

RELATO DE CASO/RELATO DE CASO

Loxoscelismo cutáneo. Descripción de un caso en la ciudad de Buenos Aires

Cutaneous loxoscelism. Description of a case happened in Buenos Aires city

Mario Valerga¹
Marcela Cugliari²
Angel Colque³

¹Médico Infectólogo Universitario - Servicio de Infectología - Complejo Médico de la Policía Federal Argentina "Churruca - Visca". Ciudad Autónoma de Buenos Aires - República Argentina.

²Médica Infectóloga Universitaria - Servicio de Infectología - Complejo Médico de la Policía Federal Argentina "Churruca - Visca". Ciudad Autónoma de Buenos Aires - República Argentina.

³Médico Infectólogo Universitario - Servicio de Infectología - Complejo Médico de la Policía Federal Argentina "Churruca - Visca". Ciudad Autónoma de Buenos Aires - República Argentina. Complejo Médico de la Policía Federal Argentina "Churruca - Visca": Uspallata 3400.

Rev Panam Infectol 2009;11(1):50-52.

Conflicto de intereses: ninguno

Recibido en 3/4/2008.

Aceptado para publicación en 10/10/2008.

Resumen

El loxoscelismo es una entidad producida por el veneno de las arañas del género *Loxosceles*. Habitualmente ocurre dentro de la vivienda, durante la noche, mientras se duerme, o al vestirse por la mañana. Presenta dos formas clínicas, el loxoscelismo cutáneo, localizado y benigno, y el loxoscelismo cutáneo visceral, generalizado, grave y, en ocasiones mortal. Presentamos un caso de loxoscelismo cutáneo ocurrido en la Ciudad de Buenos Aires, en una persona de 62 años de edad, quien refiere el contacto con una araña, mientras se vestía. El paciente presentaba una lesión necrótica extensa en el dorso del pie derecho. Se realizó tratamiento sintomático con buena respuesta clínica, seguido de injerto cutáneo.

Palabras clave: Loxoscelismo, *Loxosceles laeta*, dermonecrosis.

Abstract

The loxoscelism is an entity produced by the poison of the spider belonging to the *Loxosceles* class. Habitually it happens inside the house, during the night, while the persons is sleeping or dressing in the morning. It is present in two clinical forms, the cutaneous loxoscelism, located and bening type, and the cutaneous visceral loxoscelism, widespread, serious and mortal in occasions. The case presented belongs to cutaneous loxoscelism type. It happened in Buenos Aires City; the patient is male, 62 years old, who informed that contact with the spider occurred while he was dressing himself. The patient of the cased showed a necrotic injury at the back of the right food. A symptomatic treatment was realized, with good clinical results. A cutaneous graft was done later.

Key words: Loxoscelism, *Loxosceles laeta*, cutaneous necrosis.

Introducción

Las arañas el género *Loxosceles* se hallan distribuidas en diversas regiones del mundo. En América Latina la especie más frecuente es *Loxosceles laeta* y, le siguen en importancia, *Loxosceles reclusa* y *Loxosceles rudescens*. *L. laeta* es una araña pequeña, con un tamaño que oscila entre 8 y 15 mm, siendo la

hembra más grande que el macho. Habitualmente, es de color tostado marrón o grisáceo oscuro y presenta un cefalotórax piriforme. En su extremo anterior se ubican tres pares de ojos con una disposición que caracteriza al género *Loxosceles*, constituido por dos pares laterales y uno anterior formando un triángulo. Es una araña solitaria cuyo hábitat es domiciliario, especialmente en rincones altos y sombríos de las habitaciones, detrás de los muebles y cuadros o en los pliegues de la ropa. Teje una tela laxa, algodonosa y sucia que le sirve de refugio durante el día. *L. laeta* no es espontáneamente agresiva para el hombre y solo ataca en defensa propia, aunque la hembra grávida es voraz e irritable.⁽¹⁾

