



<https://doi.org/10.18233/apm.v44i5.2524>

Intoxicación por cocaína en un lactante de 4 meses, en un contexto de maltrato infantil. Reporte de un caso

Cocaine intoxication in a 4-month-old infant in the context of child abuse. Case report.

Zara Fuentes Ferrera,¹ Ana Vidal Esteban,² Áurea Cervera Bravo,³ María Román Gómez¹

Resumen

ANTECEDENTES: La intoxicación por sustancias ilícitas (drogas) en los servicios de urgencias de pediatría es un evento poco frecuente, especialmente en niños menores de 3 años. La intoxicación por cocaína en la infancia puede producirse de forma pasiva o por administración intencionada.

CASO CLÍNICO: Lactante de 4 meses, que consultó por edema palpebral derecho, lesiones cutáneas, somnolencia excesiva y rechazo de alimento. El estado general del paciente era regular, se quejaba, tenía palidez cutánea y se observaron varias equimosis y hematomas pequeños en diferentes estadios evolutivos, además de lesiones compatibles con arañazos en el rostro, micropetequias en el dorso del pene y fisuras anales. Los estudios de laboratorio reportaron alteración de la función hepática. El examen toxicológico de orina informó positividad para cocaína. Recibió sueroterapia por vía intravenosa en las primeras 12 horas del ingreso, con resultado negativo de cocaína en orina en las primeras 24 horas. La evolución clínica fue favorable y se normalizaron los valores de transaminasas, creatinfosfocinasa y troponina a los 12 días de su ingreso. También se observó disminución progresiva de los hematomas. Se estableció el diagnóstico de hipertransaminasemia secundaria a intoxicación por cocaína y sospecha de maltrato físico.

CONCLUSIONES: Los pacientes con maltrato físico (abuso infantil) tienen mayor riesgo de exposición a drogas o sustancias ilícitas, por lo que este estudio apoya la recomendación de llevar a cabo un cribado toxicológico en estos casos.

PALABRAS CLAVE: Intoxicación por cocaína; hipertransaminasemia; maltrato infantil; cribado de sustancias tóxicas.

Abstract

BACKGROUND: Drug poisoning in Pediatric Emergency Services is a rare event, especially in children under 3 years. Cocaine intoxication in childhood can occur passively or by intentionally.

CLINICAL CASE: A 4-month-old infant presented with right eyelid edema, skin lesions, excessive sleepiness, and food refusal. The patient's general condition was fair, he complained, had pale skin and several ecchymoses and small hematomas were observed in different evolutionary stages, in addition to lesions compatible with scratches on the face, micropetechiae on the dorsum of the penis and anal fissures. Laboratory studies reported disorder in liver function/disorder of liver function. The urine toxicological examination tested positive for cocaine. He received intravenous fluid therapy in the first 12 hours of admission, with a negative response for cocaine in urine in the first 24 hours. Clinical evolution was favorable and transaminase, creatine phosphokinase

¹Médico Pediatra de Atención Primaria, Centro de Salud Francia, Fuenlabrada, Madrid, España.

²Médico Pediatra, servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España.

³Hematóloga pediátrica, servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España.

ORDICID

<http://orcid.org/0000-0002-1757-0240>

Recibido: 17 de julio de 2022

Aceptado: 28 de julio de 2023

Correspondencia

Ana Vidal Esteban
ana.vidal@salud.madrid.org

Este artículo debe citarse como: Fuentes-Ferrera Z, Vidal-Esteban A, Cervera-Bravo A, Román-Gómez M. Intoxicación por cocaína en un lactante de 4 meses, en un contexto de maltrato infantil. Reporte de un caso. Acta Pediatr Mex 2023; 44 (5): 365-370.

and troponin values normalized 12 days after admission. A progressive decrease in hematomas was also observed. The diagnosis of hypertransaminasemia secondary to cocaine intoxication and suspicion of physical abuse were established.

CONCLUSIONS: Patients with physical abuse (child abuse) have a higher risk of exposure to drugs, so this study supports the recommendation to carry out drug screening in these cases.

KEYWORDS: Cocaine intoxication; Child Abuse; Hypertransaminasemia; Drug screening.

