

## **APRENDIENDO CON CASOS**

### **CASO 5/2012**

**Presenta: Dr.Abel Esteban Bordon**

Una mujer boliviana de 20 años ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva del hospital Alvarez con deterioro del sensorio post-ictal, acidosis metabólica, hiperglucemia e insuficiencia ventilatoria con necesidad de intubación orotraqueal y conexión a asistencia respiratoria mecánica.

Antecedentes: En quimioprofilaxis con isoniacida por ser conviviente de paciente con tuberculosis pulmonar.

**Cuáles son los diagnósticos diferenciales posibles?**

Los nuestros fueron:

- 1- ACV
- 2- EPILEPSIA
- 3- CETOACIDOSIS DIABETICA
- 4- MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA
- 5- CONSUMO DE SUSTANCIAS TOXICAS
- 6- CRISIS CONVERSIVA

**En base a lo anterior, que estudios complementarios solicitaría para arribar al diagnóstico?**

- TAC DE CEREBRO SIN CONTRASTE: Normal.
- TAC DE TORAX: Infiltrados bilaterales de vértices a bases en zona de decúbito compatibles con broncoaspiración.
- PL: Normal
- SEROLOGIA HIV: Negativa.
- TEST DE EMBARAZO: Negativo.
- ASPIRADO TRAQUEAL: Directo para BAAR negativo.
- HEMOCULTIVOS X 2: Negativos.
- UROCULTIVO: Negativo.

**Resolución del caso:**

A las 48 hs de su ingreso la familia nos acercó una carta de despedida de la paciente, que halló en el domicilio junto a tres *blisters* vacíos correspondientes a isoniazida de 300 mg.

De esta manera, se arribó al diagnóstico de intoxicación grave por isoniazida con fin suicida, estimándose un consumo de 7.5 gramos.

La paciente evolucionó favorablemente egresando de la unidad al cuarto día. Durante su internación no evidenció signos de daño hepático. Presentó aumento de CK total interpretándose secundaria a rabdomiolisis por convulsiones. Continuó su estadía en clínica médica externándose el día décimo cuarto con valores de laboratorio normales.

Evaluada y tratada por psicopatología el diagnóstico de egreso fue intento de suicidio por isoniazida secundaria a brote psicótico. Cabe mencionar en este punto, que la paciente refirió alucinaciones (a predominio auditivas) días y horas previas al intento. Las mismas comenzaron poco después del inicio del tratamiento quimioprofiláctico.

### **Conclusión:**

Por un lado la paciente presentó la tríada característica descripta en los infrecuentes casos de intoxicación grave por isoniazida: acidosis metabólica, convulsiones por encefalopatía tóxica e hiperglucemia. La terapéutica general fue de sostén, acompañada del tratamiento específico con piridoxina a dosis elevadas.

Por otro lado, se interpretó como “probable” la relación entre el fármaco administrado en dosis terapéuticas y el brote psicótico que culmina con el intento tanático.

Finalmente, este caso permite observar un efecto adverso poco frecuente de la isoniazida a dosis habituales (brote psicótico), que culmina en el intento de suicidio con la misma, poniendo en evidencia las manifestaciones clínicas potencialmente letales de dosis tóxicas.