

Psicosis ofídica: episodio psicótico breve en el contexto de mordedura por *Bothrops*

Ophidic psychosis: brief psychotic episode in the context of a *Bothrops* snakebite

Alonso Elías Garrido-Pinzás^{1,2,a} , Beltran Villarreal-Aguilar^{3,b} ,
Lucía Luna-Carrillo^{1,2,a} 

RESUMEN

El envenenamiento por mordedura de serpiente (ofidismo) es una enfermedad tropical desatendida reconocida por la Organización Mundial de la Salud. Si bien sus complicaciones físicas son ampliamente documentadas, las manifestaciones psiquiátricas asociadas, como los episodios psicóticos breves, son poco reconocidas en la práctica clínica. Se presenta el caso de una mujer de 53 años, sin antecedentes psiquiátricos, hospitalizada tras mordedura de *Bothrops* en la mano derecha. Recibió suero antibotrópico y fentanilo en dosis bajas (50 µg IV). Al cuarto día, tras ser informada sobre el riesgo de amputación, presentó agitación psicomotriz, ideas delirantes persecutorias y conducta hostil, por lo que requirió contención mecánica y farmacológica. Evolucionó con remisión completa del cuadro en menos de 72 horas, recordando lo ocurrido sin síntomas residuales. Se concluye que, en el contexto del ofidismo, pueden presentarse complicaciones psiquiátricas agudas, particularmente ante la presencia de estresores significativos. Por ello, el abordaje interdisciplinario entre toxicología y psiquiatría es esencial para una detección y manejo oportunos. Este caso representa uno de los primeros reportes latinoamericanos de psicosis reactiva breve asociada a mordedura por *Bothrops*.

Palabras clave: mordedura de serpiente; *Bothrops*; psicosis; psicosis reactiva breve.

ABSTRACT

Snakebite envenomation (ophidism) is a neglected tropical disease recognized by the World Health Organization. Although its physical complications are well documented, associated psychiatric manifestations, such as brief psychotic episodes, are rarely recognized in clinical practice. We present the case of a 53-year-

Citar como:

Garrido-Pinzás AE, Villarreal-Aguilar B, Luna-Carrillo L. Psicosis ofídica: episodio psicótico breve en el contexto de mordedura por *Bothrops*. Rev Neuropsiquiatr. 2026; 89(3): 357-362. DOI: 10.20453/rnp.v89i3.7192

Recibido: 15-10-2025

Aceptado: 17-04-2026

En línea: 28-09-2026

Correspondencia:

Beltran Villarreal-Aguilar
✉ beltranvillarreal@gmail.com



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

¹ Universidad Peruana de Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³ Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú.

^a Médico psiquiatra.

^b Médico cirujano.

old woman with no previous history of psychiatric illness who was hospitalized following a *Bothrops* snakebite to her right hand. She received antivenom and low-dose fentanyl (50 µg IV). On the fourth day of hospitalization, after being informed that amputation might be necessary, she developed psychomotor agitation, persecutory delusions, and hostile behavior, requiring mechanical and pharmacological restraint. Her symptoms completely remitted within 72 hours, and she subsequently retained complete memory of the events without psychiatric sequelae. This case highlights that acute psychiatric complications may occur in the context of snakebite envenomation, particularly following significant psychological stress. An interdisciplinary approach involving toxicology and psychiatry is therefore essential for timely detection and management. To our knowledge, this is one of the few reported cases in Latin America—and among the first associated with a *Bothrops* envenomation—of a brief reactive psychotic episode.

Keywords: snakebite; *Bothrops*; psychosis; brief reactive psychosis.

INTRODUCCIÓN

La mordedura de serpiente fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2019 como una enfermedad tropical desatendida, debido a su impacto en comunidades vulnerables y a la limitada inversión en investigación y tratamiento (1). Cada año ocurren aproximadamente 5,4 millones mordeduras de serpiente, de las cuales alrededor de 2,7 millones generan complicaciones clínicas, y cerca de 138 000 personas fallecen como consecuencia directa (2). En el continente americano se reportan anualmente alrededor de 57 000 casos de envenenamiento ofídico (3).

