

Agosto 24, 2000

Dr. Guillermo Domínguez Cherit
Editor de la Revista de la Asociación Mexicana
de Medicina Crítica y Terapia Intensiva

Señor Editor:

Leí el artículo “Intoxicación por metanol inhalado” de los doctores Blas y Nava,¹ y sobre el mismo envío a usted algunas observaciones:

(a) En toxicología clínica el diagnóstico de las intoxicaciones se fundamenta en la identificación y cuantificación del agente causal en especímenes biológicos y siempre que sea posible en la fuente de exposición, lo que permite establecer la relación de causa a efecto.^{2,3} Sin ninguna de estas evidencias los autores del trabajo establecen el diagnóstico de certeza de intoxicación por metanol apoyados en una sintomatología y estudios de laboratorio clínicos totalmente inespecíficos.

(b) Las mezclas de disolventes orgánicos conocidos con el anglicismo de “thinneres”, son numerosas y pueden llegar a contener hasta 30 o más de estos químicos, en distintas combinaciones y concentraciones. Los grupos químicos más frecuentes corresponden a hidrocarburos aromáticos, alcoholes, glicoles, aldehídos, cetonas, éteres, ésteres y otros más; el benceno (aromático) y el metanol (alcohol), por su elevada toxicidad están prohibidos como componentes de estas formulaciones; sin embargo, es posible que los contengan como contaminantes.⁴

Diversos disolventes de estas mezclas, ya sean aislados o combinados en el “thinner”, pueden causar una sintomatología similar a la descrita en el trabajo: acidosis metabólica descompensada, neurodepresión, coma, brecha de aniones normoclórémica aumentada y neuritis óptica, destacan el mismo etanol, el hexano, el tolueno y otros muchos más.^{5,6} De tal manera que los efectos tóxicos referidos en el paciente pudieron ser causados no sólo por el metanol, en el supuesto que el “thinner” lo contuviera, sino por cualquiera de los otros disolventes arriba anotados que a diferencia del metanol son constituyentes comunes de los “thinneres”.

(c) Es inaceptable la afirmación de los autores de que en casos como el informado “no necesariamente se requiere la confirmación toxicológica”; por el contrario, la confirmación toxicológica es obligada, por el apoyo tan importante que da a la clínica (diagnóstico etiológico, pronóstico, monitoreo toxicológico, evaluación de la respuesta al tratamiento, implicaciones médico-legales, etc); igualmente es cuestionable su recomendación de la necesidad del “tratamiento oportuno y específico para evitar secuelas”, con clara referencia a la administración de etanol como antídoto y al procedimiento de diálisis gastrointestinal con carbón activado para disminuir la vida media de eliminación e incrementar la depuración extrarrenal del tóxico,⁷ tratamiento específico que precisamente no se llevó a cabo en este paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blas MJ, Nava MS. Intoxicación por metanol inhalado. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 2000;14:67-70.
2. Montoya-Cabrera MA. *Intoxicaciones en pediatría*. PAC P-1 Libro 3. México, Academia Mexicana de Pediatría-Intersistemas 1996:10.
3. Montoya-Cabrera MA, Echániz-Avilés OL. *Toxicología para el médico general*. PAC MG-2 Libro 4. México, Academia Nacional de Medicina-Intersistemas 1999:12-14.
4. Winder C. The problem of variable ingredients and concentrations in solvent thinners. *Am Ind Hyg Ass J* 1995;56:1225-1228.
5. Bell GM, Battershill JM, Shillaker RO. Toluene. *Toxicity Rev* 1989;20:265.
6. Roquelaure Y, LeGargasson JF, Kupper S. Alcohol consumption and visual contrast sensitivity. *Alcohol-Alcoholism* 1995; 30: 681.685.
7. Montoya-Cabrera MA. *Toxicología*. PAC MG-1 Libro 5. México, Academia Nacional de Medicina-Intersistemas 1997: 40-45.

Atentamente

Dr. Miguel Angel Montoya Cabrera
Investigador Titular del Departamento de
Farmacología Clínica del Instituto Nacional
de Perinatología, SSA
Montes Urales 800, Lomas Virreyes,
C.P. 11000, México, D.F.
Tel. 5520 99 00 ext. 166