

CARTA CLÍNICA

Mordedura por víbora de Seoane. Descripción de un caso y revisión de la literatura



Vipera seoanei bite. Report of a case and review of the literature

Introducción

La mordedura por víbora es una afección poco frecuente en España, produciéndose algo más de 100 casos de hospitalización al año. Sin embargo, puede tratarse de una verdadera urgencia médica crono-dependiente, lo que convierte en sustancial un adecuado y rápido tratamiento, que muchas veces comienza *in situ* en el medio extrahospitalario.

La *Vipera seoanei* es un reptil de la familia Viperidae, que se encuentra entre la fauna existente en la cordillera cantábrica y noroeste de la península. Presentamos el caso de un paciente de 40 años mordido en una mano, que evolucionó favorablemente con tratamiento con suero antiofídico.

Descripción del caso

Paciente de 40 años que acude al centro de salud por mordedura de serpiente en la mano derecha de 25 min de evolución. A su llegada al centro de salud, el paciente se encuentra hemodinámicamente estable con tensión arterial 127/79 mmHg, 115 lpm y saturación de oxígeno del 95%. A la exploración física destaca una doble marca puntiforme de mordedura en el segundo espacio interdigital con edema en dorso de la mano. Ante la sospecha de envenenamiento ofídico se decide traslado al hospital de referencia previa limpieza de la zona afecta con antiséptico, vendaje con elevación de la extremidad y acceso venoso periférico con perfusión de suero salino fisiológico en la extremidad superior colateral. A su llegada al hospital, el paciente se mantiene estable pero el edema asciende proximalmente hasta codo, con aumento de dolor, parestesias y sensación de «quemazón» en la extremidad. A la exploración física no se palpan adenopatías axilares, no habiendo evidencias de hemorragia en ninguna zona de la economía. Se procede a la realización de pruebas complementarias destacando discreta leucocitosis (12.400/mm³ con 10.800 neutrófilos/mm³), creatincinasa (CK) 208 U/l (20-190 U/l)



Figura 1 Imagen de *Vipera seoanei* causante de la mordedura a nuestro paciente.

con estudio de la coagulación normal. Se procedió a profilaxis antitetánica, tratamiento antibiótico con ceftazidima, y metronidazol y analgesia con paracetamol. Durante el tratamiento los familiares acuden al hospital con el reptil (**fig. 1**). Ante sospecha de mordedura por *Vipera seoanei* y evolución rápida del cuadro, con edema hasta región media de bíceps humeral, dolor importante, nerviosismo, sensación de mareo y comienzo de malestar abdominal, se decide tratamiento con corticoides endovenosos y suero antiofídico.

Se realizó analítica de control a las 6 h, que fue normal salvo CK 199 U/l. La evolución fue favorable, permaneciendo 48 h en la unidad de observación antes de ser dado de alta. A las 72 y 96 h fue reevaluado por su médico de familia permaneciendo asintomático.

Conclusiones

En España habitan 13 especies de ofidios vernáculos. Diez pertenecen a la familia de las culebras (Colubridae) y 3 a la familia de las víboras (Viperidae)¹. La culebra bastarda o de Montpellier (*Malpolon monspessulanus*) y *Macroprotodon brevis* son venenosas, aunque muy poco peligrosas para el hombre. Mientras que las 3 especies de la familia Viperidae que se encuentran en España (*Vipera aspid*, *Vipera seoanei* y *Vipera latastei*, popularmente conocida como hocicuda o cornuda) son venenosas. En Cantabria, región en la que se produjo el accidente, conviven la víbora áspid y de Seoane.

Para diferenciar las culebras de las víboras, deberemos fijarnos principalmente en los ojos y en la forma de la cabeza. Los ojos de las culebras son grandes y con pupila redonda (en la *M. cucullatus* es verticalmente elíptica), mientras que en las víboras son más pequeños y con pupila ovalada y vertical. Las culebras tienen una cabeza con forma oval (excepto la *Natrix maura*), con escamas grandes de diferentes tamaños y, por el contrario, las víboras tienen cabeza triangular con escamas más pequeñas y similares al resto del cuerpo. En este caso la cabeza triangular de la

serpiente confirmaba la familia Viperidae, y no tener hocico y una sola fila de escamas infraoculares, la especie *seoanei*, subespecie de la víbora europea (*Vipera berus*). Además, se pudieron objetivar 2 marcas en la piel del paciente causadas por los colmillos retráctiles de la víbora. Cuando la mordedura se produce por una culebra, se observan 2 filas de lesiones en la piel de la víctima.

La víbora de Seoane fue descrita por primera vez en 1879. Tiene 2 subespecies, la *Vipera seoanei seoanei* y la *seoanei cantabrica*. Se distribuye por Galicia, norte de Portugal y cordillera cantábrica (fig. 2). La toxicidad de su veneno varía, siendo más graves si la picadura se produce por víboras de las regiones más orientales, geográficamente². La confirmación de la especie es complicada. Se considera que hasta un 6% de las veces hay un error de *visu* por parte del personal sanitario, incluso en áreas endémicas, a la hora de etiquetar al ofidio³.

