



CARTAS CIENTÍFICAS

Mordedura de serpientes venenosas: experiencia durante 5 años



Poisonous snakebites: A five-year experience

Sra. Editora:

La mordedura de serpiente es un motivo de consulta poco habitual en los Servicios de Urgencias. Esto puede comportar dudas sobre su tratamiento, especialmente sobre el uso de un antídoto muy específico, caro, con escasa distribución y potenciales efectos adversos^{1,2}. Dada la potencial gravedad de la situación es necesario conocer cuál es la actitud terapéutica más adecuada^{3,4}.

Presentamos un estudio de serie de casos clínicos realizado en el Servicio de Urgencias de un hospital materno-infantil de tercer nivel, describiendo los casos de mordedura de serpiente registrados entre enero de 2011 y diciembre de 2013, con el objetivo de detectar los puntos mejorables en el manejo, a la vista de la evolución y de las nuevas recomendaciones².

Consultaron un total de 5 pacientes, uno en 2011 y el resto en 2013. Todos habían acudido previamente a otro centro sanitario, y únicamente uno llegó a nuestro centro en las primeras 12h tras la mordedura. A su llegada todos los pacientes presentaban un grado 2 de envenenamiento. La [tabla 1](#) muestra la clasificación de la sintomatología tras mordedura de serpiente⁴. La [tabla 2](#) recoge las características clínicas de los pacientes incluidos en el estudio. Los 5 pacientes fueron hospitalizados. En todos los pacientes se realizó analítica sanguínea para descartar complicaciones secundarias, resultando normal. Inicialmente se siguió un tratamiento conservador. No obstante, los 4 casos registrados en 2013 presentaron una mala evolución progresando a grado 3, momento en que se administró el suero antiofídico (Viperfav®). Dos pacientes requirieron la realización de fasciotomía por presentar síndrome compartimental. La administración del suero antiofídico no dio lugar a la aparición de reacciones adversas, y tras el tratamiento la evolución fue favorable. Únicamente el caso del año 2011 presentó evolución favorable con el tratamiento médico inicial, sin requerir antiveneno.

Las serpientes que más habitualmente producen envenenamiento en la Península Ibérica pertenecen a la familia *Viperinae* (víboras)^{2,4,5}. No obstante, el manejo de las mordeduras dependerá del grado de envenenamiento que presente el paciente, independientemente de su etiología^{5,6}.

En primer lugar se realizará una valoración inicial aplicando el algoritmo del ABCDE⁶. En cuanto al tratamiento específico de la mordedura, siempre se realizará la limpieza y antisepsia de la herida, administración de analgesia y revisión de la pauta de vacunación antitetánica^{2,5,6}. El uso de antibióticos de forma sistemática es controvertido, y actualmente se recomienda administrarlos únicamente ante

Tabla 1 Grado de envenenamiento por mordedura de serpiente

Grado de envenenamiento	Manifestaciones clínicas
Grado 0 (mordedura seca)	Marcas de mordedura Dolor ausente o leve Sin síntomas locales ni sistémicos
Grado 1 (envenenamiento leve)	Dolor moderado/intenso Edema inflamatorio local Ausencia de síntomas generales
Grado 2 (envenenamiento moderado)	Edema inflamatorio amplio o rápidamente progresivo (hasta los límites de la extremidad) Equimosis, adenopatías locales dolorosas, linfangitis, flictenas, necrosis Síntomas generales moderados Clínica neurológica: ptosis palpebral, déficit de acomodación, oftalmoplejía, diplopía, disartria, disfagia, parálisis del orbicular de los labios, letargo, vértigo o parestias
Grado 3 (envenenamiento grave)	Reacción local intensa que sobrepasa la extremidad Síntomas generales graves Clínica neurológica grave

Tabla 2 Presentación clínica y manejo de las mordeduras de serpiente venenosa atendidas en el Servicio de Urgencias Pediátricas