Más allá de las complicaciones físicas, la mordedura de serpiente también puede provocar consecuencias psicológicas y psiquiátricas. En distintas culturas, las serpientes poseen una carga simbólica vinculada a la espiritualidad, el deseo, el poder y la muerte, lo cual influye en la percepción y reacción emocional de las víctimas (4). Estudios recientes han documentado la aparición de trastorno de estrés postraumático, depresión e incluso psicosis en sobrevivientes de mordeduras (5).

Asimismo, la Escala de Severidad de Mordeduras de Serpiente (*Snakebite Severity Score*) considera la psicosis como una de las manifestaciones neurológicas más graves que puede presentar un paciente (6). En este contexto, la identificación de episodios psicóticos tras el envenenamiento cobra relevancia tanto para el diagnóstico diferencial como para el manejo integral del paciente.

Se presenta el caso de una paciente que desarrolló un episodio psicótico breve luego de una mordedura de

Bothrops, discutiendo los diagnósticos diferenciales y la importancia del abordaje interdisciplinario en este tipo de situaciones. El reporte se desarrolló conforme a los principios éticos de la investigación biomédica. La información clínica fue manejada de manera confidencial y presentada de forma anonimizada, sin incluir datos que permitan la identificación de la paciente.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer peruana de 53 años, estilista, divorciada, con antecedente de gastritis desde los 30 años, sin antecedentes psiquiátricos ni hospitalizaciones previas. Fue ingresada al hospital aproximadamente dos horas después de haber sufrido una mordedura en la mano derecha por una serpiente del género *Bothrops*, en las afueras de la ciudad de Lima.

Al ingreso se encontraba lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona. Presentaba dolor urente, edema progresivo en los dedos tercero, cuarto y quinto, con petequias y equimosis en el miembro superior derecho, predominando en la mano. Refirió haberse aplicado previamente kerosene y gasolina en la extremidad por recomendación de terceros.

El manejo inicial incluyó la administración de suero antibotrópico según necesidad clínica (20 ampollas en total durante 24 horas), además de antihistamínicos (loratadina y clorfenamina). Para el control del dolor se usaron opioides en dosis bajas (fentanilo más tramadol en infusión continua durante 5 días). Se monitorizó el perfil de coagulación y se realizaron exámenes de laboratorio (tabla 1).

Tabla 1. Perfil de laboratorio de la paciente.

Parámetro	Seguimiento				
	A1 ingreso	2.º día	3.º día	5.º día	9.º día
Hemoglobina (g/dL)	11,6	9,5	10	9	8,8
Hematocrito (%)	34	28	30	27	26
Leucocitos ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	5,57	4,80	4,80	4,30	4,60
Abastondados (%)	0	0	0	0	0
Plaquetas ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	192	160	136	183	277
Glucosa (mg/dL)	135	-	95	-	106
Urea (mg/dL)	35	31	18	-	20
Creatinina (mg/dL)	0,4	0,4	0,5	-	0,5
Calcio (mmol/L)	-	1,11	1,01	-	1,12
Sodio (mmol/L)	142	140	140	-	145
Potasio (mmol/L)	4,1	3,4	3,53	-	3,49
Cloro (mmol/L)	112	107	100	-	105
Bilirrubina total (mg/dL)	0,2	0,3	0,2	-	0,7
TGO (U/L)	33	31	34	-	20
TGP (U/L)	-	-	-	-	18
DHL (U/L)	183	175	172	-	251
INR	1,8	1,17	1,03	1,01	1,04
CPK (U/L)	483	398	337	-	-
PCR	1/64	Neg.	1/4	1/8	Neg.

