

PICADURA DE VÍVORA ASPID

Quito Ramos, IL. Toribio Velamazán, B. Eito Cuello, JJ. Aspas Lartiga, C. Torres Peña, I. González Gimeno, MC.

Introducción

La víbora Aspid habita en los Pirineos y en las sierras prepirenaicas, en praderas y canchales elevados.

Una mordedura de esta especie es muy dolorosa y puede tener consecuencias severas, Cerca de 4% de todas las mordeduras sin tratar son fatales.

La mordedura de víbora es, el accidente ofídico más frecuente en nuestro país.

Una correcta clasificación del grado de envenenamiento y la utilización de antivenenos son la clave para un adecuado manejo de la situación.

En España viven 3 especies pertenecientes al género Vipera, no comparten hábitat, salvo raras excepciones, por lo que sabiendo el lugar donde se produjo la mordedura podremos deducir la especie.

Objetivos

DESCRIBIR LA ACTUACIÓN ANTE UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE EN URGENCIAS Y POTENCIALMENTE GRAVE

Caso Clínico

Sobre las 12:00 acude al Servicio de urgencias un varón de 52 años y su sobrino de 7 años tras sufrir la mordedura de una víbora ASPID, según refiere, en zona interdigital de la mano izquierda. Acuden por sus propios medios.

El varón adulto presenta en región interdigital de 2º3º dedo una herida lineal sin signos de infección ni sangrado activo. No edema en la mano ni la extremidad. No cianosis distal. Resto normal

Analítica Hemograma: Leucocitos: $9.7 \times 10^9/L$ (84.3S/4.9M/10.3L). Plaquetas: $230 \times 10^9/L$. Coagulación: A.P:83 %. T. Quick:11.9 sg. APTT:0.93 sg.

El niño presenta tumefacción 3er dedo, en cara externa falange media se observan 2 pequeños puntos separados por 7 mm, piel algo brillante, no edematosa, no eritematosa, no supuración por puerta entrada. Dorso mano con discreta tumefacción. Muñeca y dedos con movilidad conservada. No linfangitis.

Tras valoración inicial junto con Pediatría, dada la estabilidad de los pacientes, y tras contacto con Toxicología, permanecen en observación. Al adulto se le administra dosis de VAT y antibiótico. El niño es ingresado en planta para observación. Ambos son dados de alta con observación domiciliaria a las 24 hs

Conclusiones

Los signos típicos se manifiestan en los primeros 10 minutos, siendo infrecuente que no hayan aparecido transcurridos 20 minutos.

El primer síntoma es un dolor intenso, que es constante cuando se produce envenenamiento. La ausencia de signos o síntomas locales pasadas 4 horas puede considerarse como falta de inoculación de veneno.

La presencia de síntomas generales, aunque estos sean banales, indican gravedad en el envenenamiento. Las complicaciones sistémicas, tales como fracaso renal, rabdomiolisis, hemorragias o CID, derivadas de una mala evolución de un cuadro grave de envenenamiento, no suelen presentarse en el ámbito de la urgencia.

El síntoma más frecuente es la ptosis palpebral, aunque puede afectarse cualquier par craneal.

Pruebas complementarias:

La analítica es la prueba complementaria que más ayuda a estimar la gravedad del envenenamiento. Debe ser completa e incorporar como mínimo hemograma, coagulación y bioquímica con función renal. Puede presentar leucocitosis, trombocitopenia, alteraciones de la coagulación y anemia (esta de forma tardía)

Criterios de gravedad: una leucocitosis mayor de 15.000, una trombocitopenia menor de 150.000, una actividad de protrombina por debajo del 60% y un fibrinógeno menor de 200mg/dl.

Es conveniente repetir la analítica en las 6 primeras horas, ya que en este tiempo se habrán producido ya alteraciones hematológicas que nos indiquen si el envenenamiento es importante.

La clasificación del grado de envenenamiento es la base que nos permitirá decidir qué pauta de manejo seguir: la indicación de antiveneno y la necesidad de ingreso. Está comúnmente aceptada la clasificación de Audebert se divide en 4 grados.

Es necesaria la profilaxis antitetánica, según el estado de inmunización, existe un riesgo teórico al ser una mordedura.

Es importante la limpieza exhaustiva de la zona con algún antiséptico jabonoso.

Las mordeduras son muy dolorosas, por lo que se deben suministrar siempre analgésicos, en ocasiones cada 4h debido a la intensidad.

