



Mordedura de víbora, situação rara mas potencialmente grave

Cristiana Carvalho¹, Leonor Carvalho², Farela Neves²

1. Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria-Pombal
2. Serviço de Cuidados Intensivos Torrado da Silva, Hospital Pediátrico Carmona da Mota, Coimbra

Resumo

O envenenamento por mordedura de víbora é em Portugal uma situação rara e potencialmente grave. Apresentamos o caso de um adolescente de doze anos internado no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos por mordedura de víbora com sinais de gravidade e necessidade de administração de soro anti-veneno. O encaminhamento atempado e a administração do soro permitiram a evolução favorável do quadro e o adolescente não apresentou complicações locais ou sistémicas decorrentes do envenenamento ou do seu tratamento. A identificação da mordedura de víbora, o reconhecimento dos sinais de gravidade, potenciais complicações e a indicação para administração de soro anti-veneno são pontos-chave para o tratamento destes envenenamentos que podem ser emergências médicas.

Palavras-chave: Mordedura de víbora, criança, soro anti-veneno

Acta Pediatr Port 2012;43(3):125-7

Snake bite, a rare but potentially serious condition

Abstract

Venomous snake bite is a rare but potentially severe condition. We describe a case of an adolescent male who was bitten by a viper snake, and had to be admitted in the Pediatric Intensive Care Unit with severe signs of envenomation. The early referral and the prompt administration of anti-venom serum were crucial for the successful outcome. Early identification and recognition of venomous snake bite, gravity signs, possible complications and indication for anti-venom serum administration are key points to the treatment of this condition which can be a medical emergency.

Key words: snakebite, viper, children, anti-venom serum

Acta Pediatr Port 2012;43(3):125-7

Introdução

O envenenamento por mordedura de víbora é raro no nosso país. Estima-se que na Europa ocorram 25.000 mordeduras/ano, entre crianças e adultos, resultando em 8.000 envenenamentos.^{1,2} Estes envenenamentos podem ser graves e potencialmente fatais³, principalmente em crianças, nas quais, as situações graves ocorrem em até 24% das mordeduras, contrastando com 5 a 10% em adultos.⁴

Em Portugal existem duas espécies endémicas de víbora, a *Vipera latastei*, ou víbora cornuda, e a *Vipera soanaei*, que podem ser encontradas de Norte a Sul do país nas Serras do Gerês, Alvão e Estrela e menos frequentemente nas Serras de Monchique e Sintra.⁵

Apresentamos um caso de mordedura de víbora com sinais de gravidade e necessidade de administração de soro anti-veneno, com o objectivo de alertar para esta entidade e a importância de uma intervenção terapêutica precoce.

Relato de caso

Adolescente de doze anos, residente no Concelho de Penedono, internado no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos (SCIPE) por mordedura de ofídio com sinais de gravidade.

Pelas 15h de um dia de Outubro, o adolescente foi mordido por um ofídio na falange medial do 3º dedo da mão direita. O animal descrito era compatível com uma víbora.

A mordedura foi acompanhada de dor intensa, com edema da mão rapidamente progressivo. Foi feita garrotagem e aplicação de gelo. O adolescente foi levado ao Centro de Saúde mais próximo e daí transferido para o Hospital da área de residência. À chegada a este Hospital pelas 16:30h apresentava equimose e edema local com extensão para a mão, punho e antebraço ipsilateral. Dos antecedentes pessoais salientava-se a inexistência de doença crónica e calendário vacinal actualizado. A progressão rápida do edema e extensão do mesmo fizeram colocar a hipótese de envenenamento por mordedura de víbora.

Recebido: 21.02.2012

Aceite: 27.09.2012

Correspondência:

Cristiana Carvalho
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal
Rua das Olhalvas Pousos
2410 – 197 Leiria
cristiana.mafalda@gmail.com

Laboratorialmente salientava-se hemograma e coagulação sem alterações, ligeira elevação de D-dímeros (351ng/ml), função renal e hepática, e CPK normais. Foi realizado ECG e radiografia de tórax que não revelaram alterações. Foi iniciada terapêutica com amoxicilina com ácido clavulânico, analgesia e hidratação endovenosa.

Por progressão do edema até à raiz do membro e episódio de hipotensão arterial, corrigido após preenchimento vascular com soro fisiológico, e considerada a maior gravidade do envenenamento com sinais sistémicos e risco de síndrome compartimental, foi solicitada a transferência para o SCIPE.