Al tercer día de hospitalización, tras ser informada de la posibilidad de amputación del tercer dedo de la mano derecha, la paciente desarrolló ansiedad intensa, irritabilidad y sollozos. En la madrugada del cuarto día, se mostró irritable y vociferante, negándose a recibir tratamiento y acusando al personal de haberle generado daño. Más tarde, esa mañana, presentó un episodio de agitación psicomotriz con discurso paranoide, ideas delirantes persecutorias («ustedes son malos, me quieren hacer daño») y conductas disruptivas; arrancó sus vías periféricas, se paró en la cama para marcar distancia (a pesar de que al estar con bata hospitalaria exponía su pecho) y expresó desconfianza hacia el personal y su propio hijo, refiriendo que la voz telefónica que escuchaba «no era de él, sino una imitación». Requirió contención mecánica y, posteriormente, farmacológica con haloperidol (5 mg IM) y diazepam (10 mg EV). Durante el procedimiento insultó y agredió verbalmente al personal, llamándolos «monstruos» y «demonios». Hasta ese momento, a lo

largo del día, no presentó fluctuaciones en el estado de conciencia ni alteraciones de la atención.

Al despertar, tras un breve sueño inducido por la medicación, se mostró aún suspicaz, pero con el transcurso de las horas presentó progresiva mejoría clínica. No fue necesario administrar nuevas dosis de antipsicótico. En el sexto día, la paciente fue reevaluada por psiquiatría: se encontraba tranquila, abordable a la entrevista; recordaba lo ocurrido con detalle y se mostró avergonzada por su conducta, refiriendo nunca haber tenido un episodio similar. Negó alucinaciones auditivas o visuales, así como ideas delirantes persistentes y no se observaron conducta alucinatoria ni cambios en la atención. Expresó agradecimiento hacia el equipo médico por la recuperación de sus lesiones. No fue necesaria la amputación ni ninguna otra intervención quirúrgica. El episodio psicótico se instauró y resolvió en menos de 72 horas.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

En la primera evaluación psiquiátrica, durante el episodio de agitación psicomotriz, la paciente se encontraba parada en su cama, con cabello teñido de azul y amarillo y cejas con tinte permanente; tenía el pecho cubierto parcialmente con una sábana blanca, sin mostrar pudor. Despierta, mostraba una actitud poco asequible, marcadamente suspicaz, evitaba el contacto visual, mantenía los ojos cerrados con parpadeo constante y, en ocasiones, desviaba la mirada hacia un costado. Se mostró irritable, refería deseos de irse a su domicilio y, al ser interrogada sobre los motivos, presentó tendencia al llanto. Asimismo, en los momentos de agitación, presentó una conducta hostil, con insultos y resistencia frente a la contención.

Se encontraba vigil y orientada en tiempo, espacio y persona, sin alteración de la atención ni del estado de conciencia. El lenguaje fue inicialmente lacónico y desafiante en los momentos de suspicacia, aunque posteriormente recuperó fluidez y coherencia.

En el contenido del pensamiento destacó la presencia de ideas delirantes de tipo persecutorio, tales como la desconfianza hacia el personal médico y la convicción de que la persona que decía ser su hijo en el teléfono no era su hijo. No se evidenciaron alteraciones perceptivas ni la paciente refirió alucinaciones auditivas o visuales durante la hospitalización. Tampoco se evidenciaron fenómenos de despersonalización o desrealización.

En evaluaciones posteriores, la paciente recuperó el juicio de realidad, evidenciando un recuerdo detallado

de lo ocurrido durante y en torno al episodio de agitación psicomotriz. Manifestó sentimientos de vergüenza y arrepentimiento en relación con su actuar. Negó haber presentado episodios similares en el pasado. Asimismo, no se evidenciaron alteraciones cognitivas.