	Sexo, edad y fecha	Lugar anatómico	Tiempo de evolución	Clínica	Manejo inicial	Evolución inicial	Fasciotomía	Suero antiofídico	Evolución final
Caso 1	♂, 10 años, abril 2011	Dedo 1° mano izq.	24 h	Grado 2 (edema violáceo ESizq)	Analítica sanguínea, antibiótico, corticoide, antihistamínico, analgesia	Buena	No	No	Buena
Caso 2	♂, 5 años, abril 2013	Dedo 3° mano der.	14 h	Grado 2 (edema y equimosis ESDer)	Analítica sanguínea, antibiótico, analgesia, profilaxis antitetánica	Síndrome compartimental (grado 3)	A las 24 h	A las 36 h	Buena
Caso 3	♂, 8 años, abril 2013	Dedo 4° mano izq.	13 h	Grado 2 (edema violáceo ESizq, linfangitis, vómitos autolimitados)	Analítica sanguínea, antibiótico, analgesia, profilaxis antitetánica	Progresión edema hasta tórax (grado 3)	No	A las 24 h	Buena
Caso 4	♂, 2 años, abril 2013	Surco interdigital 1°-2° dedos mano der.	48 h	Grado 2 (edema violáceo ESDer, linfangitis)	Analítica sanguínea, antibiótico, corticoide, antihistamínico, analgesia	Progresión edema hasta tórax (grado 3)	No	A las 48 h	Buena
Caso 5	♀, 10 años, julio 2013	Dedo 2° mano der.	4 h	Grado 2 (edema y equimosis dedo, hematoma 1/3 proximal brazo)	Analítica sanguínea, antibiótico, corticoide	Síndrome compartimental (grado 3)	A las 24 h	A las 48 h	Buena

der: derecha; ESizq: extremidad superior izquierda; ESDer: extremidad superior derecha; izq: izquierda; ♂: sexo masculino; ♀: sexo femenino.

sospecha de sobreinfección^{1,2}. Asimismo, no se encuentra indicado el uso de antihistamínicos y corticoides, ya que su eficacia no ha sido demostrada^{1,2}. Dentro del manejo terapéutico tiene especial relevancia el uso de suero antiofídico. El suero más utilizado en nuestro medio es Viperfav®. Este contiene proteínas heterólogas obtenidas tras inmunización de caballos^{1,2,4}. Las recomendaciones clásicas reservaban el uso del antiveneno para los grados de envenenamiento 3, debido a su potencial riesgo de anafilaxia. No obstante, el intenso proceso de purificación mediante el cual se obtiene el suero disponible en la actualidad (Viperfav®) hace de este un antídoto seguro, con baja alergenidad^{1,2,4}. Por este motivo, las últimas recomendaciones de tratamiento por mordeduras de ofidios venenosos expuestas por el Panel de expertos de España en diciembre de 2012, indican un uso precoz del suero en los grados 2 de envenenamiento^{2,4,5}. Además, se considera el tratamiento de elección del síndrome compartimental, dejando la fasciotomía para los

casos refractarios tras la administración del antídoto^{2,4,5}. Dado que las nuevas recomendaciones aparecieron simultáneamente a los casos expuestos, en estos se siguió el protocolo vigente del centro, que no las incluía. La revisión de los casos motivó la actualización del protocolo.

Respecto a las exploraciones complementarias, es necesaria la realización de analítica sanguínea para descartar complicaciones asociadas como trombocitopenia, trastornos de la coagulación, alteraciones hidroelectrolíticas o insuficiencia renal⁴⁻⁶.

Por último, todos los pacientes requieren observación hospitalaria para valorar su evolución (grado 0: 6 h; grado 1: mínimo 24 h; grados 2 y 3: ingreso hospitalario o en Unidad de Cuidados Intensivos según afectación)^{2,4,5}.

Como conclusión queremos destacar que en 2013 observamos un pico de incidencia en las mordeduras de serpiente venenosa atendidas en nuestro servicio, así como una mayor gravedad y peor evolución. Además, hemos observado una

tendencia a evolucionar negativamente en los pacientes tratados de forma conservadora, por lo que, en la línea de las nuevas recomendaciones, consideramos que un uso más precoz del suero antiofídico podría evitar la mala evolución posterior. Asimismo, hemos objetivado que los efectos secundarios del suero antiofídico en forma de reacciones alérgicas son infrecuentes, y que otros fármacos utilizados en nuestros pacientes (corticoides y antiinflamatorios) no evitaron la progresión de la inflamación local.

Bibliografía

1. Boels D, Hamel JF, Bretaudeau Deguigne M, Harry P. European viper envenomings: Assessment of Viperfav® and other symptomatic treatments. *Clin Toxicol (Phila)*. 2012;50:189-96.
2. Informe Público de Evaluación de Tecnologías Sanitarias IPE 2012/68. Intoxicaciones por mordeduras de ofidios venenosos. I Panel de expertos en España; Madrid, 2012 [consultado 1 Ene 2015]. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=15/03/2013-1e8b2cdb4b>
3. Kasturiratne A, Wickremasinghe AR, de Silva N, Gunawardena NK, Pathmeswaran A, Premaratna R, et al. The global burden of

snakebite: A literature analysis and modelling based on regional estimates of envenoming and deaths. *PLoS Med*. 2008;5:e218.

