



ISSN: 1697-090X

Inicio Home

Índice del volumen
Volume indexComité Editorial
Editorial BoardComité Científico
Scientific
CommitteeNormas para los
autores Instruction
to AuthorsDerechos de autor
Copyright

Contacto/Contact:



MORDEDURA DE VÍBORA GRADO 2 CON COAGULOPATÍA ASOCIADA Y LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA B INCIDENTAL.

**María Victoria Cuevas-Ruiz, Ignacio Martínez-Sancho¹, Beatriz Cuevas-Ruiz,
Verónica Campuzano, Virginia Dueñas, Fe Serra**

**Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario de Burgos.
¹Centro de Salud Gamonal-Antigua.
Burgos, España**

Email: [mvcuevas @ hubu.es](mailto:mvcuevas@hubu.es)

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2018;3:17-21.

INTRODUCCIÓN

El accidente ofídico en nuestro medio puede producirse por mordedura de víbora, culebra o una especie exótica importada de otro país. En España viven 3 especies de víboras pertenecientes al género *Vipera*: la víbora áspid, la hocicuda y la cantábrica.

La mordedura de víbora puede tener consecuencias mortales si no se trata inmediatamente.

Presentamos el caso clínico de un paciente que sufrió una mordedura de víbora y desarrolló coagulopatía asociada.

CASO CLINICO

Varón de 73 años, natural de un pueblo de la Sierra de la Demanda en Burgos y agricultor jubilado que acudió al Servicio de Urgencias en agosto tras mordedura de víbora en pierna izquierda a las 12:30 horas de la mañana mientras trabajaba en la huerta.

Presentaba los siguientes antecedentes: hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, artrosis, hipertrofia prostática, gastritis crónica atrófica, estenosis aórtica moderada y hepatopatía alcohólica. Seguía tratamiento con Dutasterida 0,5 mg, Amlodipino 10 mg, Lormetazepam 1 mg, Esomeprazol 40 mg y Fenofibrato 145 mg.

A su llegada al Servicio de Urgencias a las 14:42 horas se efectuó estudio analítico; en el hemograma presentaba una cifra de hemoglobina 13.7 gr/dl, leucocitos $9.2 \times 10^3/\mu\text{l}$ con neutrófilos $2.9 \times 10^3/\mu\text{l}$, linfocitos $6 \times 10^3/\mu\text{l}$ plaquetas $56 \times 10^3/\mu\text{l}$ y unas cifras de coagulación con tiempo de protrombina (TP) 92%, tiempo de tromboplastina parcial

activado (TTPA) 28 segundos y fibrinógeno 171 mg/dl.

Ante estos hallazgos se solicitó valoración por el Servicio de Hematología para seguimiento de coagulopatía asociada a mordedura de víbora; se realizó un frotis de sangre periférica en el que se confirmó la trombocitopenia y la linfocitosis absoluta por lo que posteriormente se amplió el estudio hematológico ante la sospecha de Síndrome Linfoproliferativo.

En la exploración física, el paciente presentaba buen estado general, con un Glasgow 15 y sin clínica sistémica. Se observaban 2 orificios de entrada en el maléolo interno de pierna izquierda, no se palpaba cordón linfangítico aunque se apreciaba una ligera inflamación de la extremidad siendo muy dolorosa la palpación de la misma. Los pulsos pedios estaban conservados y la exploración neurológica no revelaba ningún déficit en el miembro inferior izquierdo.

Inmediatamente a su llegada al Servicio de Urgencias se pautó analgesia endovenosa con Paracetamol 1g y Dexketoprofeno 50 mg cada 8 horas alternando con Tramadol 50 mg de rescate. La valoración indicó que el paciente presentaba un grado 2 de la clasificación de Audebert por lo que recibió el suero antiofídico Viperfav® a la dosis de 4 ml, iv en 100 ml de suero salino, ingresando posteriormente para vigilancia y curas de la mordedura.