Caso clínico

Paciente de 62 años de edad, de sexo masculino que es admitido en el servicio de Clínica Médica por presentar una lesión necrótica en pié derecho. El paciente, que era residente de la ciudad de Buenos Aires, refería que una semana antes de la consulta, mientras se colocaba sus pantalones, había tenido una sensación punzante sobre la región maleolar externa del miembro inferior derecho. Se retiró la prenda para observar qué había ocurrido y halló una pequeña araña de color parduzco, a la que no le dio importancia. La lesión evolucionó con edema y enrojecimiento local con dolor de tipo urente, que se intensificó con el correr de los días. A las 72 horas de producido el accidente, la zona tomó un aspecto marmóreo y hacia el quinto día comenzó a formarse una escara. Al séptimo día, fue evaluado en el servicio de Ortopedia y Traumatología, donde se le realiza una limpieza quirúrgica de la zona con exéresis de tejido necrótico y se interna. Al examen físico se destacaba una extensa área de necrosis cutánea que abarcaba la cara lateral externa de pierna derecha en su tercio inferior y que se prolongaba al dorso del pié. En algunas zonas presentaba restos de la escara y el fondo era blanquecino y no supurativo (fotos 1 y 2). Los análisis hemáticos, la radiografía torácica y el electrocardiograma, fueron normales. De acuerdo con lo relatado por el paciente y por la evolución clínica de la lesión se interpretó el cuadro como un loxoscelismo cutáneo. Se administró profilaxis antitetánica y se realizó tratamiento con corticoides y limpieza quirúrgica. En cada una de estas intervenciones, recibió antibióticos en forma profiláctica. No se utilizó el suero antiloxoscélico, por el tiempo de evolución de la lesión. El paciente evolucionó favorablemente con delimitación del área necrótica. Previo a su alta nosocomial, fue evaluado por el servicio de Cirugía Plástica con el fin de planificar un injerto cutáneo.



Foto 1. Miembro inferior derecho: vista superior: extensa lesión necrótica cutánea, que abarca parte del dorso del pie y la cara lateral externa de la pierna derecha. En el centro del dorso del pie se observan restos de la escara.



Foto 2. Miembro inferior derecho: vista lateral: extensa lesión necrótica cutánea que abarca dorso del pie y cara lateral externa de la pierna.

Comentarios

El loxoscelismo es un accidente que ocurre habitualmente dentro de la vivienda, durante la noche, mientras se duerma o al vestirse por la mañana.⁽²⁾ El veneno de este género de arañas es una proteína cuyo efecto es dermonecrotico, hemolítico, vasculítico y coagulante. Es más potente en las hembras, en especial durante los meses de verano, ya que el calor alcaliniza al tóxico y torna a la araña más activa.⁽³⁾ El cuadro clínico está determinado por la extensión y la profundidad de la lesión, la cantidad de veneno inyectado y la susceptibilidad individual. El loxoscelismo presenta

dos formas clínicas, una localizada, benigna o de mediana gravedad, denominada loxoscelismo cutáneo (LC) y otra generalizada, grave y en ocasiones mortal llamada loxoscelismo cutáneo visceral, caracterizada por hemólisis masiva, insuficiencia renal y coagulación intravascular diseminada.⁽⁴⁾ El LC suele comenzar con dolor y eritema en la zona afectada, que es seguido por un período de latencia que puede extenderse hasta 24 horas. Pasado este tiempo, aparece intenso dolor de tipo urente y, en el contorno de la lesión, se observan áreas pálidas alternando con otras de color morado.⁽⁵⁾ Esta presentación se denomina placa marmórea por su semejanza con el aspecto del mármol jaspeado. En un 53% de los casos, la enfermedad evoluciona a la necrosis cutánea.⁽⁶⁾ Como forma atípica de presentación, se han comunicado casos de exantema pustuloso.⁽⁷⁾ El diagnóstico de certeza del loxoscelismo se realiza por la identificación de la araña, en tanto que el diagnóstico presuntivo se establece sobre la base de los hallazgos clínicos y epidemiológicos.

