

Open Acces



Especialistes en Medicina
Familiar i Comunitària
(Centre d'Atenció
Continuada (CUAP) Güell.
Acut Girona SUD)

**Adreça per a
correspondència:**
Viviana Katherine Vélez
Cedeño

Adreça electrònica:
vivika2205@gmail.com

ABORDATGE INICIAL DE LA SÍNDROME NEUROLÒGICA AGUDA EN PEDIATRIA: EL PAPER DIAGNÒSTIC CLAU DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DAVANT D'UNA INTOXICACIÓ PER CÀNNABIS EN UN PACIENT PEDIÀTRIC

Edwin Arturo Ramírez Dorronsoro i Viviana Katherine Vélez Cedeño

RESUM

Introducció: Els motius de consulta neurològics aguts en pediatria representen un desafiament en Atenció Primària a causa de la inespecificitat dels símptomes i la limitació de proves complementàries d'urgències.

Cas clínic: Lactant varó de 14 mesos que és portat al Centre d'Atenció Primària per un quadre agut de somnolència excessiva i hiporeactivitat de 2-3 hores d'evolució. Davant la troballa en l'exploració física de taquicàrdia sostinguda (120 bpm), hipotensió límit (90/50 mmHg) i midriasi reactiva, des de l'atenció primària es sospita un origen tòxic o metabòlic. Es realitza una primera estabilització i es deriva de forma dirigida a l'hospital de referència. El cribatge toxicològic posterior va confirmar la positivitats per cannabinoides.

Conclusió: La sospita clínica fonamental en l'exploració física minuciosa des de l'Atenció Primària és el pilar fonamental per orientar precoçment el diagnòstic diferencial del lactant somnolent, evitant demores terapèutiques o proves invasives innecessàries.

RESUMEN

Introducción: Los motivos de consulta neurológicos agudos en pediatría representan un desafío en Atención Primaria debido a la inespecificidad de los síntomas y la limitación de pruebas complementarias de urgencias.

Caso clínico: Lactante varón de 14 meses que es traído al Centro de Atención Primaria por un cuadro agudo de somnolencia excesiva e hiporeactividad de 2 -3 horas de evolución. Ante el hallazgo en la exploración física de taquicardia sostenida (120 lpm), hipotensión limítrofe (90/50 mmHg) y midriasis reactiva, desde la atención primaria se sospecha un origen tóxico o

metabólico. Se realiza una primera estabilización y se deriva de forma dirigida al hospital de referencia. El cribado toxicológico posterior confirmó la positividad para cannabinoides.

Conclusión: La sospecha clínica fundamental en la exploración física minuciosa desde la Atención primaria es el pilar fundamental para orientar precozmente el diagnóstico diferencial del lactante somnoliento, evitando demoras terapéuticas o pruebas invasivas innecesarias.

ABSTRACT

Introduction: Acute neurological reasons for consultation in pediatrics represent a challenge in Primary Care due to the non-specific nature of the symptoms and the limitations of emergency complementary tests.

Clinical case: A 14-month-old male infant is brought to the Primary Care Center due to an acute onset of excessive somnolence and hyporeactivity of 2-3 hours of evolution. Given the physical examination findings of sustained tachycardia (120 bpm), borderline hypotension (90/50 mmHg), and reactive mydriasis, a toxic or metabolic origin is suspected from primary care. Initial stabilization is performed, and the patient is directly referred to the referral hospital. Subsequent toxicological screening confirmed positivity for cannabinoids.

Conclusion: Fundamental clinical suspicion based on a thorough physical examination in Primary Care is the cornerstone for early guidance of the differential diagnosis in a somnolent infant, avoiding therapeutic delays or unnecessary invasive tests.

INTRODUCCIÓ

L'Atenció Primària constitueix la primera porta d'entrada al sistema sanitari. En l'àmbit pediàtric,

l'aparició sobtada de simptomatologia neurològica, com la letargia o la somnolència, és un motiu de consulta que genera una gran alarma familiar i requereix una avaluació clínica estructurada i immediata¹. Atès que els centres de salut no disposen habitualment de laboratoris de toxicologia d'urgència, el clínic s'ha de basar estrictament en la semiologia i en l'exploració física per aparells per establir una sospita diagnòstica precoç².

La intoxicació accidental per cànnabis en lactants és actualment un diagnòstic diferencial clau en les urgències pediàtriques³. Tenint en compte que pot afectar infants molt petits atesos a l'atenció primària⁴, la seva presentació clínica sovint es confon amb patologies greus com la sèpsia, la meningoencefalitis o l'hemorràgia intracranial. L'objectiu d'aquest article és destacar el paper del metge d'Atenció Primària en la identificació de signes clau, com la discordança entre les constants vitals i l'exploració pupil·lar. Reconèixer aquests signes permet orientar el cas amb èxit abans d'obtenir la confirmació analítica a l'hospital.