A las 18:41 horas se solicitó un nuevo hemograma para valoración de trombocitopenia observándose una cifra de 26×10^3 μ l plaquetas y se indicó la transfusión de un pool de plaquetas. La bioquímica hepática y renal mostraba unos valores normales.

A las 12 horas de la mordedura, la cifra de plaquetas fue de 114×10^3 μ l y el fibrinógeno de 169 mg/dl. El hemograma a las 36 horas mostraba una cifra de plaquetas de 135×10^3 μ l y un fibrinógeno de 180 mg/dl. A las 48 horas la cifra de plaquetas fue de 114×10^3 μ l y el fibrinógeno de 179 mg/dl con normalización posterior.

El paciente permaneció 4 días hospitalizado por lo que durante el ingreso se amplió el estudio hematológico con citometría de flujo en sangre periférica siendo compatible con Leucemia Linfoide Crónica B atípica (LLC-B). Linfocitos B: 58.6%. 96% clonales Kappa (CD19+, CD20+, CD22+d, CD23+, FMC7+, CD79b+, CD5+, CD81+, CD25+, CD43+, CD10-, CD200+, CD38-, BCL2+d)

El análisis de la clonalidad B reveló una LLC mutada y presencia de delección 13q en el estudio de hibridación in situ. En la ecografía abdominal no se observaron visceromegalias.

DISCUSIÓN

Las mordeduras de víbora son una urgencia vital. En la península ibérica se han detectado 3 tipos de víboras que no comparten hábitat: víbora hocicuda (*Vipera latastei*), Víbora áspid (*Vipera aspis*) y víbora cantábrica (*Vipera seoanei*).

La víbora áspid está presente en los Pirineos, prácticamente en toda la zona prepirenaica, desde Barcelona hasta el norte de Burgos, el valle del Ebro en sus tramos alto y medio, y el sistema Ibérico septentrional.

La víbora hocicuda (*Vipera latastei*) se encuentra en el sur de Galicia y al sur de las

cordilleras Cantábrica y Pirenaica, está ausente en los extremos septentrionales de las provincias de León, Palencia y Burgos, y en la comunidad autónoma del País Vasco.

La víbora cantábrica (*Vipera seoanei*) habita en casi toda Galicia, áreas costeras del Cantábrico, áreas de montaña de clima atlántico del norte de León, Palencia, Burgos, Álava y Navarra, y también en el extremo occidental de Zamora. Sin embargo, en la provincia de Burgos conviven las tres especies¹

La localización más frecuente de la mordedura es la extremidad superior (> 60%) y ocurre durante la primavera y verano (de marzo a octubre) puesto que los ofidios hibernan. En España se producen entre 100 y 150 ingresos anuales por accidente ofídico¹; en Burgos durante el año 2019 se documentaron 9 casos.

La clasificación de Audebert de los síntomas y signos de envenenamiento por mordedura de víbora permite valorar la gravedad de la misma. Consta de 4 estadios que oscilan desde el grado 0 al 3: desde la mordedura seca sin inoculación del veneno hasta el grado 3 con complicaciones graves².

Los síntomas locales o sistémicos pueden aparecer hasta 16 h después de la mordedura, pero normalmente comienzan entre media y 6 horas después de la misma.

Desde el punto de vista analítico puede observarse trombocitopenia, anemia, prolongación del TP y del TTPA, disminución de fibrinógeno y elevación de los dímeros-D, que son alteraciones causadas directamente por el veneno.

La coagulopatía provoca hemorragias locales leves (tales como epistaxis, gingivorragia, hemoptisis y hematuria) o cuadros más graves como hemorragia intracraneal.

El tratamiento de esta coagulopatía requiere en primer lugar la administración del suero antiofídico y posteriormente, transfusión de plaquetas, plasma o de hematíes si fuera necesario.

