

Cuando la olanzapina parece un opiode: una forma engañosa de intoxicación

When olanzapine appears to be an opioid: a deceptive form of intoxication

Sr. Editor:

La olanzapina, fármaco antipsicótico atípico cuya prescripción actual es notoria, en caso de intoxicación a altas dosis, puede confundirse con una sobredosis opiode¹.

Mujer de 20 años, policonsumidora de sustancias de abuso desde los 16 años, la cual se encontraba en seguimiento psiquiátrico por alteraciones conductuales y había presentado un ingreso el año anterior por psicosis no especificada, indicándose al alta tratamiento con olanzapina. Traída a urgencias por el 061 al ser encontrada en el suelo de la habitación con disminución del nivel de conciencia, sin poder precisarse lo que la paciente había consumido. Únicamente se hallaron junto a ella dos comprimidos de olanzapina. El familiar refirió que estuvo en una fiesta y que pudo haber consumido drogas.

A su llegada a urgencias presentaba temperatura axilar de 35,9°C, frecuencia cardiaca (FC) de 121 latidos/minuto, tensión arterial de 110/63 mmHg y saturación de oxígeno a aire ambiente del 100 %, pero sin datos de su frecuencia respiratoria. Se encontraba comatosa y mantenía respuesta al dolor mediante sonidos incomprendibles, sin respuesta oral

ni a órdenes verbales. En la exploración física se objetivaron unas pupilas mióticas, piel seca y xerostomía, sin globo vesical.

El Electrocardiograma (ECG) mostró taquicardia sinusal con FC de 125 latidos/minuto, eje eléctrico +60° (normal), QRS de 80 milisegundos y QTc (Bazett) de 442 milisegundos, sin alteraciones en la repolarización. Se extrajo analítica y gasometría venosa, que resultaron normales (etanol indetectable, Creatina quinasa (CK) 378 U/L), y el cribado ampliado de tóxicos habituales en orina resultó negativo, incluida ketamina.

Dada la situación clínica y los antecedentes, inicialmente se orientó como una intoxicación por algún opiode no detectado habitualmente², por lo que al día siguiente se amplió el cribado de orina para fentanilo (negativo) y se realizó un cribado ampliado mediante cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masas, identificándose olanzapina en altas concentraciones. Posteriormente se determinaron niveles de olanzapina en suero mediante cromatografía de líquidos acoplada a espectrometría de masas en tándem, obteniéndose un valor de 1.050 ng/mL, compatible con ingesta masiva (intervalo terapéutico: 20–80 ng/mL)². También se realizó cribado de benzodiazepinas en suero, que resultó negativo.

La taquicardia persistió durante las primeras 48 horas y precisó monitorización continua, con QTc inferior a 450 ms en los ECG seriados. Se detectó hipertermia leve (37,5°C) a las 20 horas de su llegada.

Se realizaron determinaciones seriadas de niveles de olanzapina en tiempo real durante el curso clínico de la paciente (seis determinaciones), siendo el último de 72 ng/mL, obtenido a las 105 horas desde su ingreso, lo que permitió calcular una semivida de eliminación de 26 h (intervalo en población general 30–60 h)³. Paralelamente, se monitorizaron los niveles de CK, con un máximo de 2.102 U/L a las 8 horas de su llegada (Figura 1).

Durante su estancia presentó fluctuaciones del nivel de conciencia con episodios de agitación e inquietud que se controlaron mediante contención mecánica y farmacológica (diazepam intravenoso). Las pupilas se hicieron progresivamente menos mióticas y se observó una normalización progresiva de la frecuencia cardiaca. A las 72 horas, con una FC de 93 latidos/minuto y recuperación casi completa del nivel de conciencia, recibió el alta médica, quedando ingresada a cargo de Psiquiatría.

La intoxicación aguda por altas dosis de olanzapina se caracteriza clínicamente por depresión del sistema nervioso central (SNC), delirio y agitación, taquicardia y miosis⁴. A menudo se describe como un toxíndrome anticolinérgico atípico, dada la presencia de rasgos que imitan un toxíndrome opiode (miosis y depresión del nivel de conciencia). Ante un paciente con este cuadro clínico y un cribado ampliado de opiáceos negativo, la olanzapina debe considerarse en el diagnóstico diferencial como posible causa⁵.

