

## Réplica de los autores

### Author's reply

Sr. Director:

El síndrome nefrotóxico acelerado por setas se trata de un síndrome de intoxicación por setas con período de latencia largo, que se caracteriza por un cuadro de gastroenteritis aguda con compromiso posterior de la función renal. Estos datos nos deben hacer sospechar una intoxicación de *Amanita proxima* en Europa y *Amanita smithiana* en EE.UU.<sup>1</sup>. Recientemente se ha denominado a dicho síndrome producido por la toxina norleucina allénica como síndrome norleucínico o proximiano, el cual se caracteriza por fracaso renal severo oligúrico reversible que suele requerir hemodiálisis<sup>2</sup>.

En la serie de casos descrita en nuestro artículo de intoxicación por amatoxinas<sup>3</sup>, los dos primeros casos podrían plantear el diagnóstico diferencial con este síndrome, así como con el síndrome orellaniano, dado el claro predominio de la afectación renal frente a una discreta afectación hepática como describíamos en nuestra exposición. Respecto al caso número uno de la serie, destacamos que además de la leve afectación hepática, el paciente presentó pancreatitis aguda, más típica de la intoxicación por amatoxinas<sup>4</sup>. En cuanto al segundo caso, que puede plantear más dudas, predominaba la diarrea con más de diez deposiciones al día, menos frecuentes en la intoxicación por *Amanita proxima*<sup>5,6</sup>. El diagnóstico de *Amanita verna* se realizó en todos los casos entre los meses de marzo a mayo, época típica de las intoxicaciones en la provincia de Huelva, cuando es frecuente la confusión con *Amanita ponderosa*, seta de consumo primaveral en dicha región. Estos datos, van en contra de la afectación por *Amanita proxima*, la cual aparece de octubre a diciembre<sup>7</sup>, meses en los que proliferan mayor número de setas, y por tanto, existe una mayor probabilidad de intoxicación por error en la recogida. La caracterización botánica se realizó mediante identificación visual por un experto en micología de restos de setas no cocinados, que obtiene un diagnóstico aproximado en el 90% de los casos<sup>8</sup>.

Como al autor de la réplica nos parece también obvia la importancia de identificar el tipo de seta contactando con un centro de toxicología y la obtención de líquidos biológicos como orina o sangre para la confirmación del síndrome clínico, recordando que en el caso de las amatoxinas, la eliminación renal es inmediata y puede prolongarse hasta 96 horas tras la ingesta, mientras que los niveles plasmáticos son detectables hasta 36 horas después<sup>9</sup>. Sin embargo, tenemos que expresar nuestro desacuerdo en lo que respecta a su sugerencia de incluir en los artículos científicos a autores en un formato u otro, que se han limitado a realizar sus labores profesionales sin haber colaborado en la génesis del trabajo científico; hacerlo así constituiría una deslegitimación del principio ético de autoría científica sobre el que hay un consenso internacional muy sólido<sup>10,11</sup>.

Es importante que a pesar de no tener una confirmación diagnóstica del espécimen causante del cuadro, el clínico se mantenga alerta ante síntomas gastrointestinales inespecíficos tras el consumo de setas silvestres para la detección de aquellos cuadros con morbimortalidad considerable provocados por determinadas setas hepato o nefrotóxicas<sup>12</sup>.

Agradecemos el interés mostrado en la valoración de nuestro artículo e incidimos en la necesidad de nuevos trabajos que intenten ayudar a caracterizar dichos síndromes de intoxicación por setas y así identificar nuevos tratamientos que puedan evitar la evolución fatal que en algunos casos desencadena el consumo de setas silvestres.

### Bibliografía

1. James HD. Syndromic diagnosis and management of confirmed mushroom poisoning. *Crit Care Med*. 2005;33:427–36.
2. Martínez S, Pinillos MA, Elizalde M, Clint JL, Schulz B. Insuficiencia renal aguda tras ingesta de setas: nuevo caso de intoxicación por *Amanita proxima*. *Rev Toxicol*. 2009;26:37.
3. De la Higuera L, Barón B, Bernabeu M, Cano R. Intoxicación por setas: características clínicas y tratamiento de ocho casos en el suroeste de España. *Rev Clin Esp*. 2010;210:483–5.
4. Forro M, Mandli T. Liver transplantation after *Amanita phalloides* poisoning from the viewpoint of anesthesia and intensive care of three cases. *Orvosi Hetilap*. 2003;144:269–73.
5. De Haro L, Jougla J, Arditti J, David JM. Insuffisance rénale aiguë lors d'intoxication par *Amanita proxima*: expérience du Centre anti-poisons de Marseille. *Nephrologie*. 1998;19:21–4.
6. Leray H, Canaud B, Andary C, Klouche K, Béraud JJ, Mion C. Intoxication par *Amanita proxima*: une nouvelle cause d'insuffisance rénale aiguë. *Nephrologie*. 1994;15:197–9.
7. Palazón Lozano F. Setas para todos. Guía práctica de identificación. Editorial Pirineo; 2001.
8. Piqueras Carrasco J. Intoxicaciones por vegetales y setas. Tratado de Urgencias. Granollers, Barcelona: Editorial Marín; 1995;3:1201-1221.
9. Herráez García J, Sánchez Fernández A, Contreras Sánchez P. Intoxicación fatal por *Lepiota brunneoincarnata*. *An Med Interna*. 2002;19:322–3.
10. Vuckovic-Dekic L. Authorship-coauthorship. *Arch Oncol*. 2003;11:211–2.
11. Kwok LS. The White Bull effect: abusive coauthorship and publication parasitism. *J Med Ethics*. 2005;31:554–6.
12. Benítez-Macías JF, García Gil D, Brun-Romero FM, Nogué-Xarau S. Intoxicaciones agudas por setas. *Rev Clin Esp*. 2009;209:542–9.

L. de la Higuera-Vila<sup>a,\*</sup>, B. Barón-Franco<sup>b</sup>,  
M. Bernabeu-Wittel<sup>a</sup> y R. Cano-Monchul<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

<sup>c</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital de Riotinto, Huelva, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pa.laurahv@yahoo.com](mailto:pa.laurahv@yahoo.com)  
(L. de la Higuera-Vila).

doi:10.1016/j.rce.2011.01.028