ANTECEDENTES

La intoxicación por sustancias ilícitas (drogas) en los servicios de Urgencias de Pediatría es un evento poco frecuente y según los datos del Observatorio Toxicológico de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría raramente corresponden a niños menores de 3 años (no se tienen registros de niños menores de 12 meses atendidos por intoxicación por cocaína).¹ Sin embargo, otros estudios emprendidos en España muestran que no es tan infrecuente la detección de esta sustancia cuando se investiga la exposición oculta en niños, llegando a encontrarse en el pelo del 4.38% de los casos atendidos en los servicios de urgencias en entornos desfavorecidos por otro motivo de consulta.^{2,3}

La intoxicación por cocaína en la infancia puede producirse de forma pasiva (inhalación de humo, lactancia materna, placenta, entre otras), por ingestión accidental o por administración intencionada, lo que supone un mayor riesgo de exposición a la droga en relación con el maltrato infantil.^{4,5,6} Las intoxicaciones agudas pueden provocar diversos cuadros clínicos, con predominio de síntomas neurológicos (convulsiones, estupor, alteración del comportamiento) y respiratorios.^{4,7}

El objetivo de este estudio es informar un caso clínico relacionado con intoxicación por cocaína en un paciente pediátrico atendido en el servicio de Urgencias de Pediatría, pues el diagnóstico de intoxicación aguda por drogas ilícitas en España es raro, en especial en lactantes menores de 12 meses. Además, se destaca la ausencia, al menos en nuestro medio, de casos de intoxicación grave por cocaína, con afectación hepática en lactantes.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 4 meses de edad, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual (salvo la realización de un estudio de perfil tiroideo al mes de vida por antecedente de hipotiroidismo autoinmunitario materno, con resultado normal), que ingresó al servicio de urgencias por edema palpebral derecho, lesiones cutáneas, somnolencia excesiva y rechazo de alimento por vía oral. La madre no refirió que su hijo tuviera fiebre, síntomas respiratorios, vómito, diarrea ni otra alteración clínica asociada. Negaron la administración de fármacos, excepto vitamina D₃ (400 unidades diarias) desde los 15 días de vida extrauterina. Refirió alimentarlo con fórmula artificial y cereales sin gluten en ese momento, y que recibió lactancia materna durante los 3 primeros meses de vida.



En la exploración física se encontró: temperatura 37.8°C, frecuencia cardíaca 172 lpm y tensión arterial 104/40 mmHg. Estado general regular, se quejaba, tenía palidez cutánea y adecuado color de las mucosas; se observaron varias equimosis y hematomas pequeños en diferentes estadios evolutivos, localizados en los pabellones auriculares, párpados, región mandibular, cuero cabelludo, espalda y miembros inferiores, además de hiposfagma en el ojo derecho. También se percibieron lesiones compatibles con arañazos en el rostro, micropetequias en el dorso del pene y fisuras anales.

Desde el punto de vista neurológico, el paciente se encontraba consciente, pero se apreciaba somnolencia excesiva. El resto de la exploración neurológica (incluidos los pares craneales, el tono, la fuerza, los reflejos osteotendinosos, las pupilas y el fondo del ojo) fue normal. La exploración por aparatos no reportó alteraciones.

El niño no mostró signos de mala higiene ni desnutrición. Se comprobó adecuado estado de vacunación para su edad, y asistencia a todas las consultas de seguimiento del niño sano en su centro de salud. Previamente no había acudido a ningún servicio de Urgencias ni consultado pediatras por motivos inusuales o sospechosos de maltrato.

Por las manifestaciones clínicas referidas, los hallazgos físicos descritos y la sospecha de maltrato físico se canalizó vía venosa periférica y se llevaron a cabo exámenes de laboratorio (hemograma, bioquímica, gasometría venosa, coagulación, amonio, niveles de paracetamol y etanol) y toxicológico en orina (previa firma del consentimiento informado por parte de la madre del paciente).

En la analítica sanguínea se encontraron las siguientes alteraciones: alanina aminotransferasa (ALT-GPT) 1656 U/L (0-41), aspartato aminotransferasa (AST-GOT) 2914 U/L (7-37), fosfatasa

alcalina 381 U/L (122-460), deshidrogenasa láctica (LDH) 962 U/L (135-225), creatinfosfocinasa (CPK) 694 U/L (24-170), troponina (T) 42 pg/mL (0-14), amonio 62.1 umol/L (21-50), ferritina 328 ng/mL (50-250). El hemograma no reportó anemia, a pesar de la palidez cutánea objetivada, y el resto de los parámetros del hemograma, la bioquímica, gasometría venosa y coagulación fueron normales.

