal overdose with relapsing clomipramine concentrations due to a large gastric pharmacobezoar. *Forensic Science Int.* 2013;229:e19-e22.

3. Hojer J, Personne M. Endoscopic removal of slow release clomipramine bezoars in two cases of acute poisoning. *Clin Toxicol.* 2008;46:317-9.
4. Chudnofsky CR. Safety and efficacy of flumazenil in reversing conscious sedation in the emergency department. Emergency Medicine Conscious Sedation Study Group. *Acad Emerg Med* 1997;4:944-50.

Infarto agudo de miocardio tipo 2 inducido por adrenalina.

Síndrome de Kounis

Adrenalin-induced type 2 acute myocardial infarction: Kounis syndrome

Sr Editor:

Las reacciones alérgicas son una causa habitual de visita a los servicios de urgencias (SU). El síndrome de Kounis ha sido descrito en 175 ocasiones y es una causa rara de infarto de miocardio tipo II. Los factores de riesgo son alergias previas y los clásicos factores de riesgo cardiovascular^{1,2}.

Mujer de 45 años que acudió al hospital para realizar un angioTC de tórax con contraste en el que comenzó a sufrir picor, rash cutáneo y malestar general. En el servicio de radiología se pautó una perfusión de adrenalina iv y corticoides progresando a hipotensión profunda siendo trasladada al SU. Una vez allí, la paciente comenzó con dolor torácico opresivo y sudoración.

La paciente era alérgica a tetraciclina, no tenía factores de riesgo cardiovascular ni tenía antecedentes familiares de cardiopatía isquémica. Estaba en seguimien-

to por posible COVID persistente tras haber sufrido enfermedad por coronavirus en febrero de 2021, motivo por el que se solicitó el angioTC de tórax. En el SU se realizó un electrocardiograma (ECG) (Figura 1a) y se solicitó una analítica donde destacaba un nivel de troponina ultrasensible de 5.300 pg/ml. La paciente finalmente ingresó en el servicio de cardiología

para seguimiento, presentó una curva descendente de troponinas y normalización del ECG (Figura 1b), sin nuevos episodios de dolor torácico. El ecocardiograma realizado estaba dentro de la normalidad. La paciente fue tratada con corticoides y con la retirada de la perfusión de adrenalina. Finalmente, fue dada de alta con diagnóstico de síndrome de Kounis tipo I con

Autores:

Santiago Toranzo Nieto¹,
Elena Brage Allegue²,
Emilse Martínez Paz³,
Inés Toranzo Nieto⁴.

Filiación de los autores:

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital El Bierzo, Ponferrada, León, España.

²Servicio de Medicina Interna, Hospital El Bierzo, Ponferrada, León, España.

³Servicio de Cardiología, Hospital El Bierzo, Ponferrada, León, España.

⁴Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

E-mail:

santitoranzonieto@gmail.com

Responsabilidades éticas:

Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes y, acuerdo de publicación y cesión de derechos a REUE.

Editor responsable:

Fernando Rosell Ortiz.

