

paciente está asintomático, puede realizarse un seguimiento hospitalario radiológico y clínico por un máximo de 12 h. Solo el 25–30% pasará al estómago de forma espontánea y sin complicaciones<sup>5</sup>. En este caso, el retraso en el diagnóstico provocó una grave complicación respiratoria.

Es importante prestar especial atención a la composición de los cuerpos extraños ingeridos por la toxicidad que estos pueden conllevar<sup>6</sup>, así como la ingesta de varios objetos imantados<sup>7</sup> o punzantes, por el alto riesgo de perforación que pueden presentar (15–35%). Los objetos punzantes que los niños ingieren más comúnmente son alfileres, agujas y clips, que representan entre el 5–30% de la ingestión total de objetos. Si provocan perforación esofágica, generalmente aparecerá fiebre, taquicardia, crepitación cervical, neumomediastino y hemorragia gastrointestinal. Nuestro paciente no presentó síntomas de perforación esofágica y el cuadro clínico inició como una bronquitis de evolución tórpida.

Las complicaciones por perforación esofágica producidas por un cuerpo extraño pueden ser variadas en función de la estructura mediastínica adyacente a la que afecten. Se han descrito casos de pericarditis<sup>8</sup>, mediastinitis<sup>9</sup>, e incluso la formación de fístulas traqueoesofágicas<sup>10</sup> de origen traumático.

## Bibliografía

1. Gilger MA, Jain AK, McOmber ME. Foreign bodies of the esophagus and gastrointestinal tract in children. Uptodate; 2009 [consultado 29/10/2009]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~Gbb65ZyRMhYw8b#references>.
2. Asociación Española de Pediatría [sede web]. Maluenda Carillo C, Varea Calderón V. Ingesta de cuerpos extraños. Protocolos de la asociación española de pediatría; 2002 [consultado 29/10/2009]. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/gastroentero/index.htm>.

3. Ospina Nieto J, Posada Castrillón ME. Foreign bodies in gastrointestinal tract in children. Rev Col Gastroenterol. 2008;23:233–8.
4. Llompart A, Reyes J, Ginard D, Barranco L, Riera J, Gaya J, et al. Abordaje endoscópico de los cuerpos extraños esofágicos. Resultados de una serie retrospectiva de 501 casos. Gastroenterol Hepatol. 2002;25:448–51.
5. Michaud L, Bellaïche M, Olives JP. Ingestion de corps étrangers chez l'enfant. Recommandations du Groupe francophone d'hépatologie, gastroenterology et nutrition pédiatriques. Arch Pediatr. 2009;16:54–61.
6. Martín-Torres F, Dargallo Carbonell T, Marcos Alonso S, Cabanas Rodríguez P, González Alonso N, Almeida Agudín S. Ingestión de cuerpos extraños de plomo. An Pediatr (Barc). 2005;63:453–6.
7. Encinas JL, García-Bermejo C, Andrés AM, Burgos L, Hernández P, Tovar JA. Perforaciones intestinales múltiples por ingesta de piezas imantadas de un juguete. An Pediatr (Barc). 2005;63:457–8.
8. Fraguera JA. Pericarditis secundaria a perforación esofágica por espina de pescado. Cir Esp. 2004;76:112–3.
9. Macrí P, Jiménez MF, Novoa N, Varela G. Análisis descriptivo de una serie de casos diagnosticados de mediastinitis aguda. Arch Bronconeumol. 2003;39:428–30.
10. Slamon NB, Hertzog JH, Penfil SH, Raphaely RC, Pizarro C, Derby CD. An unusual case of button battery induced-traumatic tracheoesophageal fistula. Pediatr Emerg Care. 2008;24:313–6.