La detección de agentes tóxicos en orina reportó positividad para cocaína, hallazgo comprobado en dos ocasiones en el laboratorio del centro hospitalario y posteriormente en el Instituto de Toxicología. El resto de la exploración por aparatos no reportó alteraciones.

Con los hallazgos mencionados en la exploración física y para descartar la coexistencia de lesiones secundarias a maltrato físico, se realizaron tomografía computada craneal y ecografía abdominal las cuales no mostraron variaciones.

Por la sospecha de maltrato físico y percepción de lesiones genitales y anales, se consideró la posibilidad de abuso sexual, por lo que se llevó a cabo un frotis rectal, del que no se aislaron *Chlamydia trachomatis* ni *Neisseria gonorrhoeae*; además, el paciente fue valorado por el equipo forense, que descartó dicha posibilidad.

Se consultó una vez más a la madre del paciente, y refirió que en casa convivían su pareja, los abuelos maternos, el paciente del caso y ella. La madre tenía 24 y el padre 26 años, y hasta ese momento no se informaron factores de riesgo socioeconómicos. La madre refirió que el padre del paciente consumía cocaína esporádicamente, y que previo a la consulta en urgencias, el paciente había permanecido a solas con el padre. La madre y la abuela materna negaron agresión física al paciente de su parte y también por parte del padre, en su presencia. El padre acudió posteriormente al servicio de Urgencias y comentó que desconocía cómo se

habían producido las lesiones cutáneas y que durante el tiempo que permaneció con él no hubo ninguna incidencia.

Se notificó la sospecha de maltrato y se ingresó al paciente en nuestro centro para control, evolución de los hallazgos físicos y de laboratorio, y ampliación de pruebas complementarias.

Durante el ingreso se completó el estudio con una serie ósea y ecocardiograma, que fueron normales. En contexto de aumento de enzimas hepáticas se extrajo alfa-1-antitripsina, que fue normal, y para descartar su origen infeccioso se solicitaron pruebas serológicas de varicela zoster, toxoplasma, parvovirus B19, virus hepatitis A, B, C, E, citomegalovirus, virus Epstein-Barr y virus de la inmunodeficiencia humana, que fueron negativas

La evolución clínica fue favorable. Recibió sueroterapia por vía intravenosa durante las primeras 12 horas de su ingreso, con prueba negativa de cocaína en orina en las primeras 24 horas y mejoría progresiva, así como disminución de los hematomas hasta su desaparición. Durante su estancia hospitalaria tuvo deposiciones diarreicas, con curación de las lesiones perianales y las fisuras anales. Los estudios de laboratorio de control mostraron normalización de transaminasas, CPK y troponina a los 12 días de ingreso, por lo que se dio de alta.

El caso se discutió en equipo multidisciplinario con el forense, la trabajadora social del centro, los servicios sociales, la policía nacional y su pediatra de atención primaria. Finalmente se confirmó la sospecha de maltrato físico, aunque no fue posible conocer el mecanismo de intoxicación por cocaína. El padre fue detenido y se obtuvo una orden de alejamiento de 500 metros. Se realizó la evaluación psicosocial de la madre y se determinó que no existía peligro para el paciente; de este modo se dio de alta y se otorgó el cargo del menor para la madre y

su abuela materna. Permaneció en seguimiento estrecho en la consulta de pediatría general del centro hospitalario hasta los 12 meses y en su centro de salud, con adecuado desarrollo psicomotor, crecimiento y exploración física, sin apreciar nuevas incidencias.

Previo a la redacción de este informe de caso se solicitó a la madre el consentimiento informado verbal y escrito para la publicación del artículo.

DISCUSIÓN

Existe escasa información en la bibliografía de casos de intoxicación por cocaína en pacientes pediátricos. El estudio de Azkunaga y su grupo¹ reportó que la intoxicación por drogas constituye alrededor del 1.5% del total de los casos; en la mayoría se produce con fines recreativos, principalmente en pacientes de mayor edad, correspondiendo la mitad de las intoxicaciones por una sola droga ilegal, sin fines recreativos en niños de corta edad. Las 10 intoxicaciones no voluntarias¹ más frecuentes se producen por *cannabis* y cocaína, y en un porcentaje significativo consta el antecedente de contacto con sustancias ilegales, lo que facilita el diagnóstico. Esto no ocurrió en nuestro caso, donde la intoxicación se sospechó por los indicios de maltrato, al momento de la exploración física, y la somnolencia excesiva.