Autores:

Mónica Marín Vidal¹,
Jordi Puiguirguer Ferrando¹,
Isabel Gomila Muñoz²,
Bernardí Barceló Martín³

Filiación de los autores:

¹Servicio de Urgencias, Unidad de Toxicología Clínica, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

²Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España.

³Servicio de Análisis Clínicos, Unidad de Toxicología Clínica, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

E-mail:

bernardino.barcelo@ssib.es

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 la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Editor responsable:

Montserrat Amigó Tadin.

DOI:

XXXX

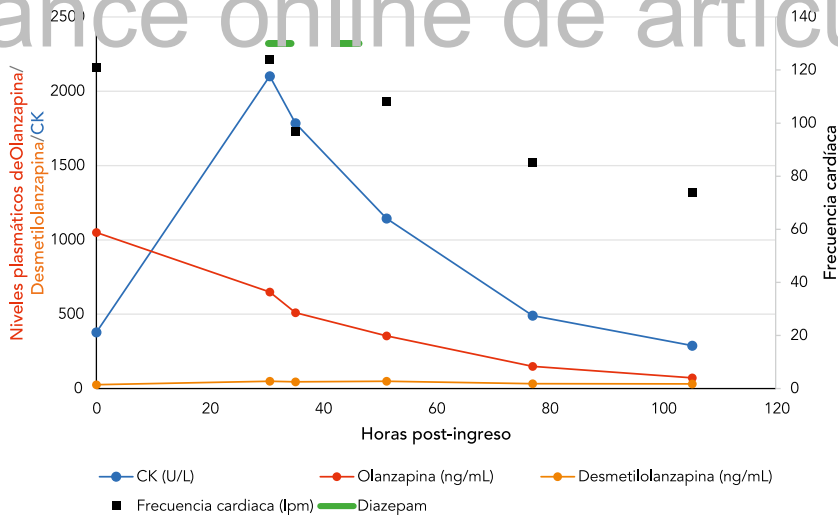


Figura 1. Evolución de niveles séricos de olanzapina y correlación clínica, mostrando la mejoría progresiva de la paciente y el control de la agitación con diazepam.

Las benzodiacepinas son el tratamiento de primera línea para controlar la agitación y el delirio, semejante a una encefalopatía, por su eficacia y perfil de seguridad. La fisostigmina, antídoto útil ante el delirio por intoxicación anticolinérgica, en este caso se desestimó, al no ser la olanzapina un fármaco específicamente anticolinérgico⁶ y al incrementar su farmacología mixta el ries-

go de posibles efectos adversos. Por ello, el manejo con benzodiacepinas y medidas de soporte se consideró la opción más segura y adecuada.

La monitorización seriada de niveles plasmáticos, además de permitir confirmar la intoxicación en este caso, aporta información útil para estimar la semivida de eliminación y predecir su evolución clínica.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Disponibilidad de datos en abierto: Los datos están disponibles bajo solicitud al autor asignado para la correspondencia.

Uso de herramientas de inteligencia artificial generativa: Los autores declaran no haber utilizado herramientas de IA en la elaboración de este artículo.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

BIBLIOGRAFÍA

- O'Malley GF, Seifert S, Heard K, Daly F, Dart RC. Olanzapine overdose mimicking opioid intoxication. *Ann Emerg Med* August. 1999;34:279-81.
- Gironés Bredy C, Almeida González M, Hamid Cedrés J, Guigou Tudela I, Almeida González C, Cabrera González N, et al. Detección de nuevas sustancias psicoactivas (NPS) en los servicios de urgencias hospitalarias de Canarias: aspectos epidemiológicos y analíticos (estudio CaNPuS). *Rev Esp Urg Emerg*. 2025;4:218-26.
- Hiemke C, Bergemann N, Clement HW, Conca A, Deckert J, Domschke K, et al. Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017. *Pharmacopsychiatry*. 2018;51:9-62.
- Morgan M, Hackett LP, Isbisiter GK. Olanzapine overdose: a series of analytically confirmed cases. *Int Clin Psychopharmacol*. 2007;22:183-6.
- Milone MC. Laboratory testing for prescription opioids. *J Med Toxicol*. 2012;8:408-16.
- Dawson AH, Buckley NA. Pharmacological management of anticholinergic delirium - theory, evidence and practice. *Br J Clin Pharmacol*. 2016;81:516-24.