



CARTAS

Insuficiencia renal aguda por dihidroergotamina

M.^a D. Sánchez de la Nieta, M. de la Torre, R. Alcázar y F. Rivera

Sección de Nefrología. Hospital Alarcos. Ciudad Real.

Sr. Director:

Los derivados de la ergotamina se utilizan solos o en combinación en el tratamiento de la migraña. Sus efectos secundarios más importantes se deben a vasoconstricción arterial y generalmente aparecen tras sobredosis o en individuos susceptibles. También se ha descrito insuficiencia renal aguda por tratamiento de ergotamina^{1-4,7} y menos frecuentemente por dihidroergotamina⁵. Presentamos un caso de insuficiencia renal aguda reversible asociada a dihidroergotamina.

Varón de 23 años con antecedentes de tabaquismo y cefaleas crónicas tratadas regularmente con dihidroergotamina (Tonopan[®]). Acudió al Servicio de Urgencias por cuadro catarral y cefalea de una semana de evolución, que había tratado con dihidroergotamina (1 mg/día durante 3 días) y paracetamol. Veinticuatro horas antes del ingreso comenzó con náuseas, vómitos, intensa cefalea pulsátil, dolor en miembros inferiores y lumbalgia sin oliguria. A la exploración física no existían datos de deshidratación, TA de 150/100 mmHg y resto normal. En la analítica: Hb 16 mg/dl, urea 69 mg/dl, creatinina 4,1 mg/dl, proteinuria 1 g/24 h y sedimento normal. Los niveles séricos de C3 y C4 fueron normales y los ANA negativos. La ecografía renal mostró riñones de tamaño normal, sin alteraciones. Tras la suspensión de dihidroergotamina la tensión arterial se normalizó al igual que la función renal, siendo el paciente dado de alta tras 4 días de ingreso. En el control realizado 6 días más tarde, la TA era normal sin medicación, con la siguiente analítica: urea 28 mg/dl, creatinina 0,9 mg/dl y proteinuria negativa.

El paciente comentado presenta datos del síndrome denominado ergotismo o intoxicación por deri-

vados de la ertotamina, caracterizado por vómitos, debilidad, empastamiento muscular, cefalea de rebote y lumbalgia⁶. En ocasiones, como pudimos observar en este paciente, el cuadro se acompaña de fracaso renal agudo. Esta afectación parece ser debida al espasmo de la arteria renal inducido por los ergotamínicos y es menos frecuente con la dihidroergotamina por su menor efecto constrictor arterial⁶. El cuadro es autolimitado en la mayoría de los casos descritos. En nuestro paciente, la ausencia de otros fármacos nefrotóxicos y la evolución clínica confirmó la sospecha de fracaso renal agudo por ergotamínicos, por lo que no realizamos biopsia renal u otros procedimientos diagnósticos como gammagrafía renal^{3,7} o arteriografía⁷. Finalmente queremos señalar que el tratamiento indiscriminado con derivados de la ergotamina puede conllevar efectos secundarios graves que pueden ser reversibles tras su suspensión y obliga a replantear sus indicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fedotin MS, Hartman C: Ergotamine poisoning producing renal arterial spasm. *N Engl J Med* 283: 518-519, 1970.
2. Barquiner J, Tovar JL, Vallés M, De Luis A: Ergotamina e insuficiencia renal aguda. *Med Clin* 88: 80-81, 1987.
3. Pujadas R, Argimón J, Pelegrí A, Jane J: Ergotismo e insuficiencia renal. *Med Clin* 84: 208-209, 1985.
4. Lund J: Prolonged renal impairment after chronic ergotamine intoxication. *Nephrol Dial Transplant* 7: 879-880, 1992.
5. Pusey CD, Rainford DJ: St Antony's fire and pseudochronic renal failure. *Br Med J* 2: 935, 1977.
6. Lacy C: Dihydroergotamine: drug information. En: UpToDate 9.3, Rose BD (Ed), UpToDate, Wellesley, MA, 2001.
7. Van Doorn KJ, Van der Niepen P, Van Tussenbroeck F, Verbeelen D: Acute tubulointerstitial nephritis and renal infarction secondary to ergotamine therapy. *Nephrol Dial Transplant* 15: 1877-1879, 2000.

Correspondencia: Dr. Francisco Rivera Hernández
Servicio de Nefrología
Hospital Alarcos
Avda. Pío XII, s/n
13002 Ciudad Real