Una vez confirmado el diagnóstico definitivo de mordedura por serpiente venenosa con la identificación positiva del reptil y clínica de envenenamiento, es importante determinar el grado de lesión⁴. El veneno de serpiente está compuesto por sustancias proteínicas (toxinas hemolíticas, cardiotoxinas, neurotoxinas, miotoxinas,...) que son las causantes de la sintomatología. En función de las manifestaciones clínicas hay 4 escalones crecientes de gravedad (clasificación de Audebert, tabla 1)⁵.

La localización más frecuente de la mordedura es la extremidad superior. La mortalidad en España y resto de

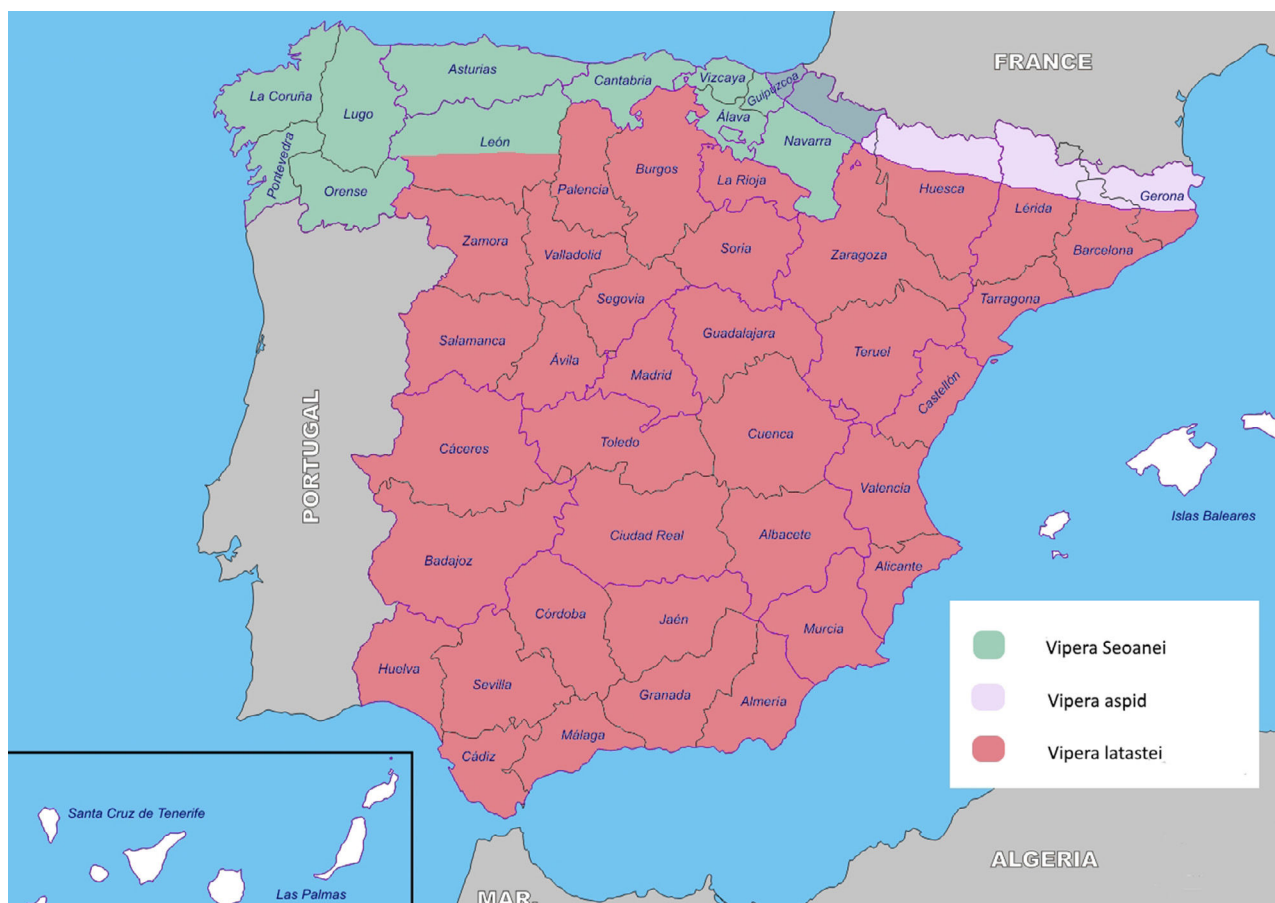


Figura 2 Distribución geográfica de los diferentes tipos de víboras que habitan en nuestro país.

Tabla 1 Clasificación de Audebert

Grado 0	Si no hay inoculación de veneno
Grado I	Edema local sin clínica sistémica
Grado II	Edema extenso sin rebasar el miembro afecto, equimosis, y síntomas generales moderados (taquicardia, hipotensión, mareo, linfangitis, adenopatías, vómitos, dolor abdominal, leucocitosis, trombocitopenia, hipofibrinogenemia)
Grado III	Si se extiende más allá de la extremidad afecta con manifestaciones generales muy graves como rabdomiólisis, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda, alteraciones neurológicas, insuficiencia respiratoria, diátesis hemorrágica o <i>shock</i> anafiláctico

Europa de los casos diagnosticados se encuentra en torno al 1%, con aumento de la morbimortalidad en las edades extremas de la vida².