La variaciones en las cifras del hemograma y de la coagulación permiten estimar la gravedad del envenenamiento, siendo criterios de gravedad³ una leucocitosis mayor de $15 \times 10^3/\mu\text{l}$, una trombocitopenia menor de $150 \times 10^3/\mu\text{l}$, una actividad de protrombina por debajo del 60% y un fibrinógeno menor de 200 mg/dl. Se han descrito alteraciones hematológicas severas en el 18%⁴.

El tratamiento de la mordedura dependerá del grado de envenenamiento según la clasificación de Audebert. (Tabla 1)

Grado 0	Si no hay inoculación de veneno
Grado 1	Edema local sin clínica sistémica
Grado 2	Edema extenso sin rebasar el miembro afecto, equimosis, y síntomas generales moderados (taquicardia, hipotensión, mareo, linfangitis, adenopatías, vómitos, dolor abdominal, leucocitosis, trombocitopenia, hipofibrinogenemia)
Grado 3	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 shock anafiláctico

Tabla 1.- Clasificación de Audebert.

En todos los casos es importante la limpieza exhaustiva de la zona con algún antiséptico jabonoso y dado que las mordeduras son muy dolorosas siempre se deben administrar analgésicos endovenosos.

En los envenenamientos leves no es preciso administrar el suero antiofídico sino realizar una vigilancia de las alteraciones analíticas y valorar la presencia de síntomas sistémicos así como de la progresión del edema hacia el resto de la extremidad que nos indicaría un empeoramiento del cuadro.

En los pacientes que presentan un grado 2 de la clasificación de Audebert, el tratamiento consiste en la administración del suero antiofídico. En España, el faboterápico más utilizado es Viperfav®, que contiene fragmentos F (ab') 2 de inmunoglobulina equina específica para el veneno de los ofidios de la familia vipéridos europeos: *Vipera aspis*, *Vipera berus* y *Vipera ammodytes*.

Se considera que una única dosis es suficiente para neutralizar el veneno pues dosis subsiguientes no han demostrado mayor efectividad. Utilizado en las 10 primeras horas reduce el edema, la impotencia funcional y, el tiempo de hospitalización y aunque es menos efectivo, se ha descrito su utilidad administrado tardíamente⁵.

La mordedura de víbora es una urgencia que requiere una valoración física y analítica para estratificar el riesgo de complicaciones y decidir la administración de suero antiofídico así como, para adecuar el tratamiento hematológico en caso de que el paciente presente una coagulopatía.

REFERENCIAS

- 1.- Estefanía Díez M, Alonso Peña D, García Cano P, López Gamio A. Viper bite treatment in Spain. *Semergen*. 2016; 42(5): 320-326.
- 2.- Audebert F, Sorkine M, Robbe-Vincent A, Bon C. Viper bites in France: clinical and biological evaluation; kinetics of envenomations. *Hum Exp Toxicol*. 1994; 13(10): 683-688.
- 3.- Karlson-Stiber C, Salmonson H, Persson H. A nationwide study of *Vipera berus* bites during one year-epidemiology and morbidity of 231 cases. *Clin Toxicol (Phila)*. 2006; 44(1): 25-30. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40->

[articulo-tratamiento-mordedura-por-vibora-espana-S1138359314003529](#)

4.- Gerardo CJ, Vissoci JRN, Evans CS, Simel DL, Lavonas EJ. Does This Patient Have a Severe Snake Envenomation?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. JAMA Surg. 2019; 154(4): 346-354.

5.- Al-Hashaykeh N, Al Jundi A, Abuhasna S. Delayed administration of antivenin three days after snake bite saves a life. Anaesth Pain & Intensive Care. 2011; 15: 167-169.

CORRESPONDENCIA:

Dra. María Victoria Cuevas
Servicio de Hematología y Hemoterapia
Hospital Universitario de Burgos.
Burgos. España
Email: [mvcuevas @ hubu.es](mailto:mvcuevas@hubu.es)