Admitido no SCIPE pelas 22h com estabilidade respiratória e circulatória, sendo decidido administrar soro anti-víbora europeia (Viperfav®, Sanofi Pasteur MSD, SA; Alfragide) que decorreu sem incidentes. Na Figura 1 podem observar-se o edema e os sinais inflamatórios da mão à chegada ao SCIPE.



Figura 1 – Mordedura de víbora: edema da mão e punho à admissão. Note-se a marca de uma das presas no 3º dedo, com área necrótica central.

Durante o internamento manteve estabilidade hemodinâmica, tendo-se observado uma redução significativa do edema e das queixas algicas após a administração do soro. Nunca apresentou alterações neurológicas.

Laboratorialmente, apresentou parâmetros analíticos dentro dos limites da normalidade em avaliações seriadas (hemograma, função hepática e renal, CPK, gasimetria e coagulação) às 9 e 24h após a mordedura, mantendo elevação de D-dímeros (1220ng/ml e 905ng/ml respectivamente).

Teve alta 48h após a mordedura para o hospital da área de residência para continuação de cuidados, onde apresentou boa evolução clínica sob antibioterapia.

Discussão

As víboras existentes no nosso país são animais tímidos, que só mordem quando se sentem ameaçadas e são mais frequentes em zonas montanhosas e secas. São animais diurnos, que

hibernam nos meses frios. As mordeduras são mais frequentes em rapazes, nos membros inferiores e entre os meses de Março e Outubro⁶ caracterizando-se por dois orifícios afastados por 6 a 10mm e que correspondem aos dentes inoculadores de veneno que se situam na parte anterior da boca. Na Figura 2 apresenta-se um exemplar de *Vipera latastei*.



Figura 2 – Víbora cornuda (*Vipera latastei*), reproduzida de http://areaesag.blogspot.com/2010/12/especie-animal-autoctone-da-semana_23.html

Com a mordedura é injectado veneno, constituído por uma mistura de polipeptídeos enzimáticos e não enzimáticos, que actuam a nível local (pele, tecido celular subcutâneo, músculo e endotélio capilar) e a nível sistémico através da libertação de mediadores inflamatórios endógenos e/ou indução de coagulopatia e hemólise. Em algumas espécies, neuro, cardio ou nefrotoxinas podem fazer parte da composição do veneno.¹

A quantidade de veneno inoculado, e a sua composição variam com a espécie, idade da víbora e época do ano.⁶ A gravidade da mordedura também se correlaciona com factores da vítima, sendo mais grave quanto menor o peso (lactentes e crianças pequenas), o local da mordedura (face, pescoço, inoculação intravascular) e existência de doença crónica.⁶

Após a mordedura o grau de envenenamento é variável.⁷ A dor ocorre imediatamente, seguida de manifestações autonómicas (taquicardia, sudorese). Os sinais locais de envenenamento com edema progressivo, equimose, surgem nos primeiros minutos e algumas horas mais tarde surgem os sinais sistémicos (hipotensão, hemorragia). A absorção linfática do veneno leva ao aparecimento de linfangite. A progressão do edema e a lesão tecidual local podem provocar síndrome compartimental. A morte ocorre raramente e associa-se habitualmente a infecção secundária e /ou discrasia hemorrágica com falência multiorgânica.

A gravidade do envenenamento tem sido associada à extensão do edema nas duas primeiras horas, e a sua classificação em ligeira, moderada e grave feita com base em sinais e sintomas locais e sistémicos. No Quadro é apresentada a classificação da gravidade do envenenamento.

Quadro - Classificação da gravidade do envenenamento com base nas manifestações clínicas locais e sistêmicas – adaptado de L. Haro, et al.⁷

Grau	Gravidade	Manifestações clínicas	Tratamento
0	Sem gravidade	Marca da mordedura, sinais inflamatórios locais discretos	Cuidados locais à ferida
1	Ligeira	Edema local não progressivo, dor, sem sintomas sistêmicos	Sintomático (analgesia)
2	Moderada	Edema local progressivo e/ou sintomas sistêmicos (hipotensão, GI)	Soro anti-veneno
3	Grave	Edema extenso e sinais sistêmicos graves (choque, hemorragia)	Soro anti-veneno

Se após quatro a seis horas da mordedura não tiverem surgido sinais inflamatórios, a probabilidade de envenenamento é baixa (Grau 0). Os envenenamentos leves (grau 1) caracterizam-se pelo surgimento de edema e/ou necrose local com ou sem linfangite e sem sinais sistêmicos. A extensão dos sinais inflamatórios, e surgimento de sinais/sintomas sistêmicos colocam-nos perante um envenenamento moderado (grau 2). No envenenamento grave (grau 3), o edema pode ultrapassar a raiz do membro e surgem sinais sistêmicos importantes (coagulopatia, rabdomiólise, insuficiência renal aguda, convulsões, coagulação intravascular disseminada).⁷

