

Cánnabis: la intoxicación también sucede en lactantes

M. García Ventura, D. Palanca Arias, P. Madurga Revilla, I. Gil Hernández, J. Sorribes i Estorch, J. P. García Íñiguez

Hospital Infantil Universitario Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 99-102]

RESUMEN

Antecedentes: El cánnabis es la droga ilegal más consumida en nuestro país. El consumo es cada vez mayor y se da progresivamente a edades más tempranas, lo que implica un aumento de las intoxicaciones involuntarias tras su ingesta accidental en lactantes. **Objetivo:** Describir la forma de presentación y el proceso diagnóstico y terapéutico en cinco lactantes de entre 10 y 14 meses, tras intoxicación accidental por cánnabis. **Descripción del caso:** Se presentan cinco casos de lactantes con disminución del nivel de conciencia y escasa respuesta a estímulos, decaimiento e hipotonía, tras la ingesta accidental de cánnabis. Se llega al diagnóstico mediante la detección de cánnabis en la orina, y el tratamiento se realiza con medidas de soporte y observación estrecha, consiguiéndose al cabo de 12-24 h la recuperación neurológica completa, sin mayores complicaciones y se solicita también valoración por parte de la trabajadora social. **Conclusión:** Debido al incremento observado en el consumo de cánnabis, será necesario aumentar el índice de sospecha de intoxicación por esta sustancia en lactantes y niños que presenten un deterioro rápido del estado neurológico de etiología desconocida.

PALABRAS CLAVE

Cánnabis, tetrahidrocannabinol, intoxicación, somnolencia.

Cannabis: intoxication also happens in infants

ABSTRACT

Background: Cannabis is the most consumed illegal drug in our country. Consumption is increasing and at earlier ages, leading to a rise in involuntary poisoning after accidental ingestion in infants. **Objective:** Describe the presentation and diagnostic and therapeutic process in five infants aged from 10 to 14 months after accidental cannabis poisoning. **Case description:** Five cases of infants with decreased level of consciousness, poor response to stimuli, decay and hypotonia, after accidental cannabis ingestion are presented. **Diagnosis** is reached through the detection of cannabis in urine, and the treatment is carried out with support measures and close observation, obtaining complete neurological recovery after 12-24 hours, without major complications, also requesting an assessment by the social worker. **Conclusion:** Due to the increase in cannabis consumption, it will be necessary to raise the index of suspected intoxication caused by this substance in infants and children who show an unexplained acute onset of neurological status deterioration.

KEYWORDS

Cannabis, tetrahidrocannabinol, intoxication, drowsiness.

Correspondencia: María García Ventura
Teléfono de contacto: 661 13 26 09
mariagarciaventura90@gmail.com

Recibido: septiembre de 2019. Aceptado: octubre de 2019

INTRODUCCIÓN

El cánnabis es la sustancia ilegal más consumida entre la población española, y su uso continúa en aumento. Según la última Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES 2017-2018) se consume en mayor cantidad y a una edad más temprana y se estima que, en 2017, consumieron cánnabis diariamente, 647.000 personas, lo que supone un 2,1% de la población española⁽¹⁾. La prevalencia en hombres triplica a la de las mujeres, y el grupo de edad más afectado es de 15 a 24 años. Secundariamente a este incremento, se ha objetivado un aumento del número de intoxicaciones, no solo entre adolescentes, tras ingesta voluntaria, sino también en lactantes tras ingesta accidental^(2,3,4,5).

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Se presentan cinco casos de intoxicación por cánnabis en lactantes que acudieron a nuestro hospital en el último año y precisaron ingreso para observación por clínica compatible con intoxicación aguda por cánnabis.

El caso 1 es una lactante de 10 meses trasladada desde otro hospital por sospecha de ingesta de hachís de forma accidental. El padre era consumidor ocasional y tenían cánnabis en el domicilio. Presenta disminución del nivel de conciencia y escasa respuesta a estímulos. En el hospital de origen se le administra carbón activado y oxigenoterapia y es trasladada a nuestro centro, donde se le asignan 13-14 puntos en la escala Glasgow y se decide su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCI-P) para observación. Se extraen analíticas sin encontrar parámetros de infección elevados ni alteraciones en el equilibrio ácido-base o en los iones. Se solicitan tóxicos en orina y se confirman la intoxicación aguda por cánnabis. Permanece hemodinámica y respiratoriamente estable sin precisar soporte. Desde el punto de vista neurológico se observa una progresiva mejoría, y la paciente se muestra cada vez más despierta y reactiva. Fue dada de alta a planta a las 24 horas y a domicilio a las 48 horas completamente asintomática.