DISCUSIÓN

Este caso representa un reto diagnóstico por la aparición de un síndrome psicótico agudo en el contexto de ofidismo y hospitalización prolongada. En un inicio, se consideró la posibilidad de un delirium

(síndrome confusional agudo), diagnóstico frecuente en pacientes hospitalizados con patología médica; sin embargo, se descartó por la preservación del estado de conciencia, la adecuada orientación en las tres esferas y la capacidad de recordar con detalle lo ocurrido. También se evaluó una psicosis secundaria a fármacos, dada la administración de fentanilo y suero antibotrópico; no obstante, la dosis de opioide fue baja (50 µg) y no existen reportes consistentes en la literatura que vinculen el suero antibotrópico con síntomas psicóticos (7). Los principales diagnósticos diferenciales considerados se resumen en la tabla 2.

Tabla 2. Diagnósticos diferenciales del caso.

Diagnóstico	Características clínicas típicas	Hallazgos en la paciente	Comentario
Episodio psicótico breve con estresor	Inicio abrupto, delirios o alucinaciones, conducta desorganizada, duración < 1 mes, recuperación completa, puede estar asociado a un estresor	Delirios persecutorios, agitación, duración < 72 h, memoria intacta, remisión completa tras contención farmacológica	Diagnóstico más probable
Delirium (síndrome confusional agudo)	Inicio agudo y fluctuante, alteración de conciencia y atención, desorientación, alucinaciones visuales frecuentes	Vigil, orientada, atención sin alteraciones, recuerdo detallado de lo ocurrido, sin fluctuaciones en el estado de conciencia	Poco probable
Psicosis secundaria a fármacos (fentanilo, suero antiofídico)	Alteraciones psicóticas o confusionales tras exposición a medicamentos, a menudo con alteración del estado de la conciencia	Recibió fentanilo en dosis bajas y suero antibotrópico; no existen reportes consistentes de psicosis con estos fármacos; estado de conciencia sin alteraciones	Descartado
Trastorno psicótico debido a enfermedad médica	Psicosis vinculada a daño cerebral, encefalopatía o alteraciones metabólicas	Analíticas dentro de rangos normales, sin signos de encefalopatía o alteración neurológica	Poco probable

En los exámenes de laboratorio al ingreso, destacaron valores compatibles con el contexto de envenenamiento, incluyendo elevación de la creatinfosfoquinasa (CPK) y del Índice Internacional Normalizado (INR) como indicador de alteración de la coagulación, así como una proteína C reactiva (PCR) inicialmente reactiva. Asimismo, se evidenció una discreta anemia. No se hallaron datos sugestivos de sepsis, compromiso sistémico significativo ni alteraciones hidroelectrolíticas relevantes. Durante el periodo comprendido entre los días 4 y 6 de hospitalización —intervalo en el que se instauró y resolvió el cuadro psicótico— no se objetivaron cambios analíticos que sugirieran descompensación médica aguda o una causa orgánica intercurrente que explicara la sintomatología psiquiátrica, observándose más bien una tendencia a la estabilización de los parámetros previamente alterados.

Si bien el presente caso ocurre en el contexto de un envenenamiento por mordedura de *Bothrops*, es importante precisar que no es posible establecer una relación de causalidad directa entre el evento ofídico o sus efectos biológicos y la aparición del episodio psicótico. La temporalidad del cuadro sugiere que el desencadenante inmediato fue la comunicación del riesgo de amputación, actuando como un estresor agudo identificable. En este sentido, el ofidismo debe entenderse como el contexto clínico en el que emerge el cuadro, más que como una causa suficiente o necesaria del mismo.

No obstante, resulta plausible que factores asociados al ofidismo, tales como el dolor intenso, la respuesta inflamatoria sistémica, el estrés fisiológico agudo y el entorno de hospitalización, hayan contribuido de manera inespecífica a disminuir el umbral para la

descompensación psicótica. Desde esta perspectiva, el cuadro puede entenderse como el resultado de la interacción entre un estresor psicológico claramente identificable y un terreno biológico transitoriamente vulnerable, sin que ello implique una relación causal directa atribuible a un solo elemento.