En cuanto a los síntomas, el paciente mostraba alteración del sistema nervioso central (tendencia a la somnolencia), lo que coincide con lo referido en los estudios de Azkunaga,¹ Carstairs⁸ y Bateman y sus colaboradores.⁹ Además, en este último estudio, dos pacientes tuvieron somnolencia luego de la exposición al humo de la cocaína, consumida por sus cuidadores.

García-Algar y sus coautores¹⁰ exponen el caso de un lactante de 15 meses con intoxicación aguda por cocaína y síntomas neurológicos,



como sucedió en nuestro caso, en el que el lactante nunca había ingerido leche materna, por lo que existía la posibilidad de intoxicación accidental o intencionada. En nuestro paciente se desconoce el mecanismo de la intoxicación y, al igual que el caso anterior, no había ingerido leche materna desde los 3 meses de vida extrauterina; sin embargo, las lesiones cutáneas (hematomas, equimosis) y el hiposfagma indicaban la posibilidad de maltrato físico, lo que facilitó la sospecha de intoxicación por drogas. La importancia de sospechar la intencionalidad radica en que se trata de una forma de maltrato de muy difícil sospecha y, por tanto, diagnóstico complicado. Por ello, debe contactarse al personal de servicio social para valorar la situación de riesgo y seguimiento.

Además, nuestro paciente mostraba alteración de enzimas hepáticas, pero no se encontró daño secundario a intoxicación por cocaína en la bibliografía consultada. Esto aumenta la importancia de nuestro caso, porque ante los hallazgos debe plantearse el diagnóstico diferencial de consumo de drogas ilícitas.

A pesar de las lesiones cutáneas descritas en el caso aquí expuesto, la madre del paciente no consultó al médico hasta que aparecieron la somnolencia y el rechazo al consumo de alimentos; esto dato sugiere que la prevalencia de la exposición aguda o crónica a sustancias ilícitas en pediatría está subdiagnosticada al pasar varios casos inadvertidos. Existe escasa evidencia que relacione el consumo de sustancias ilegales y la intoxicación accidental en los niños, por ejemplo: los estudios de Péliissier y su grupo¹¹ y Croche y colaboradores,¹² que evaluaron a niños hospitalizados por intoxicación por *cannabis* en el servicio de Urgencias pediátricas.

A priori, nuestro paciente no mostró factores de riesgo de maltrato ni de intoxicación por drogas que hicieran sospechar un riesgo. Los estudios de García-Algar y colaboradores^{13,14,15} informan

que la prevalencia de exposición prenatal a drogas es del 10%, alcanzando cifras del 23.3% en niños de entre 1 y 5 años, y de 13.5% en niños de entre 10 y 14 años que acuden al servicio de urgencias por otro motivo. Estos resultados, junto con el ensayo de Arroyo y sus coautores,¹⁶ ponen de manifiesto la importancia de sospechar situaciones de riesgo para su detección. Además, concluyen que el recién nacido, el lactante y el niño pequeño pueden estar expuestos a drogas, de forma pasiva, a través de la placenta, la lactancia materna, la saliva o el sudor del consumidor, el humo que resulta del consumo de las sustancias, la conducta mano-boca que da lugar a la ingesta de restos expuestos en el hogar de un consumidor activo o la administración intencionada por parte del adulto.

Todas estas vías suponen una forma de maltrato infantil. Puesto que la determinación de drogas no puede proponerse como una técnica de cribado general, Pichini y su grupo¹⁷ y Manzano y colaboradores² recomiendan su detección en la población pediátrica que consulta en el sistema hospitalario o de atención primaria por cualquier motivo en las siguientes situaciones: área con un porcentaje elevado de consumo de drogas y con dificultades socioeconómicas, sospecha clínica de intoxicación aguda o crónica por cualquier droga; sospecha, evidencia o declaración de consumo de drogas por parte del adulto que acompaña al niño, y evidencia de ambiente de riesgo para el niño o recién nacido con sospecha o riesgo de exposición prenatal.

El paciente de este caso requirió el ingreso hospitalario para tratamiento, completar los estudios de sospecha de maltrato infantil y valoración del riesgo social, con evolución favorable. Esto coincide con los estudios de Azkunaga¹ y Croche,¹² quienes señalan que las intoxicaciones por drogas ilícitas requieren ingreso a las unidades médicas en todos los casos. El ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría es variable, según los distintos estudios, pero en el

estudio de Azkunaga su grupo¹ alcanza el 40%, y en la mayor parte de los casos se informa evolución favorable, sin que se objetiven secuelas.