El caso 2 es un lactante de 13 meses sobre el que se consulta por hipotonía y somnolencia de una hora de evolución. Los padres no refieren fiebre ni ingesta de fármacos o tóxicos. En urgencias presenta somnolencia con hipotonía axial y de extremidades, Glasgow 11-12 y pupilas levemente midriáticas y poco reactivas. El resto de la exploración neurológica y por aparatos es normal. Se realizan pruebas complementarias siguiendo

el protocolo de encefalopatía aguda con determinación de hemograma, bioquímica, equilibrio ácido base, iones, marcadores de infección, ecografía abdominal, TAC craneal y punción lumbar, todas ellas sin alteraciones. Se analizan cualitativamente tóxicos en orina que dan positivo para cánnabis. Ante el empeoramiento neurológico ingresa en UCI-P donde permanece estable hemodinámica y respiratoriamente, afebril y sin signos clínicos de infección. En un primer momento presenta Glasgow lactante de 9, recuperando nivel de conciencia durante las siguientes horas. Fue dado de alta a las 72 horas sin clínica neurológica y tras valoración por Trabajo Social. Los padres negaron consumo de tóxicos, y la determinación cuantitativa en sangre de cánnabis fue de 89 ng/ml (límite 25 ng/ml).

El caso 3 es un lactante de 11 meses que es llevado al servicio de Urgencias por decaimiento e hipotonía generalizada de 2-3 horas de evolución. Los padres refieren sensación distérmica e impresión de dolor abdominal. Presentaba buena ingesta, sin náuseas ni vómitos. No refieren antecedente infeccioso, traumatológico o de ingesta de tóxicos. En Urgencias se realiza el despistaje de probables causas la hipotonía (análisis de sangre, orina y ecografía que fueron normales) y, al recibir muestra de orina positiva a cánnabis, los padres refieren que el niño pudo ingerirla de forma accidental en casa del abuelo. A las 12 horas de ingreso, presenta buen estado general y exploración neurológica y por aparatos normal; activo y reactivo, con correcta manipulación y deambulación. La determinación cuantitativa en sangre de cánnabis fue de 89 ng/ml. Permanece estable, sin incidencias, es dado de alta a las 24 horas. Se contacta con la trabajadora social de nuestro centro, quien mantiene una entrevista con la familia y contacta con Trabajo Social de su centro de atención primaria para seguimiento.

El caso 4 es un lactante de 14 meses que ingresa tras posible ingesta de un trozo de hachís, encontrándose posteriormente somnoliento. A su llegada a Urgencias se encuentra reactivo con Glasgow 15 y exploración neurológica normal. Se analizan tóxicos en orina que confirman la sospecha y se realiza un electrocardiograma que evidencia un discreto desnivel de ST en precordiales medias que posteriormente desaparece. Es dado de alta a las 24 h ante la buena evolución clínica, precisando controles por Cardiología y Trabajo Social.

El caso 5 es un lactante de 11 meses que trasladan desde el Hospital de Alcañiz por un cuadro de alteración del nivel de conciencia progresiva sin causa aparente. Presenta hemograma, coagulación, gasometría y marcadores

de infección anodinos. En nuestro centro se determina Glasgow 13-14 con tendencia a la somnolencia y cierta hipotonía. El resto de la exploración es normal. Se analizan tóxicos en la orina, que dan positivo a cannabinoides sin precisar más exploraciones, e ingresa para observación. Es dado de alta al día siguiente, tras contacto con Trabajo Social, con Glasgow 15 y exploración normal.

DISCUSIÓN

El cánnabis es una sustancia obtenida de la planta *Cannabis sativa* cuyo principio psicoactivo más importante es el delta-9 tetrahidrocannabinol (9-THC)⁽⁴⁾. La forma de consumo más popular es inhalada, hachís⁽⁶⁾, con inicio de los síntomas a los 10 minutos y duración de los efectos de 3 horas. Consumida por vía oral, los síntomas aparecen a los 20-60 minutos y pueden mantenerse durante 6 horas, con efecto máximo a las 2-3 horas⁽⁷⁾. El efecto es dosisdependiente.

Clínicamente, produce broncodilatación, sequedad de mucosas, náuseas, vómitos e hipoglucemia, incremento de la frecuencia cardíaca y del gasto cardíaco, sin aumento de la TA. En niños a altas dosis puede aparecer bradicardia e hipotensión. A nivel ocular, es típica la inyección conjuntival y la midriasis, así como la disminución de la presión intraocular y, en ocasiones, visión amarillenta o centelleo de colores. La sintomatología neurológica varía en función de la gravedad de la intoxicación, desde sensación de extrañeza y somnolencia en casos de intoxicación leve; euforia, risa fácil, despersonalización y alteración en la percepción del tiempo, si es moderada, hasta crisis de pánico, psicosis, temblor, ataxia y coma en intoxicaciones graves^(8, 9, 10).

