Capítulo 130

Intoxicación aguda por setas

F.J. Montero Pérez, L. Jiménez Murillo, P. del Campo Vázquez
y J.M. Calderón de la Barca Gázquez

INTRODUCCIÓN

El primer problema que se plantea ante una intoxicación aguda por setas es la identificación del tipo de seta. Además de su descripción morfológica, es importante conocer el medio en el que estaba (si emerge del suelo, crece sobre un tronco o sobre otro hongo; si se ha obtenido en el bosque o en el prado; qué otros árboles y hierbas había alrededor, etc.). En general, debe sospecharse en todo paciente con cuadro de gastroenteritis aguda que en período otoñal haya ingerido setas.

CLÍNICA

Cuando los síntomas aparecen precozmente, en las primeras 4 h después de la ingestión, se trata de *intoxicaciones leves o menos graves;* por el contrario, si comienzan después de transcurridas 6 h se trata, generalmente, de *intoxicaciones graves,* de las que el 90% se deben a *Amanita phalloides* y especies relacionadas (*A. verna* y *A. virosa*). No obstante, este período de latencia debe tomarse con cautela, y no descartar intoxicación grave, aunque los síntomas se inicien precozmente, ya que pueden haberse ingerido conjuntamente diversos tipos de setas tóxicas.

- Las intoxicaciones menos graves se caracterizan por signos de irritación gastrointestinal (náuseas, vómitos, dolor abdominal cólico, diarrea líquida) y, dependiendo de la especie de seta ingerida, pueden aparecer signos y síntomas colinérgicos (miosis, visión borrosa, lagrimeo, sialorrea, rinorrea, bradicardia, hipotensión arterial, hipotermia), atropínicos (midriasis, taquicardia, agitación y delirio), ambos o ninguno.
- Las intoxicaciones graves se caracterizan por un cuadro coleriforme que mejora gradualmente para, a las 48-72 h, aparecer insuficiencia hepática aguda e insuficiencia renal, con una alta mortalidad.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

En la consulta de urgencias deben realizarse las siguientes exploraciones complementarias:

- Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios.
- Bioquímica sanguínea que incluya la determinación de glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, cloro, magnesio, calcio, aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT) y bilirrubina total y directa.
- Gasometría arterial o venosa y determinación de lactato sérico si el paciente está en shock.
- Estudio de coagulación.
- Electrocardiograma.
- Determinación urinaria de amanitinas en las primeras 36 h, ya que a partir del cuarto día desaparecen de la orina.

CRITERIOS DE INGRESO

Todos los pacientes sintomáticos deben ser ingresados. Aquellos con intoxicaciones graves ingresan en una unidad de cuidados intensivos, mientras que los que padecen intoxicaciones menos graves lo hacen en el área de observación del servicio de urgencias.

TRATAMIENTO

Medidas generales

- Dieta absoluta.
- Canalización de una vía venosa periférica, preferiblemente con un catéter central de inserción periférica (catéter PICC), y perfusión de suero glucosalino a razón de 3.000 ml/24 h, que se modifica según la patología de base del paciente y su situación clínica. De esta forma, si hay shock hipovolémico, por pérdidas gastrointestinales, se administran cargas de 300 ml suero fisiológico (v. cap. 16).
- Reposición de las pérdidas de potasio mediante la administración de ClK (**Ap-Inyect®**, viales de 20 ml con 40 mEq), por vía intravenosa, diluido en los sueros, y en dosis que varía según la potasemia (v. cap. 80).
- Administración inmediata de carbón activado (**Carbón Ultra Adsorbente Lainco®**, frascos de 200 y 400 ml con 125 mg/ml, es decir, con 25 y 50 g) en dosis de 1 g/kg. Las dosis repetidas son útiles en la intoxicación por setas del género *Amanita*. Deben administrarse durante, por lo menos, 48 h después de la ingesta de la seta tóxica.
- La diuresis forzada alcalina (v. cap. 114) puede ser eficaz en la intoxicación por *Amanita phalloides*.
- Deben pautarse antieméticos, como metoclopramida (**Primperan®**, ampollas con 10 mg), en dosis de

© 2015. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

10 mg/8 h por vía intravenosa. Si no remiten, se administra ondansetrón (**Yatrox**®, **Zofran**®, ampollas de 4 y 8 mg) en dosis de 8 mg/12 h por vía intravenosa.

- No deben utilizarse espasmolíticos ni antidiarreicos (loperamida) para tratar los síntomas gastrointestinales.

