

Bibliografía

1. Ortega J, Suárez de Lezo J, García A, Melián F, Rodríguez R, Medina A. Cierre percutáneo de foramen oval permeable en el síndrome platipnea-ortodeoxia. Rev Esp Cardiol. 2005;59: 78-81.
2. López Gastón O. Síndrome de platipnea-ortodeoxia. Medicina (Buenos Aires). 2005;65:268-72.
3. Kubler P, Gibbs H, Garraby P. Platypnoea-orthodeoxia syndrome. Heart. 2000;83:221-3.
4. Chen GP, Goldberg SL, Gill EA Jr. Patent foramen ovale and the platypnea-orthodeoxia syndrome. Cardiol Clin. 2005;23: 85-9.
5. Boixeda R, Vila X, Bardagi S, Antón Capdevila J. Síndrome de platipnea-ortodeoxia asociado a foramen oval permeable. Med Clin. 2011;136:179-80.
6. Fayyaz Hussain S, Fatima Mekan S. Platypnea-orthodexia: report of two cases and review of the literature. South Med J. 2004;97:657-62.

7. Van Gaal WJ, Joseph M, Jones E, Matalanis G, Horrigan M. Platypnea-orthodeoxya associated with fenestrated atrial septal aneurysm: case report. Cardiovasc Ultrasound. 2005;3: 28.
8. Desouza K, Saraswat S, Desouza S, Rajaran V, Reddy P, Mosly L. Platypnea-orthodeoxya syndrome: a diagnostic challenge. South Med J. 2009;102:1046-8.

E. Amao*, E. Val y F. Michel

Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tatojar@hotmail.com (E. Amao).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2012.09.010>

Intoxicación por retama negra

Scotch broom poisoning

Sr. Director:

Presentamos el caso de 2 mujeres de 16 y 52 años de edad, que ingresan en nuestro centro tras realizar ingesta de retama negra. Conocían ciertas propiedades farmacológicas de dicha planta (diurético y cardiotónico) e ingirieron sus flores en forma de ensalada junto con 2 varones de la familia, que tomaron una cantidad menor y no presentaron síntomas. La retama negra es una especie arbórea muy abundante en el levante peninsular, donde también se conoce como hiniesta o escoba negra.

La mujer de 52 años presentaba como antecedente quirúrgico una funduplicatura de Nissen, que le impidió el vómito tras el inicio de sus síntomas. A los 30 min de la ingesta inició náuseas sin vómitos, malestar general, debilidad, mioclonías y cierto estado confusional, por lo que es llevada a urgencias. Allí se constata alteración del ritmo cardíaco en forma de taquicardia sinusal alternando con bradicardia sinusal, por lo que se ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos. En el estudio no se constata ninguna alteración. Con medidas de soporte (carbón activado, sueroterapia) la paciente presentó mejoría sintomática aunque persistieron las mioclonías durante 48 h.

La paciente de 16 años presentó náuseas, vómitos y cefalea a los 30 min de la ingesta y se pudo objetivar la salida de la mayoría de las flores ingeridas, sin presentar posteriormente alteraciones neurológicas ni trastornos del ritmo cardíaco.

La retama negra o escoba negra o hiniesta (*Cytisus scoparius*), es una planta leñosa perenne nativa de Europa. Tanto la flor como el tallo se han usado popularmente con fines medicinales, sobre todo como diurético y cardiotónico¹. Existe muy poca evidencia científica disponible acerca de

la eficacia o la seguridad de esta planta y la mayoría de las conclusiones provienen del conocimiento de sus constituyentes o del uso tradicional. En nuestros 2 casos demostramos la toxicidad de dicha planta tras su ingesta directa en forma de ensalada. La toxicidad potencial de la escoba negra es debida a la presencia de pequeñas cantidades de los alcaloides esparteína e isosparteína², los cuales se encuentran tanto en las flores como en los tallos (partes al descubierto). Se conocen efectos de la esparteína en la conductividad eléctrica del músculo cardíaco y, en términos potenciales, puede causar ritmos cardíacos peligrosos tal y como aconteció en nuestra paciente de 52 años. Esta presentó además, un síndrome confusional con mioclonías, que creemos también fueron debidas a la intoxicación, aunque no se ha descrito previamente.

En los tratados de botánica está ampliamente descrita la toxicidad de la planta y el escaso rango terapéutico de sus efectos beneficiosos, por lo que se suele desaconsejar su uso medicinal³. También, en los tratados de toxicología se recogen los efectos perniciosos de los alcaloides presentes en la retama negra⁴. Sin embargo, su conocimiento a nivel del médico general e internista es muy escaso. No hemos encontrado ninguna publicación anterior de casos de intoxicación en la literatura médica.

Bibliografía

1. Font Quer P. Plantas medicinales. En: El Dioscórides renovado. Barcelona: Editorial Labor; 1993.
2. Strubelt O. Experimental studies on therapeutic modification of sparteine poisoning. Arzneimittelforschung. 1982;32: 1287-92.
3. Strasburger E, et al. Tratado de Botánica. 8.^a edición Barcelona: Ediciones Omega; 1994.
4. Stary E. Plantas venenosas. Madrid: Susaeta Ediciones; 1993.

