

Un Caso Di Morso Di Vipera: Gestione Nell' OBI Di Un Pronto Soccorso Di Periferia

SIMEU ID

1 1 9

Autori: Maria De Maria, U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Dirigente Medico, Spoke Cetraro-Paola, ASP Cosenza, Italia. **Co-autori:** Accordino Antonino U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Dirigente Medico, Spoke Cetraro-Paola, ASP Cosenza, Italia; Aristodemo Laura, U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Dirigente Medico, Spoke Cetraro-Paola, ASP Cosenza, Italia; De Vivo Raffaele, U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Dirigente Medico, Spoke Cetraro-Paola, ASP Cosenza, Italia; Merli Giuseppe, U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Dirigente Medico, Spoke Cetraro-Paola, ASP Cosenza, Italia; Salatino Umberto, U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Dirigente Medico, Spoke Cetraro-Paola, ASP Cosenza, Italia; Scozzafava Stefano, U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Dirigente Medico, Spoke Cetraro-Paola, ASP Cosenza, Italia.

Introduzione

Il morso di vipera è un evento raro e potenzialmente grave. Richiede una gestione tempestiva e appropriata. Le conseguenze possono essere gravi e, talvolta, letali.

Il veleno della vipera è composto da proteine enzimatiche che inducono reazioni tossiche sia locali che sistemiche, e le sue manifestazioni possono essere lievi arrivare o allo shock ipovolemico e alla sindrome compartimentale.

Caso Clinico

Donna di 49 anni giunge in PS 12h dopo morsi di vipera alla caviglia dx. Presenta stato ipotensivo (PA 80\50 FC 105 bpm, TC 37,1 °C, SpO2 94%); difficoltà nella deambulazione; dispnea; nausea; cefalea; edema peri malleolare dx, esteso al terzo medio inferiore della gamba; evidenti segni di morso di vipera in sede malleolare laterale con ecchimosi diffuse; WBC 16.580 10³/ul con neutrofilia 93%; D-Dimero di 580 ng/ml fibrinogeno 267 mg/dl; Hb 12,8 gr/dl; PTL 230.000 10³/ul. Difficoltà logistiche e carenza di posti disponibili presso i presidi ospedalieri di riferimento hanno imposto la gestione del caso presso l'OBI del nostro PS. Dopo un iniziale miglioramento, che faceva pensare a una osservazione di 24 h e terapia domiciliare, le condizioni della pz sono di nuovo precipitate. Si osservava: : dolore urente della zona interessata, vomito e stato confusionale e alterazione PV (PA 80\40; FC 110 bpm; Tc 39 °C; SpO2 89 %): WBC 25000 10³/ul, Hb 11 gr/dl; PTL 135000; fibrinogeno 850 mg/dl; D-Dimero 1400 ng/ml. L'edema dell'arto inferiore si era esteso sino alla regione inguinale (foto 2-3) con ecchimosi diffuse e un vasto ematoma in sede laterale della gamba sino alla regione calcaneare. Nelle 24 successive, miglioramento e dimissione a domicilio con terapia e follow-up.



Terapia

All'ingresso viene contattato il CAV di Milano con cui si concorda terapia e gestione della pz. Ceftriaxone 2 gr/die ev e Ciprofloxacina ev 250 x 2; Pantoprazolo 40 mg 1/die; Idrocortisone 1 gr, Paracetamolo 1 g ev. Previo consenso informato, vengono somministrate immunoglobuline antitetano 500 UI ed eparina a basso peso molecolare e doppia dose di Antitossina 500 U.I., resasi necessaria per le gravi condizioni dovute al lasso di tempo intercorso tra il morso e la presentazione della pz in PS. Eco Color Doppler degli arti inferiori e si ottiene diagnosi di "assenza di trombosi e iniziali segni di flebite". Monitoraggio PV costante per eventuale assistenza rianimatoria.

Discussione

Ogni anno in Italia diverse persone sono vittime di morsi di vipera. È importante saperne distinguere la tipologia, per una corretta diagnosi e approccio terapeutico. L'assenza di segni locali dopo 8-12 ore dal morso esclude la possibilità di iniezione di veleno. Nel nostro presidio nell'anno 2024 abbiamo avuto circa 8 casi gestiti nel PS e nel nostro OBI, di cui 2 hanno richiesto l'uso del siero.

La tempestività e la corretta gestione, in accordo con i CAV e secondo Linee Guida, sono essenziali per ridurre la mortalità e le complicazioni a lungo termine.

Conclusioni

Il caso conferma che anche strutture periferiche possono, in condizioni di sovraffollamento ospedaliero e con risorse limitate, garantire un'adeguata gestione clinica delle emergenze tossicologiche e un primo intervento fondamentale se ben coordinate e supportate dai CAV.

È importante l'accessibilità del siero antivipera nei presidi di emergenza, specialmente nelle aree geografiche a rischio. La sieroterapia specifica deve essere utilizzata in presenza di chiari segni di avvelenamento. La corretta valutazione clinica, il monitoraggio ematochimico e parametrico continuo sono fondamentali per la gestione dell'emergenza.

Il nostro caso mette alla luce l'importanza della formazione continua del personale sanitario, della collaborazione interistituzionale e della pianificazione logistica in contesti a risorse limitate per garantire cure efficaci anche in situazioni critiche.

Bibliografia

1. García-Arredondo A, et al. Preclinical Assessment of a New Polyvalent Antivenom (Inoserp Europe) against Several Species of the Subfamily Viperinae. *Toxins* (Basel). 2019 Mar; 11(3): 149.
2. Gold B, et al. Bites of venomous snakes. *N Engl J Med* 2002;347(5).
3. Petre J. Viper bites: treat or ignore? Review of a series of 99 patients bitten by *Vipera aspis* in an alpine Swiss
4. Reid H.A. Antivenom reactions and efficacy. *Lancet*, 1980, ii, 1024-1025
5. Curry S.C., Kunkel D.B. Death from a rattlesnake bite. *Am J Emerg Med*. 1985, 300:227
6. Agarwal A, Kumar T, Ravindranath KS. Sinus node dysfunction complicating viper bite. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*. 2015 Feb;23(2):212-4
7. Sunitha K, Hemshekhar M, Thushara RM. Inflammation and oxidative stress in viper bite: an insight Within and beyond. *Toxicon*. 015 May;98:89-97
8. Manuale di medicina d'emergenza. McGraw-Hill Education. 2a edizione 2007 .



Affiliazioni

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE COSENZA, COSENZA, ITALIA

Contatti

demaria.maria@virgilio.it

CASO CLINICO ; TOSSICOLOGIA