

DIMERCAPROL (BAL)

PRESENTACIONES HABITUALES

Ampolla 100 mg/2mL (ME) - disponible desde mayo 2022

Ampolla 200 mg/2mL (ME) - presentación no disponible desde mayo 2022

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Sales inorgánicas de arsénico, oro, mercurio, antimonio, bismuto y posiblemente talio.

En la intoxicación grave por plomo con encefalopatía, se recomienda emplear previamente a la administración de EDTA cálcico-disódico para disminuir el riesgo de edema cerebral.

El empleo de dimercaprol no elimina la necesidad de seguir con el tratamiento general de la intoxicación por el metal en particular.

POSOLOGÍA ADULTOS

- Intoxicación aguda grave por Arsénico u Oro: IM profunda de 3 mg/kg cada 4 h durante 2 días y luego cada 12 horas hasta un máximo de 10 días. La pauta posterior dependerá del estado del paciente, y se aconseja continuar con la terapia antidótica si la arsenuria es > 50 mcg/L
- Intoxicación aguda moderada-leve por Arsénico u Oro: IM profunda de 2,5 mg/kg cada 6 h durante 2 días, después cada 12 h (1 día) y seguir cada 24 h durante 10 días.
- Intoxicación aguda por Mercurio metálico o inorgánico: IM profunda de 5 mg/kg inicial y seguir con 2,5 mg/kg 1-2 veces al día durante 10 días.
- Intoxicación por Bismuto: IM profunda 3 mg/kg/4h el primer día, 2 mg/kg/4h el segundo día, 2 mg/kg/12h el tercer día y seguir con 2 mg/kg/24h hasta la recuperación del paciente (5-10 días)
- Intoxicación por Plomo sintomática, con encefalopatía o con niveles en sangre ≥ 70 $\mu\text{g/dL}$: IM profunda (3-4 mg/kg cada 4h durante 2-3 días) iniciándolo 4h antes de la primera dosis de edetato cálcico disódico.

POSOLOGÍA NIÑOS

- Intoxicación por Arsénico o Mercurio: misma pauta que para los pacientes adultos.
- Intoxicación por Plomo:
 - Con encefalopatía: IM profunda 75 mg/m^2 cada 4h durante 5 días, iniciándolo 4h antes de la primera dosis de edetato cálcico disódico.

DIMERCAPROL (BAL)

- Con síntomas (no encefalopatía) o concentración plasmática $\geq 70 \mu\text{g/dL}$:IM profunda 50 - 75 mg/m² cada 4h durante 3 días, iniciándolo 4h antes de la primera dosis de edetato cálcico disódico

REACCIONES ADVERSAS

Las reacciones adversas son relativamente frecuentes, pero a las dosis terapéuticas no suelen ser lo suficientemente graves como para justificar la retirada, y suelen ser reversibles.

Puede causar las siguientes reacciones adversas:

- Reducción transitoria del porcentaje de leucocitos polimorfonucleares durante el tratamiento.
- Hipertensión y taquicardia.
- Insuficiencia hepática.
- Ansiedad, cefalea, temblor, hormigueo en extremidades. Con dosis altas se ha descrito encefalopatía hipertensiva con convulsiones y coma.
- Escozor en ojos, lagrimeo, conjuntivitis, blefarospasmo y rinorrea.
- Náuseas, vómitos, salivación, dolor abdominal, sensación de ardor en boca, labios y garganta.
- Sudoración en frente y manos.
- Dolor muscular, espasmos musculares.
- Insuficiencia renal.
- Sensación de ardor en el pene.

Puede emplearse de 30-60 mg de efedrina por vía oral o 50 mg de difenhidramina, 30 minutos antes de la administración de dimercaprol para reducir la aparición de reacciones adversas. También un intervalo mínimo de 4 horas entre dosis reduce estas reacciones.

En pacientes con déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD), la administración de dimercaprol puede inducir hemólisis que puede llegar a ser grave. Por ello, se debe controlar un posible déficit de G6PD y monitorizar una potencial hemólisis durante el tratamiento.

