

Tratar adecuadamente las picaduras veraniegas

María Pilar Pérez

Grupo INSAN. Zaragoza

Durante el verano los insectos y reptiles cobran vida en las montañas y las playas se llenan de bañistas, lo que incrementa el número de picaduras que son atendidas en las consultas.

Tras una picadura de **abeja, avispa o abejorro** las lesiones pueden ir de una leve molestia a graves reacciones anafilácticas y cuadros tóxicos generalizados (ataque de colmena). En general se produce prurito local, escozor, eritema y edema. Se debe aplicar frío y si fuera necesario antihistamínicos por vía oral. En casos de anafilaxia la evacuación a un medio hospitalario es urgente, pero antes se debe administrar epinefrina (0,3-0,5 mg) intramuscular en deltoides repitiendo cada 10-15 min, según la respuesta valorando la necesidad de esteroides intravenosos, si es necesario, broncodilatadores nebulizados, y medidas generales contra el *shock* (líquidos, fármacos vasoactivos) e incluso intubación orotraqueal.

De entre las **arañas**, la parda o marrón y la tarántula son poco venenosas, revistiendo importancia sólo la picadura de la viuda negra. Sus manifestaciones clínicas pueden ser el *latrodictismo*. Cuadro limitado a una semana con afectación general, dolor abdominal, torácico y de extremidades, así como irritación neurológica (náuseas, vómitos y cefalea), e incluso fiebre. El *loxocelismo* origina en la zona lesiones cutáneas inflamatorias que evolucionan a placas necróticas ulceradas, y el *tarantulismo* se manifiesta por molestias en la zona y ligero dolor. Ante todo hay que tranquilizar al paciente y a la familia. Limpiar la lesión y aplicar frío, así como realizar profilaxis antitetánica, valorando la necesidad de antibióticos según el tipo de lesión. Los corticoides tópicos sólo se deben usar si el eritema es intenso. En general basta un tratamiento sintomático.

Los **escorpiones**, a pesar de la alarma que originan, tienen en nuestra península una toxicidad menor que en otros continentes, aunque originan intenso dolor con edema y eritema que se limita a no más de 48 horas; en ocasiones puede haber necrosis local con afectación general, fiebre, agitación y adenitis regional, siendo raros los casos que acaban en *shock* (vigilar la clínica en niños y ancianos). Además de los cuidados locales conviene administrar analgésicos e incluso infiltrar con anestésicos.

De los **reptiles** (víboras) las tres variedades españolas (de Latastei, áspid y berus o común) causan manifestaciones locales y generales intensas. Clínicamente se da dolor y edema local, con posible necrosis hemorrágica y adenitis regional. La vigilancia debe ser intrahospitalaria por la alarma que suscitan y por existir riesgo de coagulación intravascular diseminada y *shock*. No realizar incisión de la herida ni succión, basta con la desinfección de la herida y la aplicación de frío con reposo y elevación de la extremidad hasta la derivación. Si ha habido inoculación de veneno, los síntomas aparecen en una hora con edema y movilización dolorosa, precisando analgésicos (no usar ácido acetilsalicílico por riesgo de hemorragias), antihistamínicos y corticoides tópicos. El suero antiofídico no suele ser necesario, aunque si se utiliza debe hacerse antes de las cuatro horas y en un medio hospitalario. Realizar primero una prueba subcutánea con 0,25 mL y, si no hay reacción, administrar el resto de la ampolla en 500 mL de suero fisiológico intravenoso en 4 horas. Los niños requieren la misma dosis que los adultos, pues lo que importa es la cantidad de veneno inoculado, y no el peso corporal. Puede ser recomendable prescribir antibióticos para gramnegativos y por supuesto profilaxis antitetánica.

Los celentéreos (**medusas y anémonas**) tienen orgánulos urticantes que originan maculopápulas eritematosas con sensación urente. Se deben lavar con agua de mar y retirar los filamentos con una pinza regando la zona con chorros de vinagre o ácido acético al 5%.

Finalmente, la **araña de mar**, la **escorpina** y el **carbacho** tienen su aparato venenoso de localización dorsal o ventral. Producen lesiones fundamentalmente en el pie, y el dolor es muy intenso e irradiado a toda la extremidad con adenopatías, pudiendo durar hasta 2 días. Son raras las manifestaciones generales. El tratamiento implica introducir la extremidad en agua lo más caliente que se pueda tolerar (el veneno se inactiva con el calor) durante 30-60 minutos (no aplicar hielo). Extraer los restos del aguijón con unas pinzas y limpiar la herida. Serán también necesarios los analgésicos potentes e incluso infiltraciones con anestésicos locales. De nuevo, no olvidar la profilaxis antitetánica. ■

Bibliografía

Dueñas A, Martín Escudero JC. En: Dueñas A, ed. Intoxicaciones agudas en medicina de urgencia y cuidados críticos. Barcelona: Masson, 2015.