



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

264/229 - UNA RUTA POR LA SIERRA DE HUELVA

M. Olivia Márquez y J. Velasco Soto

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 31 años, que acude a urgencias, por vómitos incoercibles y diarreas blanquecinas que comenzaron 10 horas atrás. Escalofríos sin fiebre termometrada. Antecedentes personales: No refiere alergias medicamentosas conocidas, ni otras patologías previas, intervenido quirúrgicamente de fibroadenoma de mama derecha. No tiene hábitos tóxicos. No realiza tratamiento actual. Indagando en hábitos dietéticos, refiere haber consumido gran cantidad de gurumelos 24 horas atrás que cogió con su pareja en una ruta que hicieron por el campo.

Exploración y pruebas complementarias: Abdomen: blando y depresible, con molestias generalizadas a la palpación, Blumberg y Murphy negativos. RHA +. Presenta vómitos en consulta y sale al baño por la diarrea, recoge muestra de heces líquidas acólicas en un bote que entregamos para coprocultivo. Análisis: hemograma con las tres series normales, ligera neutrofilia. Bioquímica con ascenso de LDH: 349, GOT 46, función renal e iones normales, resto de enzimas hepáticas y pancreáticas normales. GSV: pH 7,32. Lactato 3,9.

Juicio clínico: Sospecha de intoxicación por setas hepatotóxicas.

Diagnóstico diferencial: Ante la sospecha de intoxicación por setas hepatotóxicas avisamos a UCI y comenzamos tratamiento empírico con penicilina G (4 millones cada 4 horas), Leganon 300 mg cada 6 horas, Sueroterapia intensa para forzar diuresis con un objetivo ideal de 200 ml/h y lavados con carbón activado con SNG y aspiración continua. Realizamos control analítico en el cual persiste acidosis compensada con bicarbonato 18 y láctico 2. Avisamos al servicio de intoxicaciones y a unidad de trasplantes por si precisara trasplante hepático dada la rápida evolución del cuadro. La paciente es trasladada a UCI, donde se serían las enzimas hepáticas que aumentan progresivamente hasta alcanzar valores de GOT 4.363 y GPT 4.851. LDH: 3.559. Dado el fallo hepático agudo la paciente se traslada a HUVR por si precisa trasplante hepático, la función renal se mantiene conservada en todo momento. Durante su estancia en HUVR, las enzimas hepáticas comienza a descender de forma progresiva por lo que no se procede a trasplante hepático, y tras mejoría clínica la paciente es dada de alta a domicilio.

Comentario final: La intoxicación por Amanita verna suele darse por confusión con la Amanita ponderosa, dado que presentan características similares en su aspecto. Produce amantoxinas que no son degradadas por enzima alguna y resisten temperaturas de hasta 100º, altamente tóxicas, con una sola seta, puede producirse la muerte, una vez que llega al estómago los tóxicos son absorbidos, eliminándose por la bilis y reabsorbiéndose de nuevo en intestino, por lo que se establece una circulación enterohepática durante unas 24-48 horas. De ahí que la SNG constituya una medida terapéutica de primera magnitud en el tratamiento hospitalario de la intoxicación aguda. En su evolución clínica distinguimos tres períodos evolutivos

consecutivos: Incubación: periodo libre de síntomas de 8-13h. Periodo gastroenterítico: GEA coleiforme de hasta 72 horas con dolores abdominales violentos acompañados de náuseas, vómitos, y diarrea acuosa. Deterioro de la función renal. Y aumento de las enzimas hepáticas. Insuficiencia hepatorrenal. Ante la sospecha debemos iniciar tratamiento empírico inmediato.

Bibliografía

1. Arrillaga P, Laskibar X. Setas tóxicas e intoxicaciones. Sociedad de Ciencias Aranzadi. 2006. Munibe, suplemento 22.
2. Butera R, Locatelli C, Coccini T, Manzo L. Diagnostic accuracy of urinary amanitin in suspected mushroom poisoning: a pilot study. *J Toxicol Clin Toxicol*. 2004;42(6):901-12.
3. Catalina MV, et al. Toxicidad hepática por ingesta de setas: curso clínico y nuevas perspectivas de tratamiento. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;26(7):417-20.
4. Diaz J. Evolving global epidemiology, syndromic classification, general management, and prevention of unknown mushroom poisonings. *Crit Care Med*. 2005;33:419-26.
5. Diaz J. Syndromic diagnosis and management of confirmed mushroom poisonings. *Crit Care Med*. 2005;33:427-36.
6. Giannini L, Vannacci A, Missanelli A, Mastroianni R, Mannaioni PF, Moroni F. Amatoxin poisoning: a 15-year retrospective analysis and follow-up evaluation of 105 patients. *Clin Toxicol (Phila)*. 2007;45(5):539-42.
7. Hunmayor Yáñez J, Rementería Radigales J. Intoxicaciones por setas en Manual de Intoxicaciones en pediatría, Grupo de trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2003:207-21.
8. Litovitz TL, Smilkstein M, Felberg L, Klein-Schwartz W, Berlin R, Morgan JL. 1996 annual report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System. *Am J Emerg Med*. 1997;15(5):447-500.
9. Pinillos M, et al. Intoxicación por alimentos, plantas y setas. *Anales del Servicio Sanitario de Navarra*. 2003;26(supl 1):243-60.
10. Saviuc P, Flesch F. Intoxications aigës par les champignons supérieurs et leur traitement. *Presse Medicale*. 2003;32:1427-35.