Perante uma mordedura de ofídio, deve acalmar-se a vítima, imobilizar o membro afectado abaixo do nível do corpo e retirar roupa ou relógios. A ferida deverá ser desinfectada, e os sinais inflamatórios monitorizados. Poderá ser aplicado frio local e administrado analgésico. A aplicação de garrote, sucção/golpe da ferida ou aplicação de “patch” estão contraindicadas. Deve transferir-se de imediato a criança para uma unidade de cuidados de saúde.^{3,6-8}

O tratamento médico consiste em analgesia, antibioterapia com amoxicilina associada a ácido clavulânico⁹ se evidência de infecção, imobilização da extremidade afectada e observação durante 24 a 48 horas.

A integridade neurovascular do membro deve ser avaliada clinicamente, ou por medição directa da pressão intracompartimental.¹⁰⁻¹² A fasciotomia é necessária se se verificar desenvolvimento de síndrome compartimental.

A administração de soro anti-veneno está recomendada o mais precocemente após a mordedura, se surgir edema de progressão rápida e/ou aparecimento de manifestações sistêmicas, ou se gravidade moderada a grave, principalmente em crianças.^{7,8}

O soro anti-veneno disponível em Portugal (Viperfav®) é obtido a partir de fragmentos fab2 purificados de anticorpos de cavalos contra o veneno de três espécies de víboras europeias *V. berus*, *V. aspis*, *V. ammodytes*. Apesar da elevada puri-

ficação dos soros anti-veneno comercializados a sua administração deve ser feita com precaução pelo risco de reacções de hipersensibilidade associadas (anafilaxia, angioedema e doença do soro).

No caso apresentado, o adolescente apresentou um quadro de envenenamento moderado. O início precoce do tratamento médico, a transferência para um centro de referência e a administração de soro anti-veneno permitiram uma evolução favorável.

Apesar das mordeduras por víbora serem raras em Portugal, a variedade das suas manifestações clínicas e a sua eventual gravidade, condicionam a necessidade de vigilância, em meio hospitalar, de todas as crianças vítimas de mordedura de ofídio e instituição precoce das medidas terapêuticas adequadas na suspeita de envenenamento.

Referências

- Persson H (Swedish poisons information centre). Envenoming by European vipers, Antivenom treatment - influence on morbidity. *Prze-glad Lekarski* 2001;58: 223-5
- Chippaux JP. Snake-bites: appraisal of the global situation. *Bull World Health Org* 1998. 76: 515-24.
- Petite J. Viper bites: treat or ignore? Review of a series of 99 patients bitten by *Vipera aspis* in an alpine Swiss area. *Swiss Med Wkly* 2005; 135: 618-25
- Claudeta I, Gurrera E, Marechala C, Cordierb L, Honoratb R, Grou-teaua E. Morsures de vipères chez l'enfant. *Arch Pediatr* 2011; 18: 1278-83
- Marta MJ, Santos Silva J, Oliveira A, Saavedra JA. Mordedura de víbora – situação potencialmente grave. *Med Interna* 2005; 12: 148-53
- Ocio IO, Rueda AZ, Rodríguez VC, Pérez BR, Del Hoyo M, Montiano JI. Controversias en el manejo de la mordedura de víbora en niños. *Bol Soc Vasco-Navarra Pediatr* 2008; 40: 6-11
- Haro L, Glaizal M, Tichadou L, Blanc-Brisset I, Hayek-Lanthois M. Asp viper (*Vipera aspis*) envenomation: Experience of Marseille Poi-son Centre from 1996 to 2008. *Toxins* 2009; 1: 100-12
- Sierra CM, Xaraub SN. Ofidismo en la península Ibérica. *Semergen* 2011; 37(3): 136-41
- Bite wounds. In: Pickering LK, editor. *Red Book: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases*. IL: American Academy of Pediatrics; 2009: 187-91
- Ozay G, Bosnak M, Ece A, Davutoglu M, Dikii B, Gurkan F, et al. Clinical characteristics of children with snakebite poisoning and management of complications in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Internat* 2005; 47: 669-75
- Cawrse NH, Inglefield CJ, Hayes C and Palmer JH. A snake in the clinical grass: late compartment syndrome in a child bitten by an Adder. *Bri J Plast Surg* 2002; 55: 434-5