DOI:10.55633/s3me/REUE.A107.2024

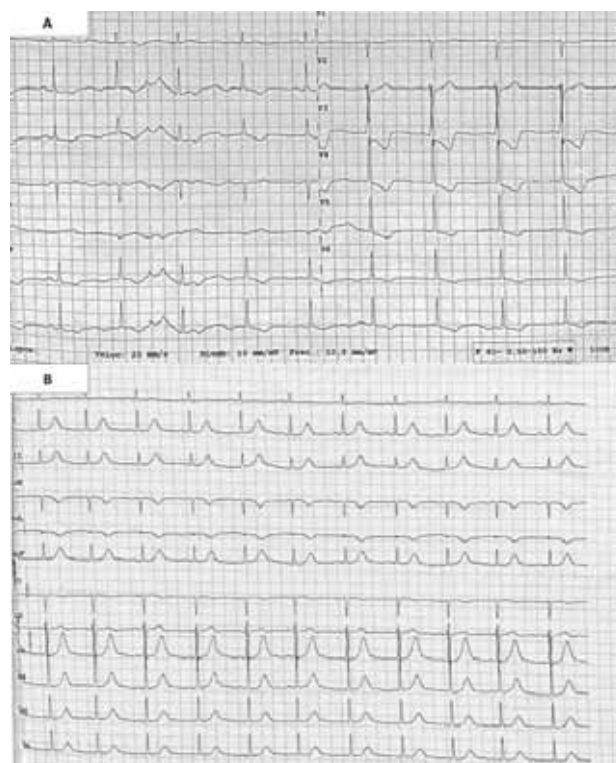


Figura 1. A: ECG a la llegada de la paciente al servicio de urgencias. Se observan ondas T negativas en II, III y aVF y descenso del ST de V3 a V6.

B: ECG de la paciente al alta del servicio de cardiología.

control evolutivo y consulta con alergología. No se realizó angiografía invasiva ni no invasiva (TAC coronario) por la baja probabilidad de enfermedad coronaria subyacente, y la probable alergia al contraste yodado.

El síndrome de Kounis, descrito en 1991 como "síndrome de angina alérgica", es un tipo de enfermedad coronaria relacionada con la activación mastocítica y/o plaquetaria en el contexto de una alergia o reacción anafiláctica. Los principales factores de riesgo son alergias y los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, hiperlipidemia, diabetes y tabaco). La patogenia es el espasmo coronario o la ruptura de una placa de ateroma en el contexto de una

reacción alérgica. El principal diagnóstico diferencial es el síndrome de Tako-Tsubo. Existen tres tipos de síndrome de Kounis. Tipo I (el mayoritario): espasmo coronario por liberación de mediadores inflamatorios, puede no haber elevación de marcadores de daño miocárdico. Se da principalmente en pacientes sin factores de riesgo cardiovascular. Tipo II: espasmo coronario por liberación de mediadores inflamatorios junto con ruptura de placa de ateroma que se manifiesta como infarto agudo de miocardio. Tipo III: Trombosis de stent coronario por reacción alérgica. El diagnóstico se basa en la historia clínica, ECG, pruebas de laboratorio, ecocardiografía y angiografía corona-

ria. El tratamiento en el tipo I se basa en corticoides para disminuir el espasmo y evitar reacciones bifásicas. En el tipo II y en el tipo III el tratamiento es el mismo que cualquier síndrome coronario agudo^{1,3,4}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abdelghany M, Subedi R, Shah S, Kozman H. Kounis syndrome: A review article on epidemiology, diagnostic findings, management and complications of allergic acute coronary syndrome. *Int J Cardiol.* 2017;232:1-4.
2. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *Eur Heart J.* 2019;40:237-69.
3. Kounis NG, Zavras GM. Histamine-induced coronary artery spasm: the concept of allergic angina. *Br J Clin Pract.* 1991;45:121-8.
4. Yanagawa Y, Nishi K, Tomiharu N, Kawaguchi T. A case of takotsubo cardiomyopathy associated with Kounis syndrome. *Int J Cardiol.* 2009;132(2).

Autores:

Miguel Benito-Lozano¹,
Lisete Travería-Becker¹,
Ignacio Herranz-Duarte^{2,3},
Ilene Criado Gutiérrez⁴,
María Ángeles López Hernández¹.

Filiación de los autores:

¹Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife, España.

²Servicio de Urgencias Canario, Tenerife, España.

³Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Europea de Canarias, La Orotava, España.

⁴Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife, España.

E-mail:

tesisangeles@gmail.com

Responsabilidades éticas:

Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes y, acuerdo de publicación y cesión de derechos a REUE.

Editor responsable:

Guillermo Burillo Putze.

DOI:10.55633/s3me/REUE.A108.2024

reue.org

Tentativas suicidas graves asociadas a confinamiento por COVID-19

Serious suicide attempts associated with COVID-19 lockdown

Sr Editor:

Algunos autores españoles han informado de casos de pacientes con psicosis reactiva durante el confinamiento decretado por la pandemia por COVID-19. En la misma línea queremos aportar nuestra experiencia en relación a su conclusión final: el alto riesgo de suicidio asociado a estas psicosis¹.