X. Herranz Pérez^{a,b,*}, L. Sàncchez Sitges^{a,b}, R. Malo Barres^a
y M. García Cors^{a,b}

^a Servicio de Medicina Interna, Capio Hospital General de Catalunya, San Cugat del Vallès, Barcelona, España

^b Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona,
España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(X. Herranz Pérez\).](mailto:jcherranz@csc.uic.es)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2012.07.001>

Epidemiología de las helmintiasis en una zona del sur de Madrid

Epidemiology of helminthiasis in a hospital in southern Madrid

Sr. Director:

Las helmintiasis constituyen un grupo de infecciones que afectan a más de 2.500 millones de personas en todo el mundo, principalmente en los países tropicales y subtropicales¹. En España el número de especies de helmintos endémicas es muy reducido, pero la sospecha y el diagnóstico de todo tipo de helmintiasis se hace cada vez más importante debido al aumento de viajes a zonas endémicas y a los movimientos migratorios producidos en las últimas décadas de personas procedentes de zonas con alta prevalencia².

Con el fin de conocer las especies de helmintos encontradas en nuestro medio y las características demográficas de la población afectada se realizó una revisión retrospectiva de las helmintiasis diagnosticadas en nuestro centro entre los años 2007-2010. Se diagnosticaron 215 pacientes con infección por helmintos; 108 varones (50,23%) y 107 mujeres (49,77%). El rango de edad estuvo comprendido entre 1 y 68 años. Tuvieron edades comprendidas entre 0 y 15 años, 123 casos (57,2%); entre 16 y 30 años, 50 casos (23,3%); entre 31 y 60 años, 33 casos (15,4%), y 12 casos (5,5%) tuvieron una edad superior a los 60 años. Se detectaron 255 helmintiasis; 26 pacientes estaban parasitados por más de una especie (todos excepto 2 procedían de Guinea Ecuatorial). La tabla1 muestra la nacionalidad de los pacientes y las especies que se diagnosticaron en ellos. Solo se realizó estudio de eosinófilos en 134 pacientes, de ellos 79 (59%) tenían eosinofilia (> 800 eosinófilos/ μl). Las especies más asociadas a eosinofilia fueron las filarias, seguidas de *Strongyloides stercoralis* (*S. stercoralis*) y *Ascaris lumbricoides* (*A. lumbricoides*). De los 105 pacientes con nacionalidad extranjera, se pudo conocer el tiempo de estancia en España en 83, variando desde el recién llegado hasta la estancia de 11 años.

El mayor número de casos diagnosticados fue en la edad pediátrica (0-15 años), el grupo de edad donde las infecciones helmintiásicas tienen mayor repercusión, ya que una infección crónica no diagnosticada y no tratada puede derivar en anemia, retardo del crecimiento y alteración del rendimiento escolar³. El mes de julio fue en el que más

casos de helmintiasis se diagnosticaron, debido a los controles que se realizan a los niños en acogida durante el verano procedentes del Sahara Occidental. En total fueron 21 niños saharauis con controles positivos, 18 de ellos con *Hymenolepis nana*.

Enterobius vermicularis es el helminto aislado con más frecuencia (47,45%), y sobre todo en población española (106/121 pacientes eran españoles). En españoles solo se encontraron otras 2 especies, *A. lumbricoides* y *Taenia saginata*.

El mayor número de casos diagnosticados en la población no española se da en individuos procedentes del África subsahariana (61 vs. 17 de individuos que proceden de América de Sur), a pesar de que la población de origen sudamericano atendida por nuestro hospital (14.821 habitantes) es mayor que la población procedente del África subsahariana (5.505 habitantes)^{4,5}. Esto mismo ocurre entre los países subsaharianos y no subsaharianos del continente africano, ya que a pesar de que hay más habitantes de población no subsahariana (13.897 vs. 5.505) el mayor número de casos se dio en individuos de origen subsahariano.

En cuanto a las especies implicadas en la poliparasitación, no hay ninguna repetición característica que pueda indicar que una asociación sea más prevalente que otra. A excepción de 2 pacientes, el resto que tenían poliparasitación procedían de Guinea Ecuatorial, lo que no es de extrañar por la variedad de especies endémicas que se encuentran en ese país y el gran número de pacientes procedentes del mismo que es atendido en nuestro hospital.

Nuestros datos indican que las filarias son los helmintos que con mayor frecuencia causan eosinofilia. La eosinofilia está frecuentemente asociada con infecciones causadas por helmintos, y muchos expertos recomiendan que las personas con eosinofilia que proceden o hayan viajado a regiones endémicas, sean evaluadas para la presencia de infecciones parasitarias^{6,7}.

Algunos pacientes fueron diagnosticados de alguna helmintiasis a pesar de llevar residiendo en España varios años. Ello puede deberse, o bien, a que durante este tiempo han visitado su país en alguna o varias ocasiones o bien a parásitos que pueden reinfectar durante largos períodos de tiempo, por fenómenos de autoinfección, como sucede con *S. stercoralis*, o porque las formas adultas pueden vivir durante años, como sucede con *Onchocerca volvulus* o las tenias. El hecho de llevar un largo período de residencia en España, nunca debería ser motivo para descartar por completo una infestación por helmintos.