CONCLUSIONES

Es importante considerar la elevada prevalencia de intoxicaciones agudas por sustancias ilícitas (especialmente en lactantes) en la práctica clínica, para detectar posibles factores o ambientes de riesgo y así mejorar el subdiagnóstico actual. Debe considerarse que los niños maltratados tienen más riesgo de exposición a drogas, por lo que nuestro caso apoya la recomendación de realizar un cribado de sustancias ilícitas en estos pacientes, y proceder a su notificación obligatoria.

REFERENCIAS

1. Azkunaga B, Crespo E, Oliva S, Humayor J, et al. Intoxicaciones por droga ilegal en niños de corta edad en los servicios de urgencias pediátricos españoles. *An Pediatr (Barc)*. 2017; 86 (1): 47-9.
2. Manzano C, Torres F, Roman L, Hernández M, et al. Unsuspected exposure to drugs of abuse in children. *Emergency Med* 2014; 4: 210.
3. Joya X, Papaseit E, Civit E, Pellegrini M, et al. Unsuspected exposure to cocaine in preschool children from a Mediterranean city detected by hair analysis. *Ther Drug Monit* 2009; 31: 391-395.
4. García-Algar O, Cuadrado A, Falcon M. Utilidad del cribado toxicológico en pediatría. *An Pediatr (Barc)* 2016; 85: 160.e1-4.
5. Petska HW, Porada K, Nugent M, Simpson P, et al. Occult drug exposure in young children evaluated for physical abuse: An opportunity for intervention. *Child Abuse Negl* 2019; 88: 412-9.
6. Oral R, Bayman L, Assad A, Wibbenmeyer L, et al. Illicit drug exposure in patients evaluated for alleged child abuse and neglect. *Pediatr Emerg Care* 2011; 27 (6): 490-5.
7. Lustbader AS, Mayes LC, McGee BA, Jatlow P, et al. Incidence of passive exposure to crack/cocaine and clinical findings in infants seen in an outpatient service. *Pediatrics* 1998; 102: e5.
8. Carstairs SD, Fujinaka MK, Keeney GE, Ly BT. Prolonged coma in a child due to hashish ingestion with quantitation of THC metabolites in urine. *J Emerg Med* 2011; 41: e69-71.
9. Bateman DA, Heagarty MC. Passive freebase cocaine «crack» inhalation by infants and toddlers. *AJDC* 1989; 143: 25-27.
10. García-Algar O, López-Vílchez MA, Pacifico R, Pichini S. Intoxicación aguda y exposición crónica a cocaína en un niño. *Med Clin (Barc)* 2005; 125 (11): 436-9.
11. Pélissier F, Claudet I, Pélissier-Alicot AL, Franchitto N. Parenteral cannabis abuse and accidental intoxications in children. Prevention by detecting neglectful situations and at-risk families. *Pediatr Emerg Care* 2014; 30: 862-6.
12. Croche B, Alonso MT, Loscertales M. Intoxicación accidental por cannabis: presentación de cuatro casos pediátricos en un hospital terciario del sur de España. *Arch Argent Pediatr Arch* 2011; 109: e4-7.
13. García-Algar O, Cuadrado González A, Falcona M. Utilidad del cribado toxicológico en pediatría. *An Pediatr (Barc)* 2016; 85 (3): 160.e1-160.e4
14. García-Algar O, Vall O, Puig C, Mur A, et al. Exposición prenatal a drogas de abuso a través del análisis de meconio en una población de bajo nivel socioeconómico en Barcelona. *An Pediatr (Barc)* 2009; 70: 151-8.
15. García-Algar O, Papaseit E, Velasco M, López N, et al. Consulta en urgencias de pediatría por intoxicación aguda por drogas de abuso. *An Pediatr (Barc)* 2011; 74: e1-9.
16. Arroyo A, Rodrigo C, Marron MT. Evaluación toxicológica del menor. *Med Clin (Barc)* 2014; 142 (S 2):45-8.
17. Pichini S, García-Algar O, Alvarez A, Gottardi M, et al. Assessment of unsuspected exposure to drugs of abuse in children from a Mediterranean city by hair testing. *Int J Environ Res Pub Health* 2014; 11: 2288-98.