



CASOS CLÍNICOS

Paciente joven diagnosticada de intoxicación grave por hojas de tejo

Young patient diagnosed with severe poisoning caused by yew leaves

Cristóbal Gallego Muñoz¹, Nieves Guerrero Navarro²,
Elisa del Pilar Torres Barrera³, Luis Olmos Gutiérrez⁴

¹Farmacia Hospitalaria, Hospital Sierrallana, Torrelavega. Cantabria. ²Hospital La Merced, Osuna. Sevilla. ³Universidad Pablo de Olavide, Sevilla. ⁴Universidad de Sevilla, Sevilla. España.

Autor para correspondencia

Correo electrónico:
toba_gallego@hotmail.com
(Cristóbal Gallego Muñoz)

Recibido el 6 de marzo de 2017;
aceptado el 30 de abril de 2017.

DOI: 10.7399/fh.10790

Introducción

El tejo común o tejo negro (*Taxus baccata*) es una conífera que se puede encontrar en España, principalmente en los sistemas montañosos septentrionales. Excepto los arilos de las semillas, todas las partes del árbol contienen una sustancia tóxica denominada taxina, que es una mezcla de alcaloides que generan irritación gastrointestinal y efectos cardiotóxicos, antagonizando los canales de sodio y calcio en el miocito. Se considera dosis letal en humanos el líquido resultante de la cocción de 50 a 100 g de hojas de tejo¹. Paradójicamente, del tejo se obtienen también sustancias como los taxanos, que han sido utilizadas en el tratamiento de varios tipos de cáncer como el de mama, ovario, pulmón, cabeza y cuello, entre otros.

El mencionado antagonismo de los canales de sodio es similar a los antiarrítmicos de clase I, provocando un aumento del intervalo QT y ensanchamiento del complejo QRS. Con respecto al antagonismo de los canales de calcio, es similar al de los de clase IV, afectando a la fase 2 del potencial de acción y dando lugar a un aumento del intervalo PR y bloqueo auriculoventricular².

Entre las antiguas poblaciones del norte de España estuvo muy extendido el suicidio con veneno de tejo. En la actualidad es muy rara la intoxicación por ingesta de partes del tejo, pudiendo resultar de extrema gravedad o fatal en caso de producirse³.

Descripción del caso

Se presenta el caso de una paciente que ingiere un preparado de hoja triturada de tejo común en cantidad suficiente como para superar con creces la dosis letal.

Mujer de 32 años de edad, sin alergias registradas ni consumo de tóxicos conocidos. Presenta antecedentes psiquiátricos de esquizofrenia paranoide y dos intentos previos de suicidio.

Es trasladada al Servicio de Urgencias dos horas y media después de la ingesta de un preparado de hojas triturada de tejo común, presentando dolor abdominal difuso, vértigo y náuseas. Durante el traslado en ambulancia de su domicilio al hospital recibe lavado gástrico prolongado con salida abundante de restos de planta, 50 g de carbón activo por sonda nasogástrica, sueroterapia, tres bolos de lidocaína de 50 mg y tratamiento cardioeléctrico.

Una vez en el Servicio de Urgencias presenta una presión arterial de 70/40 mmHg, pulso de 55 lpm, y puntuación de Glasgow de 3/15 y pupilas midriáticas y reactivas. Se realiza electrocardiograma, presentando QRS ensanchado, alternando con rachas de taquicardia ventricular (TV), bigeminismo y trigeminismo. En la analítica de urgencia destaca una acido-

sis metabólica no compensada (pH 7,27, bicarbonato 17,5 mmol/l, pCO₂ 37,4 mmHg, lactato 2,16 mmol/l).

Se traslada a la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde se le administra 120 mEq de bicarbonato sódico en dos dosis y una dosis de 300 mg de amiodarona en perfusión intermitente. Se le administra también adrenalina en perfusión, aunque se le retira a las pocas horas debido a su buena evolución y su buen estado hemodinámico. La paciente reconoce ideación suicida. Es dada de alta con seguimiento psiquiátrico tras 6 días de estancia hospitalaria.