Durante los primeros 30 días de confinamiento, en nuestro servicio de urgencias el número de pacientes atendidos llegó a disminuir hasta un 75% con respecto a los años anteriores, acudiendo los pacientes fundamentalmente por sospechas de SARS-CoV-2, y en menor medida por otras patologías urgentes orgánicas.

Del mismo modo, las visitas a urgencias por tentativas autolíticas prácticamente desaparecieron, pero las asistencias por este motivo de consulta fueron tentativas graves, con resultado de muerte o de secuelas importantes. En concreto, se atendieron 4 pacientes (2 varones, 1 mujer y 1 mujer transexual), todos menores de 50 años, y con los siguientes diagnósticos médicos: precipitado/*exitus* (politraumatizado), ahorcamiento (*exitus*), herida por arma blanca en cuello con afectación vascular, e intoxicación grave por paracetamol. Solo uno de ellos presentaba antecedentes psiquiátricos, en concreto patología dual.

Si bien tanto en España² como en otros países^{3,4} se ha alertado del riesgo de incrementos de suicidios por el confinamiento secundario a la pandemia por COVID-19, la gravedad de los intentos está poco estudiada. De hecho, los datos existentes sobre intentos de

autólisis son dispares: mientras que Puigurriquer-Ferrando et al. hallaron que las intoxicaciones de tipo suicida aumentaron entre un 4 y un 12% en Palma de Mallorca y Barcelona respectivamente³, en Madrid, Hernández-Calle et al. encontraron una reducción significativa en el número de visitas a urgencias por patología psiquiátrica y por intentos de suicidio⁵. Esto último coincide con nuestro análisis exploratorio: se atendieron menos tentativas de suicidio, aunque las que llegaron al hospital fueron importantes en cuanto a mortalidad, necesidad de ingreso hospitalario y morbilidad (desarrollo de secuelas graves). Es preciso no obstante ampliar la muestra de centros para corroborar estos datos, proyecto ya iniciado a través de la Red SIESTA⁴. Por otro lado, hay autores que apuntan a un posible incremento de suicidios en pacientes de edad avanzada⁶, hecho no objetivado en nuestra serie. No obstante, queda por co-

nocer los casos de suicidio consumado atendidos por los Servicios de Emergencias Médicas y que no llegaron a los hospitales⁸.

Al igual que alertan otros autores, creemos que se hace necesaria una estrategia preventiva sobre suicidios de cara a posibles futuros confinamientos en nuestro país, independientemente del ámbito geográfico que incluyan (barrios, municipios, islas, etc.), en la que se incluyan medidas como el seguimiento telefónico de pacientes de riesgo, asegurando la toma de medicación y disminuyendo su sensación de soledad², o la posible promoción de APPs⁹, entre otras¹⁰. Además, parece que hay que prestar especial atención a la población adolescente¹¹ y a la de edad avanzada¹².

BIBLIOGRAFÍA

1. Valdés-Florado MJ, López-Díaz Á, Paler-

mo-Zeballos FJ, Martínez-Molina I, Martín-Gil VE, Crespo-Facorro B, et al. Psicosis reactivas en el contexto de la pandemia del COVID-19: perspectivas clínicas de una serie de casos. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020;13:90-4.

- Padron-Monedero A, Noguer-Zambano I, García TG, Sarmiento Suárez R, Bobes J, Gili M, et al. Suicidio. La era post-COVID: Tiempo para la acción. [published online ahead of print, 2020 Jul 20]. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020;S1888-9891: 30074-4.
- D'Agostino A, D'Angelo S, Giordano B, Chiara A, Lorenza M, Cristiana Redaelli C, et al. Brief Psychotic Disorder during the national lockdown in Italy: an emerging clinical phenomenon of the coronavirus pandemic [published online ahead of print, 2020 Aug 6]. *Schizophr Bull.* 2020; sbaa112.
- Wand APF, Zhong BL, Chiu HFK, Draper B, De Leo D. COVID-19: the implications for suicide in older adults [published online ahead of print, 2020 Apr 30]. *Int Psychogeriatr.* 2020;1-6.
- Puiguirguer-Ferrando J, Salgado-García E, Nogue-Xarau S. Intoxicaciones atendidas en urgencias durante el confinamiento por la pandemia del COVID-19. *Emergencias.* 2020;32:300-1.
- Hernández-Calle D, Martínez-Alés G, Mediavilla R, Aguirre P, Rodríguez-Vega B, Bravo-Ortiz MF. Trends in Psychiatric Emergency Department Visits Due to Suicidal Ideation and Suicide Attempts During the COVID-19

Pandemic in Madrid, Spain. *J Clin Psychiatry.* 2020;81:20113419.