El tratamiento se fundamentará en medidas de higiene local, inmovilización y elevación del miembro afecto, profilaxis tetánica, tratamiento analgésico y tratamiento antibiótico. El tratamiento profiláctico antibiótico y el tratamiento corticoideo están abiertos a debate⁶. En caso de encontrarnos ante un paciente grave o potencialmente grave se utilizará el suero antiofídico. Un reciente estudio prospectivo multicéntrico realizado en Francia determina que la inmunoterapia para el tratamiento del envenenamiento por víbora europea disminuye significativamente la morbilidad, la frecuencia y gravedad de las complicaciones y la duración de la estancia hospitalaria⁷. Este extracto de inmunoglobulina equina neutralizante F(ab')₂ debe administrarse en las primeras 6 h si es posible. Cuando el tratamiento es tan precoz, los resultados son buenos, consiguiendo que desaparezcan los signos sistémicos, y en 24 h desaparezcan los signos neurotóxicos y se normalicen los datos analíticos⁷. El suero antiofídico es efectivo para neutralizar el veneno de *Vipera aspis*, *Vipera ammodytes* y *Vipera berus*. En la actualidad es un tratamiento seguro y eficaz. Hay estudios prospectivos que demuestran que administrado en las primeras 10 h, reduce significativamente la incidencia de hematomas locales, mal-estar funcional y disminuye la duración de la estancia hospitalaria⁸.

El tratamiento quirúrgico con fasciotomías se reservará para los casos en los que se desarrolle un síndrome compartimental. Antes de comenzar el procedimiento quirúrgico se recomienda administrar el antiveneno y medir la presión compartimental⁹.

Es motivo de controversia el tratamiento con vasodilatadores periféricos para evitar complicaciones, cuando la picadura es en los dedos¹⁰.

Por tanto, será necesaria una buena coordinación interdisciplinaria entre los diferentes niveles asistenciales a la hora de abordar este tipo de afecciones. Sin duda en este caso, la captura y muestra de la serpiente ayudó a los clínicos a decidir el tratamiento.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

No contamos con el reconocimiento de ninguna beca ni soporte financiero.

Conflicto de intereses

Declaramos que no existe conflicto de intereses de ninguno de los autores.

Agradecimientos

Agradecimientos a Javier López Curto (UPC antropología forense País Vasco) Pedro Valle Gallo (Celador H. Laredo).

Bibliografía

- Martín Sierra C, Nogué Sarau S. Snake venom poisoning in the Iberian peninsula. *Semerger*. 2011;37:136–41.
- Saz-Parkinson Z, del Pino-Luengo M, López-Cuadrado T, Andújar D, Carmona-Alfárez R, Flores RM, et al. Approach to the epidemiology of venomous bites in Spain. *Toxicon*. 2012;60:706–11.
- Shivanthan MC, Yudhishdran J, Navinan R, Rajapakse S. Hump-nosed viper bite: An important but under-recognized cause of systemic envenoming. *J Venom Anim Toxins Incl Trop Dis*. 2014;20:24.
- Fonseca Aizpurua EM, García-Piney E, Nuño Mateo FJ, Braña Rodríguez A. Bite of a poisonous snake. *An Med Interna*. 2007;24:407–8.
- Audebert F, Sorkine M, Bon C. Envenoming by viper bites in France: Clinical gradation and biological quantification by ELISA. *Toxicon*. 1992;30:599–609.
- Martín C, Nogué S. Changes in viper bite poisonings. *Med Clin (Barc.)*. 2015;144:132–6.
- Jollivet V, Hamel JF, de Haro L, Labadie M, Saporì JM, Cordier L, et al. European viper envenomation recorded by French poison control centers: A clinical assessment and management study. *Toxicon*. 2015;108:97–103.
- Boels D, Hamel JF, Bretaudeau Deguigne M, Harry P. European viper envenomings: Assessment of ViperfavTM and other symptomatic treatments. *Clin Toxicol (Phila)*. 2012;50:189–96.
- Darracq MA, Cantrell FL, Klauk B, Thornton SL. A chance to cut is not always a chance to cure-fasciotomy in the treatment of rattlesnake envenomation: A retrospective poison center study. *Toxicon*. 2015;101:23–6.
- Ince B, Gundeslioglu AO. The management of viper bites on the hand. *J Hand Surg Eur Vol*. 2014;39:642–6.

M.A. Tazón Varela^{a,*}, X. Piris-García^b,
M. Hernández-Herrero^a, L.Á. Pérez-Mier^a
y E. Gortazar-Salazar^a

^a *Servicio de Urgencias, Hospital de Laredo, Laredo,
Cantabria, España*

^b *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud
Cotolino I, Castro Urdiales, Cantabria, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tazovare@yahoo.es (M.A. Tazón Varela).