En la paciente aquí descrita, además de los factores biológicos propios de la mordedura en sí misma, sus efectos sistémicos y el impacto de la hospitalización (dolor, inflamación, estrés agudo), se suma la presencia de un estresor identificable, el miedo a la amputación, que parece haber sido un factor determinante. Se ha señalado que los factores psicosociales y culturales influyen en la respuesta emocional a las mordeduras de serpiente y pueden precipitar cuadros psicóticos reactivos (4, 5). Desde una perspectiva psicoanalítica, la amenaza de pérdida de una extremidad ha sido interpretada como un simbolismo de «castración», lo cual podría actuar como desencadenante en individuos vulnerables (8).

La literatura sobre manifestaciones psiquiátricas asociadas a mordeduras de serpiente es limitada. En Bangladesh, Islam et al. (9) reportaron que algunos pacientes desarrollaron alteraciones neuropsiquiátricas, como ansiedad intensa, depresión y síntomas psicóticos transitorios, tras el envenenamiento. De forma similar, un análisis de 225 mordeduras de víbora de Malasia (*Calloselasma rhodostoma*) en Tailandia describió casos de agitación y confusión, aunque sin caracterización psiquiátrica sistemática (10). Estos reportes sugieren que las complicaciones psiquiátricas posofidismo son poco frecuentes, pero probablemente subregistradas en la práctica clínica.

Desde la perspectiva de la psiquiatría clásica, cuadros como el aquí descrito han recibido múltiples denominaciones según las distintas escuelas y autores, tales como psicosis reactiva breve, psicosis histérica, *bouffée délirante* y psicosis cicloide. Todas estas entidades describen episodios psicóticos agudos de inicio abrupto, asociados a un estresor, con sintomatología intensa, pero de evolución breve y pronóstico favorable, diferenciándose entre sí principalmente por matices conceptuales. Ungvari et al. (11) concluyen que la psicosis histérica constituye esencialmente una forma reactiva que aparece en individuos con rasgos de personalidad histérica. En la actualidad, tanto el DSM-5 como la CIE-11 engloban estos cuadros dentro de las categorías de episodio psicótico breve y trastornos psicóticos agudos y transitorios (ATPD/APPD), lo que evidencia la continuidad conceptual entre las clasificaciones clásicas y las modernas (8, 11, 12).

No obstante, algunos cuadros de presentación ultrabreve o subumbral, tradicionalmente descritos como micropsicosis, no constituyen una entidad nosológica reconocida en DSM-5 o CIE-11, aunque conceptualmente se ubican en el mismo espectro clínico. Estos episodios pueden codificarse como *brief psychotic disorder* o ATPD/APPD cuando cumplen criterios formales, o bien ubicarse en categorías residuales o disociativas cuando no lo hacen. La recuperación de este término en la literatura contemporánea refuerza la vigencia clínica de este continuo psicótico breve (13).

Finalmente, los hallazgos clínicos fueron más compatibles con un episodio psicótico breve con estresor, desencadenado tras la comunicación del riesgo de amputación en el contexto de un accidente ofídico, con resolución completa en menos de 72 horas, en concordancia con los criterios del DSM-5 (14). El desenlace favorable, con recuperación completa y sin síntomas persistentes, es consistente con la definición de episodio psicótico breve: inicio súbito, presencia de delirios, duración menor de un mes y remisión total.

Este caso resalta la necesidad de un abordaje interdisciplinario en pacientes con ofidismo, integrando la atención médica y psiquiátrica para identificar y tratar oportunamente complicaciones neuropsiquiátricas. Hasta donde sabemos, este sería uno de los primeros reportes latinoamericanos de psicosis reactiva breve asociada a mordedura de *Bothrops*, lo que refuerza la necesidad de seguir estudiando y registrando estos casos poco descritos en la literatura.

