

## Considerar la potencial gravedad de las picaduras de himenópteros

### Marta Jordán Domingo

Médico especialista en MFyC.

Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza

Las abejas (*Apis mellifera*) y las avispas (sobre todo los géneros *Vespula* y *Polistes spp.*) son himenópteros que con sus picaduras originan dolor, eritema y edema local. Si éstas son múltiples pueden darse efectos generales, pero la dosis letal (variable según el peso del afectado) correspondería al inyectado por más de 900 picaduras.

Diferente es la reacción anafiláctica grave que se da hasta en un 20% de la población, con una tasa de mortalidad de 0,5 por millón de habitantes; lo que significa que de 18 a 22 personas podrían morir al año. La muerte sucede en la primera hora tras la picadura, en los dos tercios es por afectación respiratoria y en el tercio restante por fallo cardiovascular y/o del sistema nervioso central.

En esta reacción, mediada por IgE, se dan lesiones locales gigantes (con un diámetro >12 cm y/o que abarca hasta 2 articulaciones contiguas) y/o sistémicas por liberación masiva de mediadores mastocitarios. La reacción general corresponde a una anafilaxia grado III y IV y en el caso típico, tras una picadura y en menos de 30 minutos, aparece prurito palmoplantar, occipital y en pliegues seguido de eritema y un cuadro de urticaria con angioedema, disnea por broncoespasmo, disfonía, estridor y sensación de cuerpo extraño faríngeo. También pueden aparecer vómitos, hipotensión, diarrea, dolor abdominal, incontinencia de esfínteres y manifiesta debilidad con inestabilidad. Si la reacción progresa, puede aparecer un choque anafiláctico y muerte.

Afortunadamente no todas las reacciones progresan de igual manera, y muchas no llegan a este extremo. El tratamiento de la picadura simple incluye extraer el aguijón (si persiste), desinfectar la herida e inmovilizar y elevar la extremidad afectada aplicando frío local, y en algunos casos esteroides tópicos o pinceladas con barritas que contengan amoníaco. Si se da reacción urticarial leve o eritema se pueden administrar corticoides y/o antihistamínicos por vía intramuscular.

En anafilaxia grave, el tratamiento de elección es la adrenalina, administrada por vía intramuscular en deltoides o en muslo a dosis máxima de 0,3-0,5 mg en adultos (ampollas y jeringas precargadas de 1 mg/mL [poner media

ampolla]), y en niños, 0,01 mL/kg hasta un máximo de 0,3 mg. Puede repetirse a los 5-15 minutos y excepcionalmente usar la perfusión intravenosa, teniendo en cuenta los efectos secundarios de la adrenalina (taquicardia, ansiedad, nerviosismo, temblor, e incluso isquemia miocárdica).

Si el paciente presenta broncoespasmo, se deben asociar beta-agonistas inhalados y oxígeno a altos flujos (FiO<sub>2</sub> 50-100%, 10-15 L).

Si se da mejoría y no se deriva al paciente debe observarse al menos 6 horas (control de pulso y tensión arterial) por el riesgo de anafilaxia retardada; pero aquellos con síntomas respiratorios graves deberían ser hospitalizados, ya que la intubación, traqueotomía o cricotirotomía pueden ser necesarias en caso de reagudización grave. También se precisa ingreso cuando la hipotensión no responda a la adrenalina y/o a expansores de volumen. Conviene tener en cuenta que muchos pacientes, tras el angustioso episodio, experimentan alteraciones de su calidad de vida, generando agorafobias.

A los que ya han padecido un episodio de este tipo se les debe orientar para realizar una desensibilización a través de la administración de vacunas profilácticas, para lo cual es importante distinguir si la picadura fue por abeja (aguijón clavado en la piel, contacto con colmenas) o avispa (nidos de papel, insecto de color amarillo y negro), dado que la composición de los venenos difiere, pudiendo ser alérgico a uno y no al otro, siendo este punto importante a la hora de elaborar una vacuna.

Resumen: Tras la picadura de un himenóptero puede ser suficiente el tratamiento local, pero la presentación de una posible anafilaxia exige tratamiento precoz que puede salvar la vida del afectado. La existencia de una historia clínica de reacción anafiláctica inmediata tras una picadura obliga a determinar la existencia de una IgE específica (pruebas cutáneas o determinación *in vitro*) y evaluar si se es candidato a vacuna preventiva. Estos afectados también deberán ser instruidos en el empleo de la adrenalina para autoinyección. ■

### Bibliografía

Krishna MT, Ewan PW, Diwakar L, Durham SR, Frew AJ, Leech SC, et al. Diagnosis and management of hymenoptera venom allergy: British Society for Allergy and Clinical Immunology (BSACI) guidelines. Clin Exp Allergy. 2011.