DESCRIPCIÓ DEL CAS CLÍNIC

Un lactant de sexe masculí de 14 mesos va ser portat d'urgència pels seus pares al centre d'Atenció Continuada perquè presentava una somnolència excessiva i persistent. Van comentar que el menor feia entre 2 i 3 hores que dormia profundament i que era impossible despertar-lo mitjançant els estímuls habituals. En l'anamnesi dirigida realitzada al centre de salut, es va descartar la presència de febre durant les darreres 24 hores, vòmits, diarrea, simptomatologia respiratòria aguda o antecedents de traumatisme cranioencefàlic. En indagar sobre l'accessibilitat a substàncies tòxiques, el pare va explicar que era consumidor d'haixix, però va assegurar que no hi havia aquesta substància al domicili. Com a únic antecedent recent, destacava un quadre febril autolimitat amb una temperatura màxima de 38 °C a principi de setmana catalogat com una virosi de vies respiratòries altes.

En l'exploració sistemàtica immediata al centre d'Atenció Primària es van observar les troballes següents: temperatura axil·lar de 36,1 °C, SpO₂ del 100 % en aire ambient i glucèmia de 95 mg/dL. En l'aparat cardiovascular es va detectar una taquicàrdia sostinguda de 120 bpm, associada a una pressió arterial de 90/59 mmHg. L'auscultació cardiopulmonar i l'exploració abdominal van resultar normals. En l'avaluació neurològica es va constatar un estat de somnolència i hiporeactivitat, tot i que presentava obertura ocular espontània davant la mobilització i l'estímul tàctil vigorós. Les pupil·les eren midriàtiques i reactives.

Davant d'un lactant amb somnolència, la normoglucèmia, l'absència de signes infecciosos o traumàtics i la presència de pupil·les midriàtiques associades a taquicàrdia orienten a sospitar una síndrome tòxica. Després d'assegurar l'estabilitat de la via aèria, es va decidir la derivació preferent i dirigida

del pacient al servei d'urgències hospitalàries per a l'estudi toxicològic.

A la seva arribada a l'hospital de referència, el pacient es va mantenir hemodinàmicament estable, amb una freqüència cardíaca de 112 bpm, una pressió arterial de 93/52 i una temperatura de 35,8 °C, mentre persistien la midriasi i la fluctuació neurològica. Es van observar moments amb una puntuació de 15 a l'escala de Glasgow, amb una marcada irritabilitat davant la manipulació, alternats amb períodes de somnolència. Seguint l'orientació diagnòstica iniciada a l'Atenció Primària, es va prioritzar la realització d'un estudi de tòxics en orina, que va resultar positiu per a cannabinoides, i així es va evitar la pràctica de proves més invasives en primera instància.

MANEIG CLÍNIC I EVOLUCIÓ

Atès el diagnòstic de certesa i l'estabilitat clínica, es va optar per un maneig conservador mitjançant monitoratge cardiorespiratori continu i suport hídric. Paral·lelament, es va activar el protocol social i de protecció de menors mitjançant un informe mèdic detallat adreçat a l'Equip de Valoració del Maltractament Infantil (EVAMI) i a la Unitat de Detecció i Atenció al Maltractament Infantil (UDEMPI). A les 18 hores de l'ingrés, el lactant va presentar una recuperació clínica completa, amb les pupil·les normoreactives, actiu, somrient i tolerant adequadament la lactància materna. En recollir exhaustivament la història clínica de la família després de l'estudi analític, van informar que, feia 24 hores, el menor havia estat jugant a la sorra d'un parc públic i havia presentat una conducta de pica activa. Es va concloure que la via d'entrada havia estat la ingestió accidental d'una resta d'haixix a la via pública. Després de la valoració presencial de l'equip de l'EVAMI, i en constatar la naturalesa accidental del cas i l'existència d'un bon suport familiar, es va procedir al tancament de l'expedient i a l'alta hospitalària amb seguiment ambulatori pel seu pediatre de capçalera.

DIAGNÒSTIC

Intoxicació pediàtrica per cannabinoides.