4. Martín C, Nogué S. Novedades en el envenenamiento por mordedura de víbora. *Med Clin (Barc)*. 2015;144:132-6.
5. Calzada J, Payeras J, Quintillá JM. Picaduras y mordeduras de animales. En: Pou J, editor. *Urgencias en Pediatría: Protocolos diagnósticos-terapéuticos Hospital Universitari Sant Joan de Déu*. 5.ª ed. Madrid: Ergon; 2014. p. 731-48.
6. White J, Cheng AC. Snakebites worldwide: Management [Monografía en Internet], Daniel D, Stephen T (Ed): UpToDate; 2014 [consultado 24 Ene 2015]. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/snakebites-worldwide-management?source=search_result&search=mordeduras+serpiente&selectedTitle=1~32.

L. Vico Andueza*, L. Martínez Sanchez, J. Martínez Osorio, V. Trenchs Sainz de La Maza y C. Luaces Cubells

Servicio de Urgencias, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lvico@hsjdbcn.org (L. Vico Andueza).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.03.010>

Disfonía infantil precoz como síntoma de alerta de la papilomatosis laríngea juvenil



Early infantile dysphonia as an alert symptom of juvenile laryngeal papillomatosis

Sra. Editora:

La papilomatosis respiratoria recurrente juvenil (PRRJ), es la segunda causa más frecuente de disfonía durante la infancia, después de los nódulos en las cuerdas vocales verdaderas. El agente causal más frecuente es el virus del papiloma humano serotipos 6 y 11. La vía de transmisión más aceptada es vertical, a través del canal del parto de una madre con infección genital activa o latente¹. La prevalencia es de 1,11-2,59/100.000 niños². Presentamos 6 casos de PRRJ, una enfermedad recidivante con clínica inespecífica, a tener en cuenta en disfonías de larga evolución.

Se realizó un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de PRRJ durante el período 1 de enero 2000 al 31 de diciembre 2013. Se analizaron datos epidemiológicos (edad al diagnóstico, sexo), tratamiento recibido, secuelas, número de intervenciones quirúrgicas (tabla 1). La relación varón-mujer encontrada fue de 1:1. La mediana de edad al diagnóstico fue de 18 meses con un rango intercuartílico (RI) de 26,5 meses. Los síntomas comunes fueron disfonía, dificultad respiratoria nocturna y estridor inspiratorio. La paciente uno fue un embarazo no controlado con serología materna compatible con infección previa resuelta por sífilis y hepatitis B, prematura de 25 semanas de gestación con peso al nacer de 1.000 g. Asoció desnutrición y laringomalacia. Necesitó traqueostomía desde los 14 hasta los 20 meses de edad (por insuficiencia respiratoria secundaria a

papilomatosis). El paciente 2 fue producto de un embarazo en una madre adolescente, vacunada frente al VPH (Cervarix® 3 dosis) a los 14 años. Fue diagnosticado de laringitis de repetición. El paciente 3 había sido un embarazo no controlado. El paciente 4 presentó antecedentes maternos de papilomas en las manos, y fue diagnosticado de hipertrofia adenoidea y bronquitis. La madre de la paciente 5 presentó papilomatosis genital previa y la paciente 6 presentó dificultad en la adquisición del lenguaje.

Los papilomas laríngeos se objetivaron con fibrolaringoscopia, y se realizó exéresis (fig. 1) mediante microcirugía endolaríngea. Recibieron tratamiento coadyuvante intraoperatorio con cidofovir intralesional en al menos una ocasión en 4 de los 6 casos. El caso 2 recibió además propranolol vía oral diariamente durante un año. La anatomía patológica fue concordante con papilomatosis, y se identificó en los casos 2 y 3 el serotipo VPH-11 y en el caso 6 VPH-6.

Las cuerdas vocales son la localización más frecuente de la PRRJ. La extensión a nivel distal se ha asociado a peor pronóstico y a infección por VPH-11³. La presentación clásica es la disfonía persistente junto a llanto débil entre los 2 y 4 años de edad. El segundo síntoma en frecuencia es el estridor, inicialmente inspiratorio, para ser luego bifásico. Con menor frecuencia se presenta tos crónica, neumonía recurrente, fallo de medro, disnea, disfagia, distrés respiratorio agudo, sobre todo en lactantes con infección de vías respiratorias superiores⁴.

El diagnóstico diferencial con esta enfermedad debemos realizarlo con otras causas de obstrucción de la vía aérea, fundamentalmente a nivel faringo-laríngeo (laringomalacia, parálisis de cuerda vocal, granulomas o quistes glóticos o subglóticos, laringitis, estenosis subglótica congénita o adquirida, hemangiomas y traumas) y a nivel traqueal (estenosis traqueal, traqueomalacia, compresión extrínseca por estructuras vasculares anormales). Menos