- Miró O, González Del Castillo J. Colaboración entre servicios de urgencias españoles para fomentar la investigación: a propósito de la creación de la red SIESTA (Spanish Investigators on Emergency Situations TeAm) y de la coordinación del macroproyecto UMC-19 (Unusual Manifestations of C. Emergencias. 2020;32:269-77.
- Martín-Rodríguez F, Sanz-García A, Ortega Moreno L, del Pozo Vegas C, Castro-Villamor MA, Martín-Conty JL, et al. Modelo de riesgo de mortalidad precoz en pacientes ancianos con enfermedad aguda atendidos por servicios de urgencias prehospitalarias. *Emergencias.* 2020;32:177-84.
- Melia R, Francis K, Hickey E, Bogue J, Duggan J, O'Sullivan M, et al. Mobile Health Technology Interventions for Suicide Prevention: Systematic Review. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2020;8:e12516.
- Vieta E, Pérez V, Arango C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020;13:105-10.
- Durante JC, Lau M. Adolescents, Suicide, and the COVID-19 Pandemic. *Pediatr Ann.* 2022;51:e144-e149.
- Zhang L, Cai H, Bai W, Zou SY, Feng KX, Li YC, et al. Prevalence of suicidality in clinically stable patients with major depressive disorder during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord.* 2022;307:142-8.

Ecografía de urgencias: aclarar conceptos

Emergency ultrasound: clarifying the concepts

Sr Editor:

La ecografía de urgencias (EUS) es definida por el American College of Emergency Physicians (ACEP) como "uso médico de la tecnología de ultrasonido para la valoración *in situ* de situaciones clínicas urgentes o críticas", y se realiza por personal de urgencias en donde presta asistencia: hospitales, centros de salud, ambulancias, domicilios, entornos remotos, etc. Es un instrumento que nos sirve de ayuda en la reanimación, diagnóstico, evolución del paciente y para procedimientos clínicos¹.

Por otro lado, la ecografía a pie de cama, es una exploración con ecógrafo a la cabecera del paciente, orientada por objetivos, que es realizada por un

Tabla 1. Tabla comparativa con algunas diferencias entre los conceptos

	Ecografía de urgencias	Ecografía a pie de cama	Ecografía diagnóstica clínica
Concepto	Uso médico de la tecnología de ultrasonido para la valoración <i>in situ</i> de situaciones clínicas urgentes o críticas.	Es una exploración con ecógrafo a la cabecera del paciente, orientada por objetivos, que es realizada para dar respuesta a una duda diagnóstica específica o para guiar una técnica invasiva.	Da respuesta a la petición a una solicitud estudio ecográfico. Para realizarse, se precisa una formación específica y acreditada. Normalmente un especialista en radiología, y precisa llevar asociado un informe clínico diagnóstico.
Operador	Médico de urgencias.	Cualquier médico, internista, traumatólogo, urólogo, médico de familia...	Médico radiólogo.
Informe clínico	Solo hallazgos, incompleto.	Por aparatos.	Reglado y con repercusiones.
Petición de solicitud	No.	A veces.	Siempre, aunque sea urgente.
Donde se realiza	En cualquier lado. El paciente puede estar inestable. En el momento que se piense y se disponga.	Según el estudio precisará condiciones mínimas para realizarse. Paciente estable en cama o sentado.	En la consulta donde está el ecógrafo (equipos de mayor potencia) normalmente con cita, pero puede precisarse traslado urgente del paciente.

Autor:

Francisco Manuel Falcón Morales.

Filiación del autor:

Servicio Urgencias. Hospital General de Fuerteventura. Fuerteventura, España.

