



Paciente joven diagnosticada de intoxicación por hidroxiclороquina

Young patient diagnosed with hydroxychloroquine intoxication

Sr. Director:

La hidroxiclороquina es un fármaco ampliamente usado en nuestro país en procesos reumatológicos, aunque también tiene indicación en profilaxis y en el tratamiento de la malaria no complicada.

A pesar de ello, la intoxicación por hidroxiclороquina es una entidad poco frecuente en nuestro ámbito, existiendo mayor experiencia toxicológica con la cloroquina. Sin embargo, aspectos como la similitud desde el punto de vista de sus estructuras químicas, junto a las semejanzas en el curso clínico de la intoxicación por ambas, ha conducido a que las medidas terapéuticas de la intoxicación por cloroquina se extrapolen en el caso de la hidroxiclороquina¹.

Ambos tienen un perfil de toxicidad sobre el sistema de conducción cardíaco con efecto inotrópico negativo, prolongación del complejo QRS e intervalo QT, ectopias ventriculares y *torsades de pointes*^{1,2}. A nivel ocular pueden producir diversas alteraciones retinianas y parálisis de la musculatura extraocular o ciliar¹. A nivel respiratorio, se puede producir edema pulmonar y parada respiratoria de 1 a 3 horas postingesta. También puede aumentar o reducir la excitabilidad del sistema nervioso central y hepatitis. Desde el punto de vista del balance hidroelectrolítico, la hidroxiclороquina produce hipopotasemia en alrededor del 80 % de las intoxicaciones^{3,4}.

Caso clínico

Mujer de 27 años en seguimiento por el servicio de Reumatología por el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico desde hace dos años. Su tratamiento habitual es 200 mg de sulfato de hidroxiclороquina (equivalente a 155 mg de hidroxiclороquina base) en una única toma diaria.

Es trasladada a Urgencias por un familiar tras ser encontrada inconsciente en el suelo. Al ingreso presenta una presión arterial de 45/25 mmHg, puntuación Glasgow de 3/15, pulso de 72 lpm y pupilas anisocóricas (ambas reactivas) con midriasis derecha. Se procede a

intubación orotraqueal y resucitación con volumen. Se realiza un electrocardiograma, presentando ritmo sinusal. En la analítica de urgencia destaca hipopotasemia de 1,6 mEq/l, con pH 7,2, láctico 19 mmol/l, glucosa 65 mg/dl y bicarbonato 13 mEq/l. Se realiza TAC craneal, que es normal.

Se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde persiste la hipopotasemia a pesar de corrección intravenosa. A las cuatro horas del ingreso, presenta taquicardia ventricular tipo *torsade de pointes* con alargamiento QT, siendo necesario un choque eléctrico e iniciar perfusión de isoproterenol.

Tras indagar con la familia y comprobar el número de comprimidos que tiene en el domicilio, junto con el registro de dispensaciones del fármaco en la farmacia comunitaria, se sospecha un cuadro de intoxicación por hidroxiclороquina, aunque se desconoce la dosis ingerida.

Se procede a la extubación a las 72 horas con buena evolución clínica. La paciente reconoce ideación suicida y es derivada a Psiquiatría al alta.

Comentario

En los primeros minutos postingesta se recomienda lavado gástrico y la administración de carbón activado^{1,5,6}. Los antiarrítmicos tipo I están contraindicados en el tratamiento de estos pacientes, debido a que pueden prolongar aún más el intervalo QT¹.

El diazepam a dosis altas puede resultar de utilidad en caso de hipotensión, arritmias e intervalo QRS prolongado⁵. En caso de hipotensión y bradicardia inducida por hidroxiclороquina, se puede recurrir a isoproterenol⁷.

Con respecto al manejo de la hipopotasemia, se debe ser muy cuidadoso y administrar potasio intravenoso como máximo a una velocidad de 10-15 mEq/h. Esto es debido a que no existe un déficit de potasio por un estado fisiopatológico concreto, sino por una redistribución intracelular anormal derivada de la intoxicación por hidroxiclороquina, que debe revertir a corto plazo conforme se resuelve la intoxicación⁸.



Los artículos publicados en esta revista se distribuyen con la licencia:
Articles published in this journal are licensed with a:

[Creative Commons Attribution 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

La revista Farmacia Hospitalaria no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

La combinación de emulsiones lipídicas intravenosas con hemodiálisis intermitente podría ser beneficiosa⁵. También se puede contemplar el uso de soporte circulatorio extracorpóreo en situación de colapso circulatorio y parada cardíaca⁹.

En resumen, aunque la intoxicación por hidroxiclороquina es infrecuente en nuestro ámbito, puede resultar letal.

Referencias

1. Marquardt K, Albertson TE. Treatment of hydroxychloroquine overdose. *Am J Emerg Med*. 2001; 19:420-4.
2. White NJ. Cardiotoxicity of antimalarial drugs. *Lancet Infect Dis*. 2007; 7:549-58.
3. Smith ER, Klein-Schwartz W. Chloroquine and hydroxychloroquine exposure in toddlers. *J Emerg Med*. 2005; 28:437-43.
4. Gunja N, Roberts D, McCoubrie D, Lamberth P, Jan A, Simer DC *et al*. Survival after massive hydroxychloroquine overdose. *Anaesth Intensive Care*. 2009; 37:130-3.
5. McBeth PB, Missirlis PI, Brar H, Dhingra V. Novel therapies for myocardial irritability following extreme hydroxy chloroquine toxicity. *Case Rep Emerg Med*. 2015; 2015:692948.
6. Mongenot F, Tessier Gonthier Y, Derderian F, Durand M, Blin D. Treatment of hydroxychloroquine poisoning with extracorporeal circulation. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2007; 26:164-7.
7. Chen CY, Wang FL, Lin CC. Chronic hydroxyl chloroquine use associated with QT prolongation and refractory ventricular arrhythmia. *Clin Toxicol*. 2006; 44:173-5.
8. Mégarbane B, Résière D, Sonnevile R, Guerrier G, Deye N, Baud F. Acute hydroxychloroquine poisoning: The danger of rapid or excessive correction of initial hypokalemia. *Presse Med*. 2005; 34:933-4.
9. Mégarbane B, Deye N, Baud FJ. Extracorporeal life support for poisonings with cardiotoxicants. *Rev Prat*. 2008; 58:855-60.

Cristóbal Gallego Muñoz¹, Luis Olmos Gutiérrez²,
Nieves Guerrero Navarro³ y Elisa Parra Alonso⁴

¹Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria. ²Universidad de Sevilla.

³Hospital La Merced, Osuna, Sevilla. ⁴Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria. España.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: toba_gallego@hotmail.com
(Cristóbal Gallego Muñoz).

Recibido el 17 de diciembre de 2016; aceptado el 25 de enero de 2017.
DOI: 10.7399/fh.2017.41.3.10734