Discusión

Los primeros síntomas tras la intoxicación con tejo suelen aparecer en la primera hora postingesta y destacan, por un lado, los síntomas neurológicos, como son mareo, debilidad muscular, astenia y vértigo y, por otro, los gastrointestinales, como son diarrea, dolor abdominal difuso y náuseas-vómitos. Durante la evolución de la intoxicación puede aparecer midriasis, taquicardia, hipersalivación, confusión, letargia y convulsiones, pudiendo acabar en coma⁴. Las alteraciones en el electrocardiograma suelen aparecer a las 3 horas postingesta y, si la evolución es favorable, se normalizan en 24 horas⁵. En intoxicaciones graves aparecen manifestaciones neurológicas y cardiovasculares, con hipotensión severa y parada cardíaca en diástole.

Varias sociedades científicas como son la American Association of Poison Centers (AAPC) y la European Association of Poisons Centers and Clinical Toxicologists (EAPCCT) no recomiendan como norma general el uso sistemático de lavado gástrico⁶ en caso de intoxicación ni el empleo sistemático de carbón activo tras una hora postingestión⁷. Sin embargo, debido a la gravedad de la paciente, unido a que existe evidencia sobre el enlentecimiento del vaciado gástrico en los casos de ingestión de hojas de tejo, se podría justificar ambas medidas terapéuticas en este caso.



Los artículos publicados en esta revista se distribuyen con la licencia
Articles published in this journal are licensed with a
Creative Commons Attribution 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
La revista Farmacia no cobra tasas por el envío de trabajos,
ni tampoco por la publicación de sus artículos.

Es recomendable el uso de lidocaína (o fenitoína), que disminuye la excitabilidad ventricular y no empeora la conducción auriculoventricular⁸. También se puede recurrir a la amiodarona².

En resumen, aunque la intoxicación por tejo es infrecuente en nuestro ámbito, puede resultar letal. El tratamiento con carbón activo y la realización de lavado gástrico, aunque no está recomendado de forma general

en las intoxicaciones tras 1 hora postingesta, podría haber contribuido a la rápida y buena evolución en este caso concreto.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Wilson CR, Sauer JM, Hooser SB. Taxines a review of the mechanism and toxicity of yew (*Taxus spp*) alkaloids. *Toxicol*. 2001;39:175-85.
2. Pierog J, Kane B, Kane K, Donovan JW. Management of isolated yew berry toxicity with sodium bicarbonate: A case report in treatment efficacy. *J Med Toxicol*. 2009;5:84-9.
3. Martin-Caravati E, McGuigan MA, McGregor-White I, Dawson AH, Seifert SA, Schonwald S, et al. Introduction to Plants. En: Dart RC, editor. *Medical Toxicology*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 1667.
4. Valis M, Koci J, Tucek D, Lutonsky T, Kopova J, Barton P, et al. Common yew intoxication: A case report. *J Med Case Rep*. 2014;8:4.
5. Jones R, Jones J, Causer J, Ewins D, Goenka N, Joseph F. Yew tree poisoning: A near-fatal lesson from history. *Clin Med*. 2011;11:173-5.
6. Vale JA, Kulig K. Position paper: Gastric lavage. American Academy of Clinical Toxicology; European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists. *J Toxicol Clin Toxicol*. 2004;42:933-43.
7. Chyka PA, Seger D, Krenzelok EP, Vale JA. Position paper: Single-dose activated charcoal. American Academy of Clinical Toxicology; European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists. *Clin Toxicol (Phila)*. 2005;43:61-87.
8. Tekol Y, Gögüsten B. Comparative determination of the cardio selectivity of taxine and verapamil in the isolated aorta, atrium and jejunum preparations of rabbits. *Arzneimittelforschung*. 1999;49:673-8.