En niños es frecuente la aparición de fiebre durante el tratamiento, puede llegar a ocurrir en el 30% de los niños.

En neonatos puede aumentar la ictericia por su contenido en benzoato de bencilo.

EMBARAZO Y LACTANCIA

El dimercaprol es un fármaco clasificado por la FDA como categoría C. No existen estudios realizados en pacientes embarazadas. Aun así, en la intoxicación por plomo se conoce que éste puede atravesar la barrera placentaria y aumenta el riesgo de aborto

DIMERCAPROL (BAL)

espontáneo, parto prematuro, bajo peso al nacer y deterioro en el desarrollo neuronal del bebé.

La terapia quelante se aconseja, siempre valorando el riesgo-beneficio, en pacientes embarazadas con niveles de plomo superiores a 45 µg/dl, y sería obligatoria si los niveles sobrepasan los 70 µg/dl, independientemente del trimestre de gestación.

Se desconoce si el dimercaprol está presente en la leche materna, pero no se absorbe por vía oral, con lo que se limitaría la exposición del lactante al antídoto. Aun así, se desaconseja la lactancia materna si la madre presenta intoxicación por plomo con niveles en sangre superiores a 40 µg/dl.

OBSERVACIONES

Contraindicado en caso de insuficiencia hepática, excepto si es causada por la intoxicación por arsénico.

Precaución en pacientes con hipertensión o función renal alterada. Si aparece insuficiencia renal aguda durante su administración debe valorarse su retirada.

No administrar suplementos de hierro durante el tratamiento (el hierro forma complejos tóxicos con dimercaprol).

La administración, que debe ser IM profunda, es muy dolorosa.

Debe administrarse con precaución en los pacientes alérgicos al cacahuete, en los que se recomienda valorar el beneficio/riesgo y la premedicación con antihistamínicos.

Se aconseja alcalinizar la orina para evitar la disociación del dimercaprol con el metal quelado.

La aparición de nuevos quelantes (como el DMSA o el DMPS) está reduciendo las indicaciones del dimercaprol. De hecho, ha dejado de comercializarse en los EEUU.

Conservar protegido de la luz.

TRATAMIENTO PACIENTE DÍA (TPD)

1.200 mg = 12 ampollas de 100 mg/2mL

DISPONIBILIDAD HOSPITALES

- **Nivel A:** No se recomienda la disponibilidad de este antídoto
- **Nivel B:** 36 ampollas de 100 mg/2mL

DIMERCAPROL (BAL)

BIBLIOGRAFÍA

1. Dimercaprol: Druginformation. UpToDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/dimercaprol-drug-information/print?search=dimercaprol&source=panel_search_result&selectedTitle=1~18&usage_type=panel&kp_tab=drug_general&display_rank=1. Consultado el 18 diciembre 2024
2. Hazardous Substance Data Bank (HSDB). TOXNET Toxicology Data Network. US National Library of Medicine. Disponible en: <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/hsdb.htm>. Consultado el 15 diciembre 2020.
3. Howland MA. Dimercaprol (British Anti-Lewisite or BAL). En: Nelson LS, Howland MA, Lewin NA, Smith SW, Goldfrank LR, Hoffman RS, editores. Goldfrank's Toxicologic emergencies. 11th ed. New York: Mc Graw-Hill; 2019:1251-4.
4. Nogué S, Salgado E, Martínez L, editores. Nogué Toxicología Clínica. Bases para el diagnóstico y el tratamiento de las intoxicaciones en servicios de urgencias, áreas de vigilancia intensiva y unidades de toxicología. 2ª edición. Barcelona: Elsevier; 2024.
5. Prospecto LIVCAPROL (R) Disponible en la página de "Acceso a medicamentos en situaciones especiales" de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Consultado el 18 de diciembre de 2024.
6. Prospecto BAL in oil (dimercaprol). Akorn, Inc., junio de 2016. Disponible en: https://www.akorn.com/documents/catalog/package_inserts/17478-526-03.pdf. Consultado el 9 marzo 2021.