E-mail:

fmfalcon05@gmail.com

Responsabilidades éticas:

Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes y, acuerdo de publicación y cesión de derechos a REUE.

Editor responsable:

Fernando Rosell Ortiz.

DOI:10.55633/s3me/REUE.A109.2024

profesional sanitario para dar respuesta a una duda diagnóstica específica o para guiar una técnica invasiva². Entre sus aplicaciones se encuentra el cribado de determinados procesos, además del diagnóstico, monitorización, la reanimación, y la realización de procedimientos guiados. No es exclusivo de urgencias, ya que su utilidad es reconocida en otros ámbitos sanitarios, como traumatología, atención primaria, oftalmología, etc.

Por último, tenemos la ecografía diagnóstica, desarrollada en medicina desde la década de los cuarenta, y que da respuesta a la petición de una "ecografía urgente, preferente o diferida". Para realizarse, se precisa una formación específica y acreditada, normalmente por un especialista en radiología. Su trámite necesita una solicitud que incluye, identificación del paciente, motivo de petición y un resumen de la historia clínica, y aporta un informe diagnóstico, muchas veces complemento necesario del proceso asistencial de urgencias. La ecografía diagnóstica realizada por radiólogos, precisa de unos estándares superiores de calidad, tanto para su realización, su registro, como en el informe final⁴.

Aunque la EUS se usa como sinóni-

mo de ecografía a pie de cama, de cabecera, ecografía clínica, o *point of care ultrasound* (POCUS), es una entidad propia de urgencias, que se centra en procesos tiempo dependiente, y es realizada por el urgenciólogo, que normalmente está de pie. Por lo tanto, los estándares de calidad y registro, deben de ser diferentes a los estudios realizados en entornos más confortables (ubicación, situación del paciente, presión asistencial), y puede precisarse completarse con otros estudios, que se realizan en un ambiente más confortable y sentado.

En países con Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias, la EUS es una competencia técnica esencial para la formación, por lo que su implantación está normalizada y extendida. En los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) de España hay una clara dificultad para implantar y evaluar la EUS, motivada principalmente por la ausencia de esta especialidad, no conociéndose el grado de implantación, ni las características de las ecografías que en ellos se realizan³.

Habitualmente, nos referimos como ecografía a pie de cama a las realizadas en los SUH, término que debiera matizarse, puesto que cada vez vemos con más frecuencia el manejo ecográ-

fico en urgencias por especialistas que no son radiólogos ni urgenciólogos, sentados y con el paciente estabilizado. Además, la EUS, necesita de un programa de calidad, con el objetivo fundamental de brindar retroalimentación para la mejora del desempeño y fomentar la formación⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ultrasound Guidelines: Emergency, Point-of-care, and Clinical Ultrasound Guidelines in Medicine. Approved June 2016. (Consultado 23 Noviembre 2021). Disponible en: <https://www.acep.org/globalassets/new-pdfs/policy-statements/ultrasound-guidelines---emergency-point-of-care-and-clinical-ultrasound-guidelines-in-medicine.pdf>
2. Soni N, Arntfield R, Kory P. Evolución de la ecografía a pie de cama. Editores Nilam J Soni, Robert Arntfield, Pierre Kory. Ecografía a pie de cama, fundamentos de la ecografía clínica. Polonia: Elsevier España SL; 2016. pp 1-6.
3. Jacob J, Zorrilla J, Gené E, Alonso G, Rimbaud P, Casarramona F, et al. Análisis del uso de la ecografía a pie de cama en los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. Estudio ECURCAT. An Sist Sanit Navar. 2018;41:161-9.
4. Junta Directiva de la Asociación de Radiólogos de Navarra. Opinión de la Junta Directiva de la Asociación de Radiólogos de Navarra ante la práctica de ecografías por médicos no radiólogos. An Sist Sanit Navar. 2019;2:97-9.
5. Sociedad Española de Radiología Médica. Posicionamiento de la SERAM sobre la ecografía en atención primaria.(Consultado 11 Noviembre 2018). Disponible en: <https://seram.es/index.php/informacion/noticias/1206-posicionamiento-de-la-seram-sobre-la-ecografia-en-atencion-primaria>.