DISCUSSIÓ

Aquest cas clínic il·lustra de manera paradigmàtica el paper crític de l'Atenció Primària com a filtre, estabilitzador i motor diagnòstic davant d'emergències pediàtriques complexes d'etiologia incerta. La intoxicació per cànnabis durant la primera infància representa un repte clínic creixent a Espanya, condicionat per l'augment del consum en la població adulta i la disminució concomitant de la percepció dels seus riscos^{3,5}.

A diferència del pacient adult, en el qual la via inhalatòria és la norma, la intoxicació pediàtrica en menors de 3 anys es produeix gairebé de manera universal per via oral, mitjançant la ingestió accidental de resina d'haixix, burilles o

aliments elaborats amb marihuana^{3,5}. Aquesta via determina una absorció erràtica i retardada (aproximadament una hora després de la ingestió), que prolonga de manera variable els efectes al llarg del temps^{4,5}. Fisiològicament, el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) presenta una elevada afinitat pel teixit lipofílic del sistema nerviós central, el qual es troba en ple desenvolupament neurobiològic en un lactant de 14 mesos. Això explica la marcada afectació del nivell de consciència observada en el nostre pacient, una característica descrita de manera sistemàtica en les sèries de casos publicades en serveis d'urgències pediàtriques del nostre entorn^{3,5}. Així mateix, la literatura descriu que aquest quadre de somnolència fluctuant pot alternar amb episodis de marcada agitació, irritabilitat extrema davant la manipulació i, fins i tot, crisis convulsives o estats comatosos greus^{3,5,6}.

Des de la perspectiva diagnòstica a l'Atenció Primària, la combinació de somnolència, taquicàrdia sostinguda i hiporeactivitat pupil·lar amb tendència a la midriasi constitueix el pilar semiològic fonamental. Tal com es descriu en l'algorisme de sospita davant d'una síndrome neurològica aguda^{3,8} (figura 1), la presència d'aquestes alteracions autonòmiques i oculars en un pacient prèviament sa i afebril permet restringir el diagnòstic cap a una síndrome tòxica simpaticomimètica o paradoxal per cànnabis^{2,5}. Això resulta decisiu per evitar, en primera instància, la realització de proves complementàries agressives no exemptes de complicacions, com ara la punció lumbar o la tomografia computada cranial⁵ (taula 1).

Un repte inherent al maneig d'aquestes intoxicacions és l'ocultació d'informació per part dels cuidadors principals durant l'anamnesi inicial al centre de salut, una constant objectivada en la gran majoria de les sèries clíniques publicades, en què només una minoria de les famílies reconeix voluntàriament l'exposició o la presència de substàncies a la llar^{3,5}. En aquest escenari, la confirmació analítica mitjançant un immunoassaig qualitatiu en orina esdevé indispensable. Tanmateix, el clínic ha de tenir present que les tires reactives ràpides presenten limitacions metodològiques i poden generar resultats falsament positius a causa de la reactivitat encreuada amb fàrmacs d'ús habitual en pediatria, com l'ibuprofè^{4,5}. Per aquest

Figura 1.



Taula 1. Diagnòstic diferencial

Sospita diagnòstica	Elements clínics a favor	Elements clínics en contra	Conducta inicial a l'Atenció Primària
Intoxicació per cànnabis	Somnolència fluctuant, taquicàrdia, midriasi, conducta de pica.	Absència d'un nexa epidemiològic familiar directe confirmat inicialment.	Assegurar la via aèria, comprovar la normogluccèmia i efectuar una derivació dirigida.
Meningoencefalitis / sèpsia	Somnolència, hiporeactivitat, taquicàrdia, hipotensió limítrofa.	Afebril (36,1 °C), bona perfusió distal, sense signes meníngis ni petèquies.	Descartada una resposta infecciosa d'alarma, estabilització basal.
Traumatisme cranioencefàlic ocult	Deteriorament agut de l'estat de consciència i irritabilitat.	Absència de signes externs de contusió, pupil·les simètriques, anamnesi negativa.	Immobilització si persisteix el dubte i derivació per a valoració neurològica.
Debut metabòlic	Letargia, somnolència profunda, hiporeactivitat.	Glucèmia capil·lar de 95 mg/dl (estricta normalitat).	Descartar-lo immediatament mitjançant una tira reactiva al CAP.

motiu, davant d'implicacions legals o d'una discordança clínica, s'aconsella la confirmació posterior mitjançant tècniques cromatogràfiques específiques³.