C. Remón García\*, C. Montero Valladares, I. Benítez Gómez, J. Cano Franco y M. Loscertales Abril

*Unidad de Gestión Clínica, Cuidados Críticos y Urgencias Pediátricas, Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cristina.remon@gmail.com](mailto:cristina.remon@gmail.com) (C. Remón García).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.01.010

## Doctor, necesito un antídoto para su antídoto. Un caso de síndrome anticolinérgico por biperideno

### Doctor, I need an antidote for your antidote. A case of biperidene induced anticholinergic syndrome

Sr. Editor

Los pediatras estamos familiarizados con el tratamiento de las distonías producidas por la metoclopramida, pero no tanto con el síndrome anticolinérgico (SAC). Pensamos que la exposición de este caso puede resultar de interés.

Se trata de una niña de 9 años de edad y 30,240 kg de peso, sin antecedentes de interés, acude al servicio de

urgencias de nuestro hospital, remitida desde el centro de salud por distonía cervical y supradesnivelación de la mirada hacia el cuadrante superior derecho, de 90 min de evolución. Este cuadro le había aparecido tras la cuarta toma de metoclopramida (dosis pautada: 0,3 mg/kg/día, cada 8 h, por vía oral). Un facultativo de guardia le había recetado este medicamento un día antes por vómitos incoercibles en el contexto de una gastroenteritis aguda.

A su llegada a urgencias, se pasa a la paciente a la unidad de observación y se administran 0,08 mg/kg de biperideno IV, diluido en 100 ml de suero fisiológico, a pasar en 10 min. Treinta y cinco minutos después, tras comprobar la ausencia de repuesta clínica y según protocolo, se repite la dosis. A los 5 min, el cuadro extrapiramidal comienza a remitir, pero de forma paralela la paciente se comienza a mostrar progresivamente confusa, desorientada, con tendencia a la risa y al sueño, y le aparece una llamativa ptosis palpebral bilateral. A su vez, se queja de sequedad de boca y visión borrosa. Hemodinámicamente, se muestra en todo momento estable, con normalidad seriada de la presión arterial y la frecuencia

cardíaca. Con el diagnóstico de SAC, nos planteamos administrar el antídoto de este cuadro (fisostigmina) pero finalmente desistimos, dada la normalidad hemodinámica de la paciente. Una hora y media después, el SAC desapareció de manera completa. En el momento del alta, la exploración física era normal y la niña se encontraba asintomática.

El SAC es un síndrome clínico que aparece secundariamente a la antagonización de los receptores muscarínicos para la acetilcolina<sup>1</sup>. Su causa principal es la intoxicación por antihistamínicos, antidepresivos tricíclicos, antiespasmódicos (glucopirrolato, clidinio, propantelina), colirios ciclopléjicos, fenotiazinas, antiparkinsonianos y plantas que contengan alcaloides anticolinérgicos, como los de la belladona y los de otras plantas de la familia de las solanáceas (*Atropa belladonna* L., *Brugmansia Pers* spp., *Cestrum* L. spp., *Datura* L. spp., *Hyosciamus niger* L., etc.). Entre estos últimos, destacan la benzotropina, la orfenadrina, la prociclidina y el biperideno<sup>1</sup>.

El diagnóstico del SAC es clínico. La expresión clínica se centra en 2 vertientes: una periférica y una central. El SAC periférico incluye taquicardia, midriasis, sequedad de mucosas, hipertermia, reducción de la motilidad intestinal y retención urinaria. El SAC central se expresa en forma de desorientación, agitación, incoherencia, delirio, alucinaciones, comportamiento violento, somnolencia, coma y convulsiones<sup>2</sup>. De forma excepcional pueden aparecer rhabdomiólisis, shock cardiogénico y parada cardiorrespiratoria<sup>1</sup>.

El antídoto del SAC es la fisostigmina. Se deben administrar 0,01–0,03 mg/kg/dosis iv en infusión lenta. Puede repetirse cada 5 min hasta conseguir el efecto, hasta una dosis máxima de 2 mg. Los efectos secundarios de la fisostigmina para tener en cuenta son las crisis convulsivas, las crisis colinérgicas y la asistolia. Los criterios para usar fisostigmina son la agitación refractaria a diazepam, las manifestaciones graves de SAC central y periférico, un electrocardiograma normal, que no haya antecedente de ingestión de antidepresivos tricíclicos y la ausencia de crisis convulsivas<sup>3</sup>. Su administración requiere una estrecha monitorización hemodinámica<sup>4</sup>. Como alternativa se ha propuesto el uso de benzodiazepinas<sup>5</sup>.