CONCLUSIONES

El presente caso muestra que el ofidismo no solo implica complicaciones físicas potencialmente graves, sino que también puede desencadenar manifestaciones psiquiátricas agudas, como un episodio psicótico breve. Si bien no es posible atribuir una relación causal directa entre la mordedura de serpiente y el cuadro psicótico, este tipo de escenarios clínicos pone de relieve la importancia de reconocer factores estresores agudos y su potencial impacto en la salud mental. La identificación temprana y el manejo interdisciplinario permiten una resolución favorable y evitan secuelas a largo plazo. Documentar y difundir este tipo de presentaciones contribuye a ampliar el conocimiento sobre las complicaciones neuropsiquiátricas del envenenamiento por serpientes y a sensibilizar a los equipos de salud frente a estos escenarios poco estudiados.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento: Autofinanciado

Contribución de autoría:

AGP: concepción de la idea original, redacción del borrador original, revisión de la versión final. **BVA:** redacción del borrador original, revisión bibliográfica, análisis nosológico, estructuración del texto según el formato Vancouver, revisión de la versión final. **LLC:** revisión crítica del contenido, análisis clínico, revisión de la versión final.

Agradecimientos: A los doctores Gabriela Garrido-Pinzás y Alfredo Valencia Reyes, por sus comentarios y sugerencias.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Snakebite Envenoming: A strategy for prevention and control [Internet]. Ginebra: WHO; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515641>
2. World Health Organization. Snakebite envenoming [Internet]. WHO; 2026, 17 de septiembre. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/snakebite-envenoming>
3. Organización Panamericana de la Salud. Cada año, aproximadamente 5 millones de personas son mordidas por serpientes y más de 130 000 mueren por complicaciones en el mundo [Internet]. OPS; 2022, 2 de septiembre. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2022-cada-ano-aproximadamente-5-millones-personas-son-mordidas-por-serpientes-mas>
4. Wijesinghe CA, Williams SS, Kasturiratne A, et al. A randomized controlled trial of a brief intervention for delayed psychological effects in snakebite victims. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015;9(8):e0003989. doi:10.1371/journal.pntd.0003989
5. Bhaumik S, Kallakuri S, Kaur A, et al. Mental health conditions after snakebite: a scoping review. *BMJ Glob Health*. 2020;5(11):e004131. doi:10.1136/bmjgh-2020-004131
6. Dart RC, Hurlbut KM, Garcia R, et al. Validation of a severity score for the assessment of crotalid snakebite. *Ann Emerg Med*. 1996;27(3):321-6. doi:10.1016/s0196-0644(96)70267-6
7. De Silva HA, Ryan NM, de Silva HJ. Adverse reactions to snake antivenom, and their prevention and treatment. *Br J Clin Pharmacol*. 2016;81(3):446-52. doi:10.1111/bcp.12739
8. García-Valdecasas J, Vispe A, Díaz E, et al. Encuadre nosológico de la «psicosis histórica» versus psicosis agudas: revisión a propósito de un caso. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2005;25(95):9-23. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352005000300002
9. Islam AT, Sultana S, Uddin K, et al. Snake bites with neuropsychiatric presentation – A study in hill tracts of Bangladesh. *J Enam Med Col*. 2018;8(1):20-4. doi:10.3329/jemc.v8i1.35431
10. Wongtongkam N, Wilde H, Sitthi-Amorn C, et al. A study of 225 Malayan pit viper bites in Thailand. *Mil Med*. 2005;170(4):342-8. doi:10.7205/milmed.170.4.342
11. Ungvari GS, Mullen PE. Reactive psychoses revisited. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34(3):458-67. doi:10.1080/j.1440-1614.2000.00752.x
12. Pillmann F, Marneros A. Brief and acute psychoses: the development of concepts. *Hist Psychiatry*. 2003;14(2):161-77. doi:10.1177/0957154x030142002
13. Garrido-Pinzás A. Sobre los episodios micropsicóticos y el sentimiento de vacío. *Rev Neuro-Psiquiatr*. 2021;84(2):129-31. doi:10.20453/rnp.v84i2.4006
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.