Finalment, aquesta troballa obliga a avaluar l'entorn del menor. Tot i que en aquest cas la intoxicació s'atribueix a un accident fortuït en un espai públic derivat d'una conducta de pica normal, la literatura científica pediàtrica subratlla la necessitat d'activar de manera coordinada els treballadors socials i els comitès de protecció de la infància (EVAMI/UDEMPI)³. En els casos en què se sospiti una negligència continuada o una desatenció familiar, l'anàlisi de tòxics al cabell constitueix actualment el patró d'or, ja que permet diferenciar una exposició aguda i puntual d'un patró d'exposició crònica o passiva en l'entorn domèstic. El seguiment longitudinal des del centre d'Atenció Primària constitueix una eina molt important per garantir un entorn segur i prevenir futurs episodis de risc per a la salut infantil⁹.

PUNTS CLAU I CONCLUSIONS

- **Sospita davant la discordança clínica.** Davant d'un lactant amb un deteriorament agut del nivell de consciència (somnialesc o hiporeactivitat), la combinació de taquicàrdia i midriasi reactiva en un pacient afebril i normoglucèmic ha d'orientar cap a una síndrome tòxica.
- **L'anamnesi inicial pot ser enganyosa.** L'ocultació d'informació per part dels pares és, de vegades, la norma per por de represàlies. Una anamnesi negativa o la negació de la presència de tòxics a la llar no han de descartar mai el diagnòstic.
- **Via d'entrada i presentació larvada.** En menors de 3 anys, la intoxicació és gairebé sempre per via oral (ingestió accidental). Això genera una absorció erràtica i retardada que prolonga els símptomes neurològics i en provoca la fluctuació.
- **El descart metabòlic és immediat.** La determinació ràpida de la glucèmia capil·lar al mateix centre de salut és el primer pas obligat per descartar de manera immediata un debut metabòlic o una hipoglucèmia com a causa del coma o de la letargia.
- **Evitar proves invasives innecessàries.** Una sospita clínica ferma i una derivació dirigida a l'hospital de referència eviten que el pacient sigui sotmès a proves agressives de primera línia que no estan exemptes de risc (punció lumbar, TAC).
- **Obligació medicolegal i social.** Davant la confirmació o una alta sospita d'intoxicació per cànnabis, és imperatiu activar els protocols locals de protecció de menors (EVAMI/UDEMPI).

RESPONSABILITATS ÈTIQUES

Els autors d'aquest article accepten i confirmen haver actuat d'acord amb les consideracions ètiques durant l'elaboració

d'aquest manuscrit, tot respectant les recomanacions internacionals sobre investigació clínica (Declaració d'Hèlsinki de l'Associació Mèdica Mundial, revisada l'octubre de 2013).

«S'han seguit les directrius nacionals i internacionals (codi deontològic, Declaració d'Hèlsinki), així com la normativa legal sobre la confidencialitat de les dades (Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal).»

FINANÇAMENT

La present investigació no ha rebut ajuts específics procedents d'agències del sector públic, del sector comercial o d'entitats sense ànim de lucre.

CONFLICTE D'INTERESSOS

Els autors declaren que no tenen cap conflicte d'interessos.

BIBLIOGRAFIA

1. Mintegi S. Manual de intoxicaciones en pediatría, 3.^a edición Madrid. Ergon; 2012.
2. Ocaña Albarrán E, Pérez de la Nuez EM, Moreno Milán E. El triángulo de evaluación pediátrica como herramienta de triaje en atención primaria. Rev. Pediatría Atención Primaria. 2021;23(90):145-152.
3. Pinedo-Painous I, Garrido Romero R, Valls Lafon A, Muñoz Santanach D, Martínez Sánchez L. Intoxicación por cannabis en menores de 3 años. Emergencias. 2018;30(6):408-411.
4. García Algar O, Gómez A. Cannabis en urgencias de pediatría. An Pediatr (Barc). 2010;72(6):375-376.
5. 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-e7.
6. López González MF, Cañabate Reche F, Simón Escanez G, Mohamed Ahmed. Episodio crítico asociado a una afectación del estado de conciencia en una lactante de 16 meses con intoxicación accidental por cannabis. Acta Pediatr Esp. 2014;72(6):e219-e221.
7. García MA, Raya I, Hernández D, Martínez MD, López Menchero JC, Bejarano N. Intoxicación grave por cannabis en un lactante de 4 meses. Med Intensiva. 2013;37(4):262-264.
8. Maritaz C, Brehin C, Franchitto N, Claudet I. Pediatric accidental cannabis poisoning: a 20-year retrospective study of evolving trends and severity. Clin Toxicol (Phila). 2025;63(2):104-111.
9. Leonard JB, Al-Salam S, Anderson CE. Evolving clinical presentation of pediatric cannabis toxicity with increased product potency: a systematic review. Pediatr Emerg Care. 2024;40(5):341-348.