

Ergotismo

Reporte de un caso y Revisión Bibliográfica

Chacón Romina¹, García Nicolás¹, Di Pietro Janina¹, Casarotto Mariana¹.

1-Servicio de Clínica Médica. Hospital L. C. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina
Correo electrónico de contacto: Casarotto Mariana taticasarotto20@gmail.com
Recibido: 6 de Diciembre de 2022 - Aceptado: 12 de Diciembre de 2022

RESUMEN

El ergotismo es una enfermedad que se caracteriza por un vasoespamo arterial periférico de las extremidades, de escasa incidencia (0,01% de paciente que consumen ergotamina). El diagnóstico es clínico, asociado a los hallazgos del doppler de extremidades, con el antecedente etiológico relacionado al uso de fármacos derivados de la ergotamina. Este cuadro clínico es una urgencia médica que requiere un diagnóstico y tratamiento específico rápido, dado el riesgo de progresión a necrosis irreversible.

Presentamos un caso de una paciente de 40 años de edad, en tratamiento con antirretrovirales e ingesta de ergotamina, que ingresa al hospital por compromiso isquémico agudo de ambos miembros inferiores.

ABSTRACT

Ergotism. Case report and literature review

Ergotism is a disease characterized by a peripheral arteriospasm of the extremes, of minor incidence (0.01% of patients consuming ergotamine). The diagnosis is clinical, associated with the findings of Doppler ultrasound of the extremities, with a precedent of use drugs derived from ergotamine. This condition is a medical emergency that requires fast diagnosis

and specific treatment, given the risk of progression to irreversible necrosis.

We present a case of a 40-year-old female patient, under treatment with antiretroviral drugs and ergotamine, who was admitted to the hospital for acute ischemic involvement of both lower limbs.

Introducción

El ergotismo es una causa rara de insuficiencia arterial aguda causada por la intoxicación aguda o el uso crónico de los alcaloides derivados de ergóticos.

Al asociarlos con fármacos que afectan su metabolismo hepático, inhibiendo el citocromo P-450, como es el caso de ritonavir, pueden alcanzar concentraciones tóxicas, incluso a bajas dosis. Afecta con más frecuencia las arterias de pequeño y mediano calibre de las extremidades, aunque también puede afectar a grandes vasos y generar sintomatología diversa debida a isquemia en cualquier sector del organismo, pudiendo generar consecuencias devastadoras. En algunos casos, cursa con pulsos periféricos conservados por lo que inicialmente se suele descartar erróneamente una patología vascular. La isquemia provoca dolor y cambio de coloración en la región afectada que adquiere un tono azul o violáceo. Se presenta un caso de

ergotismo por consumo de antiretrovirales y ergotamina.

Caso clínico

Paciente mujer de 40 años de edad que consultó por presentar parestesias y dolor en miembros inferiores, de localización infrapatelar, de inicio súbito e intensidad 10/10, que irradia en forma ascendente a hueso poplíteo, de carácter opresivo, que no responde a analgésicos comunes y que se agrava con el decúbito. Refiere además disminución frialdad de las extremidades y cambio de coloración distal en la zona de dolor. No ha presentado fiebre ni otros síntomas generales.

Antecedentes patológicos: síndrome depresivo, tabaquismo 11 pack/years, consumo de sustancias ilícitas hasta 4 meses previos (benzoilmetilecgonina) sobrepeso e historia habitual de cefalea automedicada con ergotamínicos hasta 3 veces/semana, que cumple tratamiento profiláctico con antirretrovirales (lopinavir- ritonavir + lamivudina- zidovudina) por abuso sexual semanas previas al ingreso hospitalario.

En el examen físico regular estado general, BMI: 29 kg/m². T°: 36°C y SatO₂ AA: 97%, acrocianosis de ambos miembros inferiores a predominio dorsal y de los dedos de los pies, (Foto 1) frialdad distal, pulsos pedios débiles y relleno capilar enlentecido en ambos pies. Hemodinámicamente estable. Ap. Respiratorio, Abdomen, Semiología neurológica y osteomioarticular sin particularidades.

Se realizó ecodoppler arterial y venoso de ambos miembros inferiores que informó arteria tibial anterior, tibial posterior y pedia derecha con ausencia de flujo; flujo venoso permeable, sin signos de trombosis. En la arteriografía aórtica y de miembros inferiores se evidenció aorta abdominal sin lesiones visibles. MID: arterias: ilíaca primitiva e ilíaca externa permeables; arteria ilíaca interna permeable, con signos de espasmo; arteria femoral común permeable, con signos de irregularidades; arteria femoral profunda permeable, con signos de espasmo;

arteria femoral superficial permeable inicialmente, con signos de espasmo severo que genera oclusión del flujo anterógrado; arteria poplíteo: se visualiza flujo por circulación colateral; arterias: tibial anterior, tronco tibio – peroneo, tibial posterior y peronea: se visualiza escaso flujo por circulación colateral. Dentro de la analítica general se observó CPK, LDH y GOT elevadas, estudio inmunológico, serología ETS y drogas de abuso en orina dentro de parámetros normales.

Se realizó tratamiento inicial con nitroprusiato de sodio EV y tras presentar evolución tórpida y el ecoDoppler arterial con ausencia de flujo se deriva a Servicio de Hemodinamia de otra institución para realización de cateterismo e infusión de prostaglandinas EV en miembro inferior derecho, la cual luego continúa en infusión EV. Se realiza pulso de metilprednisolona por 3 días. No requirió ARM ni vasopresores. Se instauró sedoanalgesia con fentanilo EV. y se continúa corticoterapia oral con prednisona 60 mg/día y anticoagulación. A los 12 días se decide el alta hospitalaria con buena evolución posterior en el seguimiento.