El suero antiloxosceles, que neutraliza la actividad letal y dermonecrotica del veneno de *L. laeta*, *L. intermedia* y *L. gaucho*, debería ser el tratamiento de elección.⁽⁸⁾ Sin embargo, en la práctica su uso tiene importantes limitaciones, pues debe ser administrado lo más precozmente posible, dentro de las 4 horas posteriores al accidente, ya que la acción del veneno es tan rápida que una vez establecido el daño, la evolución posterior de las lesiones es el simple progreso de las secuelas.⁽⁹⁾ Se ha comunicado el uso de parches de nitroglicerina, vitamina C en altas dosis, heparina, esteroides y dapsona para delimitar el área de necrosis cutánea, con resultados variables.⁽¹⁰⁾ Se ha demostrado que las tetraciclinas reducen la progresión de la lesión dermonecrotica, por lo que se han propuesto como un efectivo agente terapéutico en casos de loxoscelismo cutáneo.⁽¹¹⁾ El tratamiento local, incluye el aseo de las lesiones y extracción de fragmentos necróticos y administración antibióticos por vía intravenosa y antisépticos locales, en caso de sobreinfección bacteriana.⁽¹²⁾ Si la lesión es profunda o extensa, debe contemplarse el injerto cutáneo, con el objeto de obtener una cicatrización adecuada.⁽¹³⁾

Referencias

1. Benavides M, Mondaca X. Tratamiento del loxoscelismo cutáneo con dapsona. Rev Med Chil 1990;118:1247-50.
2. Pommier P, Rollard C, De Haro L. Spider bites: araneidism of medical importance. Press Med 2005 Jan 15;34(1):49-56.
3. De Oliveira KC, Gonçalves de Andrade RM, Piazza RM, Ferreira JM, Van den Berg CW, Tambourgi DV. Variations in *Loxosceles* spiders venom composition and toxicity contribute to the severity of envenomation. Toxicon 2005 Mar 15;(4):421-9.
4. Zambrano A, González J, Callejas G. Severe loxoscelism with letal outcome. Report of one case. Rev Med Chil 2005 Feb;133(2):219-23.
5. Ríos JC, Pérez M, Sánchez P, Bettini M, José Mieres J, Paris E. Prevalence and epidemiology of *Loxosceles laeta* bite. Analysis of consultations to a poison control center. Rev Med Chil 2007 Sep;135(9):1160-5.
6. Malaque CM, Castro-Valencia JE, Cardoso JL, Franca FO, Barbero KC, Fan HW. Clinical and epidemiological features of definitive and presumed loxoscelism in São Paulo, Brazil. Rev Inst Med Trop São Paulo 2002 May-Jun;44(3):139-43.
7. Davidovici BB, Pavel D, Cagnano E, Rozenman D, Halevy S. EuroSCAR; RegiSCAR study group. Acute generalized exanthematous pustulosis following a spider bite: report of three cases. J AM Acad Dermatol 2007 Jun;56(6):1063-4.
8. Bardaro KC. Biological, immunochemical and biochemical characterization of venoms of spiders of the genus *Loxosceles*. J Venom Anim Toxins 1997;3(1):53.
9. Cardoso JL, Fan HW, Franca F. Detection by enzyme immunoassay of *Loxosceles gaucho* venom in necrotic skin lesions caused by spider bites in Brazil. Trans Roy Soc Trop Med and Hyg 1990;84:608-9.
10. Mold JW, Thompson DM. Management of brown recluse spider bites in primary care. J Am Board Fam Pract 2004 Sep-Oct;17(5):347-52.
11. Paixão-Cavalcante D, Van den Berg CW, Gonçalves de Andrade RM, Fernández-Pedrosa M de F, Okamoto CK, Tambourgi DV. Tetracycline protects against dermonecrosis induced by *Loxosceles* spider venom. J Invest Dermatol 2007 Jun;127(6):1410-8.
12. Pagac BB, Reiland RW, Bolesh DT, Swanson DL. Skin lesions in barracks: consider community – acquired methicillin – resistant *Staphylococcus aureus* infection instead and their of spider bites. Mil Med 2006 Sept;17(9):830-2.
13. Farace F, Lissia M, Mele A, Masia DR, Rubino C. Local cutaneous arachnidism: a report of three cases and their management. J Plast Reconstr Surg 2006;59(2):197-201.

Correspondência:

Mario Valerga

Domicilio postal: Virrey Liniers 1424 (CP C1241ABF)
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina.
e-mail: mvalerga@fibertel.com.ar