En nuestro caso, se produjo un SAC por biperideno en dosis correctas. Se estima que la dosis correcta es de 0,04–0,1 mg/kg/dosis, con posibilidad de repetir a los 30 min<sup>6</sup>.

La indicación principal de biperideno en la edad pediátrica es su capacidad para revertir los síntomas extrapiramidales aparecidos tras la administración de cleboprida y, en los últimos años, especialmente con metoclopramida.

Estos síntomas aparecen con una frecuencia superior a 1/1.000, especialmente por debajo de los 14 años, cuando se supera la dosis de 0,5 mg/kg/día<sup>7</sup>.

En nuestra paciente se optó por tratar el SAC siguiendo una conducta conservadora con vigilancia estrecha. Con esto se produjo la resolución espontánea en un plazo razonable. Cuando le explicamos a la niña lo que había ocurrido, no recordaba nada, si bien pudo haber ironizado perfectamente aquello de: «Doctor, casi necesito un antídoto para su antídoto».

Este caso se ha notificado al centro de farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid.

## Bibliografía

1. Molina Cabañero JC. Intoxicaciones agudas. En: Casado Flores J, Serrano A, editores. Urgencias y tratamiento del niño grave. Madrid: Ergon; 2007. p. 856–62.
2. Richmond M, Seger D. Central anticholinergic syndrome in a child: A case report. *J Emerg Med*. 1985;3:453–6.
3. Shannon M. Toxicology reviews: Physostigmine. A comparison of physostigmine and benzodiazepines for the treatment of anticholinergic poisoning. *Pediatr Emerg Care*. 1998;14:224–6.
4. Frascogna N. Physostigmine: Is there a role for this antidote in pediatric poisonings? *Curr Opin Pediatr*. 2007;19:201–5.
5. Burns MJ, Linden CH, Graudins A, Brown RM, Fletcher KE. A comparison of physostigmine and benzodiazepines for the treatment of anticholinergic poisoning. *Ann Emerg Med*. 2000;35:374–81.
6. Caksen H, Odabas D, Anlar O. Use of biperiden hydrochloride in a child with severe dyskinesia induced by phenytoin. *J Child Neurol*. 2003;18:494–6.
7. López-Rois F, Couce Pico M, Calvo Fernández J, Novo I, Castro-Gago M. Síndrome extrapiramidal medicamentoso. A propósito de 22 observaciones. *An Esp Pediatr*. 1987;26:91–3.

I. Carabaño Aguado\*, F. Pelayo Baeza  
y J. González-Valcárcel Sánchez-Puelles

*Servicio de Pediatría, Hospital Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Carabano1975@hotmail.com

(I. Carabaño Aguado).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.01.004

## Utilización de ondansetrón en urgencias de pediatría

### Ondansetron use in paediatric emergencies

Sr. Editor:

Cada vez más publicaciones recomiendan incorporar ondansetrón en el manejo de las gastroenteritis agudas (GEA) en

Urgencias de Pediatría (UP)<sup>1–5</sup>. Dado que no hay referencias al respecto de centros nacionales, queremos describir la experiencia en nuestro Servicio de UP.

Realizamos un estudio prospectivo de los pacientes a los que se administró ondansetrón del 01-03-2007 al 28-02-2008. A criterio del facultativo se incluyeron niños >6 meses y/o >8 kg de peso, con intolerancia oral constatada en UP (vómitos de repetición referidos por los padres y 2 intentos fallidos de tolerancia en el servicio) y que precisaran rehidratación según el score de Gorelick, descartándose las sospechas de cuadro quirúrgico. Se