Discusión

Los preparados ergotamínicos se utilizan hace años con buenos resultados en caso de indicación específica principalmente para el tratamiento de patologías como la migraña¹. El conocimiento de las propiedades de la Ergotamina y sus derivados, ha llevado al aumento de su consumo por parte de la población, y la posibilidad de su adquisición sin prescripción médica, a mayor riesgo de sufrir intoxicaciones o efectos adversos por su uso inadecuado.²

El ergotismo es un síndrome vasomotor poco frecuente, en el cual se produce una vasoconstricción que puede afectar a cualquier vaso de la economía. Este proceso patológico, potencialmente reversible, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con isquemia periférica de miembros inferiores, especialmente en pacientes con antecedentes de ingesta de fármacos con este compuesto como es

el caso de esta paciente, en la cual además se trata de una mujer joven, sin factores de riesgo clásicos para aterosclerosis.^{1,2} Otra alternativa diagnóstica como es la posibilidad de trombosis periférica aguda inducida por benzoilmetilecgonina (cocaína) ha sido descrita en la literatura, siendo una complicación poco común, pero esta paciente había abandonado el consumo 4 meses previos. Por otra parte, no había presentado manifestaciones para plantear la alternativa de arteriopatía periférica crónica por el consumo del alcaloide por lo que se descarta este diagnóstico.

La forma de presentación del ergotismo está determinada principalmente por la activación de los receptores alfa-adrenérgicos de las células musculares lisas, en mayor medida de mediano calibre. Por esto, la sintomatología más frecuente es de presentación difusa y bilateral, pudiendo afectar a cualquier órgano, pero predominantemente manifestándose mediante claudicación intermitente, isquemia arterial aguda, Raynaud, angina, entre otros.^{1,2} Una forma de manifestación frecuente es aquella clínica característica de proceso isquémico, coincidente con la sintomatología de nuestra paciente, refiriendo dolor agudo de miembros inferiores de intensidad severa, bilateral, acompañado de alteraciones de coloración (cianosis) y disminución de temperatura sumado al compromiso muscular debido a la rabdomiólisis que desarrolló en forma secundaria.

A pesar de ser una entidad poco frecuente, el riesgo de padecer esta entidad aumenta al utilizar concomitantemente fármacos o sustancias que disminuyan el metabolismo hepático de los derivados ergotamínicos. La utilización de dicho fármaco por parte de nuestro paciente, en contexto de automedicación, constituyó un terreno favorable para desarrollar intoxicación aguda, ya que a la hora de utilizar otros fármacos se desconocía la posibilidad de interacción medicamentosa. Entre los medicamentos asociados al riesgo de ergotismo

por el potente efecto en la inhibición de la citocromo P450 3A4 se pueden mencionar: Antibióticos, anticonceptivos orales y antiretrovirales inhibidores de proteasas como: atazanavir, nelfinavir, indinavir, amprenavir, ritonavir; siendo este último reportado como el más potente inhibidor de la CYP3A4.^{1,2,3}

Dada la baja incidencia de ergotismo, es necesario mantener una alta sospecha a la hora del abordaje de un paciente que presenta clínica de isquemia arterial, realizando una anamnesis minuciosa sobre los antecedentes del paciente, el tipo de medicamentos que habitualmente consume, recabando información sobre el uso de fármacos que modifiquen la actividad de enzimas del metabolismo hepático, llevar a cabo un examen físico completo, buscando estigmas de isquemia o sus complicaciones, solicitar de manera oportuna exámenes complementarios básicos como la Ecografía Doppler para valorar la severidad del proceso e intervención oportuna.

El inicio del tratamiento empírico es fundamental en el caso de sospechar esta entidad, resultando clave el abordaje terapéutico temprano mediante vasodilatadores, anticoagulación, y tratamientos intervencionistas de ser necesarios, como se indica en diversos reportes de casos, en base a la escasa casuística documentada. En nuestro caso, al momento de tratar a nuestra paciente, además de utilizar la terapéutica convencional indicada con vasodilatadores y anticoagulación con enoxaparina, en contexto de la rápida aparición de la sintomatología y evolución tórpida, con escasa respuesta, sin posibilidades de realizar intervención endovascular de urgencia, se inició corticoterapia en pulsos, acorde a la evidencia descrita en estudios de investigación en donde muestran la reducción de un 45% de la presión arterial con metilprednisolona en los miembros inferiores gracias al bloqueo de adrenerreceptores.⁴ La paciente evolucionó favorablemente y mantuvo el tratamiento anticoagulante al alta tras realizar superposición con dicumarínicos. El alto índice de sospecha en pacientes con factores de riesgo para desarrollar



ergotismo, el diagnóstico temprano, y su manejo a tiempo, en contexto del carácter reversible inicial de esta entidad, permitiría evitar complicaciones del proceso isquémico o tratamientos más radicales, con la consecuente repercusión física, y psicosocial en el paciente.

Referencias bibliográficas

1- Liegl C A, McGrath M A, FRACP. Ergotism: Case Report and Review of the Literature. *Int J Angiol* 2016;25 (5) e8-e11.
2- Cifuentes D M, Blanco S L, Ramírez C F. Ergotismo por uso simultáneo de ergotamínico y

terapia antirretroviral. *Rev Med Chile* 2016;144. 812-815.

3- Aguirre G, Verga F. Insuficiencia arterial aguda severa vinculada a ergotismo. *Rev Méd Urug* 2018;34(2) 115-119.

4- Rahman A, Yildiz M, Dadas E, Donder E, Cihangiroglu M, Eken C, et al. Reversal of ergotamine-induced vasospasm following methylprednisolone. *Clin Toxicol (Phila)* 2008;46(10) 1074-1076.

Anexo



Foto 1