El diagnóstico se realiza por detección del 9-THC en orina de forma cualitativa y cuantitativa. Se metaboliza casi en su totalidad por vía hepática y los metabolitos se excretan por orina y heces hasta 7-10 días tras su consumo. Resulta importante, en casos graves, descartar la intoxicación concomitante con otras sustancias tóxicas⁽⁷⁾.

Debe ser considerada en niños previamente sanos que presenten síntomas neurológicos de inicio agudo y etiología desconocida, e incluir el cribado de tóxicos en la orina en los pacientes con deterioro brusco del nivel de conciencia sin causa aparente⁽⁸⁾.

Se ha de realizar un diagnóstico diferencial con infecciones del sistema nervioso como meningitis o encefalitis, sepsis, traumatismos craneales y alteraciones metabólicas

(hipoglucemia, hipernatremia o hiponatremia, alteraciones del láctico, amoníaco y cetoacidosis diabética).

El tratamiento es sintomático, utilizando medidas de soporte en función de la gravedad del cuadro, pues no existe antídoto específico para revertir la sintomatología⁽⁷⁾.

Asimismo, este tipo de intoxicación puede representar una negligencia en el cuidado parental, por lo que se debería poner en conocimiento judicial y de los servicios sociales⁽³⁾.

Con estos casos se quiere destacar la importancia que, para el diagnóstico de estos pacientes, tiene realizar una adecuada historia de antecedentes de consumo de medicamentos y drogas a los familiares, e incluir el cribado de tóxicos en orina en los pacientes con deterioro brusco del nivel de conciencia sin causa aparente⁽⁹⁾.

Resulta imprescindible realizar prevención primaria ante el aumento del consumo, valorando la posibilidad de incidir más en los efectos y riesgos para los niños desde la consulta de Pediatría de Atención Primaria. Podría considerarse, por tanto, la posibilidad de introducir como parte del consejo de salud que se realiza en las visitas iniciales al pediatra.

CONCLUSIÓN

El aumento del consumo de estas sustancias supone un problema de salud, y es preocupante el incremento del número de intoxicaciones en lactantes y niños⁽¹¹⁾. Será, por tanto, esencial controlar y vigilar el consumo de tóxicos como el cánnabis por parte de padres y cuidadores, así como reforzar en las edades de mayor riesgo de intoxicación accidental y accidentes domésticos la vigilancia estrecha de lactantes y preescolares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España. EDA-DES 1995-2017. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
2. López Segura N, Herrero Pérez S, Esteban Tomé E, Seidel Padilla V, García Algar O, Mur Sierra A. Intoxicación por ingesta accidental de cannabis. *An Pediatr (Barc)* 2002; 57: 76.
3. Álvarez N, Ros P, Pérez MJ. Caso de intoxicación por cannabis de un niño de 16 meses. *An Pediatr (Barc)* 2009; 70: 396-7.
4. Croche Santander B, Alonso Salas MT, Loscertales Abril M. Intoxicación accidental por cannabis: presentación de cuatro casos pediátricos en un hospital terciario del sur de España. *Arch Argent Pediatr* 2011; 109(1): e4-7.

5. Leiva Gea I, Peláez Pleguezuelos I, Sierra Córcoles J, Salazar Quero, et al. Intoxicación aguda por ingestión accidental de cánnabis en niño de 13 meses. *An Pediatr (Barc)* 2006; 65(2): 191.
6. García-Algar O, Gómez A. Cánnabis en urgencias. *An Pediatr (Barc)* 2010; 72(6): 375-6.
7. Mintegui S. Manual de Intoxicaciones en Pediatría. 3.ª edición. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría.
8. Borrego Domínguez R, Arjona Villanueva D, Fernández Barrio B et al. Estado comatoso tras ingesta de cánnabis. *An Pediatr (Barc)* 2007; 67(3): 276-8.
9. Boros CA, Parsons DW, Zoanetti GD et al. A cause of coma. *J Pediatr Child Health* 1996; 32(2): 194-5.
10. Bonkowsky JL, Sarco D, Pomeroy SL. Ataxia and shaking in a 2-year-old girl. Acute marijuana intoxication presenting as seizure. *Pediatr Emerg Care* 2005; 21(8): 527-8.
11. Claudet I, Mouvier S, Labadie M et al, Unintentional cannabis intoxication in toddlers *Pediatrics* 2017; 140(3): e20170017.