Tratamiento específico

1. En las ***intoxicaciones menos graves***, el tratamiento específico depende de la existencia de síntomas colinérgicos o atropínicos:
   - **a.** Si predominan los colinérgicos se administra atropina (**Atropina Braun**®, ampollas con 0,5 y 1 mg) en dosis de 0,04 mg/kg por vía intravenosa, sin sobrepasar los 2 mg, dosis que puede repetirse si no se controla la frecuencia cardíaca y la presión arterial, hasta conseguir la atropinización.
   - **b.** Si predominan los signos atropínicos se administra fisostigmina (**Anticholium**®, ampollas de 5 ml con 2 mg) en dosis de 1 mg (½ ampolla), en inyección intravenosa lenta (3 min), que puede repetirse cada 10 min, hasta un máximo de 4 mg (2 ampollas) en 30 min.
2. En las ***intoxicaciones graves*** (*A. phalloides* y especies similares) puede administrarse:
   - **a.** En todo paciente que haya ingerido setas con amatoxinas y en el que haya desarrollado una insuficiencia hepática como consecuencia de la ingesta de setas, debe iniciarse tratamiento con N-acetilcisteína (**Hidonac antídoto**®, viales de 10 ml con 2 g) en la misma dosificación que se utiliza en la intoxicación aguda por paracetamol (v. cap. 128). Posteriormente, se debe consultar con el hepatólogo para continuar con el tratamiento.
   - **b.** Debe asociarse silimarina (**Legalon Sil**®, viales con 350 mg) en dosis inicial de 5 mg/kg por vía intravenosa, seguida de perfusión intravenosa continua en dosis de 20 mg/kg/24 h durante 6 días hasta que el paciente muestre signos de recuperación clínica.
   - **c.** También es útil la penicilina G sódica (**Penilevel**®, viales con 1, 2, 5 y 10 millones de UI) en dosis de 1 millón de UI/h por vía intravenosa (300.000-1.000.000 UI/kg/día) durante una semana. Si el paciente es alérgico a la penicilina, se administra ceftazidima (**Fortam**®, viales intravenosos con 1 y 2 g) en dosis de 4,5 g/2 h por vía intravenosa.
   - **d.** Ácido tióctico (**Thioctacid**®, ampollas de 24 ml con 600 mg) en dosis de 100 mg/6 h diluidos en 250 ml de suero fisiológico y perfundidos en 30 min (esta solución debe protegerse de la luz). Esta sustancia puede producir hipoglucemia. Su uso está discutido. Se utiliza cuando el tratamiento se inicia en una fase no precoz, y la amanitina ya ha penetrado en el hepatocito.
   - **e.** Si se detectan hemorragias se administra plasma fresco y vitamina K (**Konakion**®, ampollas con 10 mg) en dosis de 10 mg/6 h por vía intravenosa lenta.
   - **f.** En casos muy graves se realiza hemodiálisis, hemoperfusión o plasmaféresis, aunque su utilidad no se ha demostrado. De ellas, la plasmaféresis parece ser la técnica de elección.
   - **g.** El trasplante hepático es el tratamiento definitivo en los casos de hepatotoxicidad, y la encefalopatía hepática es el criterio comúnmente aceptado para establecer su indicación.
3. La ***hipertermia*** se trata con medios físicos (compresas heladas), y si la temperatura es mayor de 40 °C se utilizan métodos más enérgicos, como mantas hipotérmicas o baños de agua helada. Los antipiréticos habituales son ineficaces.
4. Si la agitación no se controla, puede desarrollarse una ***rabdomiólisis*** aguda, que debe tratarse según se describe en el capítulo 90.
5. Si aparecen ***arritmias*** supraventriculares o ventriculares, se tratan como se describe en los capítulos 19-22.
6. En las *setas de la especie giromitra,* de aspecto cerebriforme, para tratar la ***metahemoglobinemia*** que producen, se administra azul de metileno (**Azul de metileno® 1%**, ampollas de 10 ml con 100 mg) en dosis de 1-2 mg/kg por vía intravenosa, diluidos en 100 ml de suero glucosado al 5%, dosis que puede repetirse en 1 h hasta un máximo de 7 mg/kg. Para el tratamiento de las crisis convulsivas es útil la administración de piridoxina (**Benadon**®, ampollas con 300 mg) en dosis inicial de 5 g, que puede repetirse en caso de crisis recurrentes o coma. Las benzodiacepinas también pueden utilizarse (v. cap. 59).
7. El sistema **MARS**™ o sistema de moléculas adsorbentes recirculantes se ha utilizado con éxito en la intoxicación por *Amanita phalloides*.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Brent J, Palmer RB. Mushrooms. En: Shannon MW, Borrow SW, Burns MJ, editors. Haddad and Winchester's. Clinical management of poisoning and drug overdose. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2007. p. 455-72.

Enjalbert F, Rapior S, Nouguier-Soulé J, Guillon S, Amouroux N, Cabot C. Treatment of amatoxin poisoning: 20-year retrospective analysis. J Toxicol Clin Toxicol 2002;40:715-57.

Lima AD, Costa Fortes R, Carvalho Garbi Novaes MR, Percário S. Poisonous mushrooms: a review of the most common intoxications. Nutr Hosp 2012;27:402-8.

Llamas B, Terrón A. Guía de campo de los hongos de la Península Ibérica. Universidad de León; 2005.

Mengs U, Pohl RT, Mitchell T. Legalon® SIL: the antidote of choice in patients with acute hepatotoxicity from amatoxin poisoning. Curr Pharm Biotechnol 2012;13:1964-70.

Piqueras J. Intoxicación por setas. En: Morán Chorro I, Baldirà Martínez de Irujo J, Marruecos - Sant L, Nogué Xarau S, editors. Toxicología Clínica. Madrid: Difusión Jurídica y Temas de Actualidad S.A.; 2011. p. 365-80. Disponible en: http://www.fetoc.es/asistencia/Toxicologia_clinica_libro.pdf. Consultada el 17 de octubre de 2013.

Saviuc P, Danel V. New syndromes in mushroom poisoning. Toxicol Rev 2006;25:199-209.

Schutt RC, Ronco C, Rosner MH. The role of therapeutic plasma exchange in poisonings and intoxications. Semin Dial 2012;25(2):201-6.

Ward J, Kapadia K, Brush E, Salhanick SD. Amatoxin poisoning: case reports and review of current therapies. J Emerg Med 2013;44:116-21.

Wittebole X, Hantson P. Use of the molecular adsorbent recirculating system (MARS™) for the management of acute poisoning with or without liver failure. Clin Toxicol (Phila) 2011;49:782-93.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.