

# Loxoscelismo cutáneo-visceral: Evidencia fotográfica

**Marcela González G.**

**Cristóbal Ravest I.**

*Internos carrera de Medicina. Universidad de los Andes.*

**Dra. María Soledad Carreño P.**

*Médico internista. Hospital clínico*

*Universidad de Chile.*

*Clínica Dávila.*

Correspondencia a:

Marcela Carolina González González

Dirección postal: Las perdices 0123 casa 32 La Reina, Santiago, Chile.

E-mail: marcelagonzalez@starmedia.com

## RESUMEN

El loxoscelismo es una patología frecuente en Chile. Existen dos formas clínicas descritas, la forma cutánea y cutáneo-visceral. Esta última puede tener consecuencias graves, incluso provocar la muerte. En el presente, describiremos a un paciente de 26 años de edad que desarrolla un cuadro típico de loxoscelismo cutáneo-visceral. Haremos énfasis en las características de la lesión, con apoyo fotográfico de las mismas, con el fin de orientar al cuerpo médico a reconocer y diagnosticar el cuadro. Finalmente procederemos a revisar los principales puntos en discusión acerca del tratamiento, haciendo referencia al suero antiloxosceles, el cual ha sido

## QVISCEROCUTANEOUS LOXOSCELISM, PHOTOGRAPHIC EVIDENCE

materia de debate en algunos centros médicos de nuestro país.

**Palabras clave:** loxoscelism, *loxosceles laeta*, spider, Chile.

## CASO CLÍNICO

Paciente hombre de 26 años de edad, sin antecedentes mórbidos de importancia. Habita en un primer piso de un departamento de Santiago. Al levantarse por la mañana, presenta una sensación de picadura en la zona pectoral izquierda, al sacudir su ropa, logra identificar una araña la cual guarda (Figura 1). Consulta inmediatamente, recibiendo 300 mg de Hidrocortisona intravenosa y solución fisiológica. Se indica Betametasona-Dextroclorfenamina (Cobefen®) como tratamiento ambulatorio cada 8 horas.

Al día siguiente, nota mayor eritema en la zona, asociado a leve ardor local. La lesión aumenta de diámetro de 1 a 10 cm. Consulta nuevamente, indicándose Flucloxacilina 500 mg cada 8 horas, Cobefen® y Prednisona 5 mg cada 8 horas por 3 días.

A los 4 días, nota mayor tamaño de la lesión con una coloración violácea en el centro, además de dos lesiones satélites de menor tamaño, una de aproximadamente 5 centímetros de diámetro localizada en hipocondrio izquierdo y otra de unos 3 centímetros de diámetro en la línea axilar posterior. Se agraga sensa-

ción febril no cuantificada, sudoración, orinas oscuras y el dolor se hace urente, más intenso. Motivo por el cual consulta, decidiéndose su hospitalización.

Ingresa con signos vitales normales, afebril, levemente icterico. Eritema facial. En región pectoral izquierda, se observa una placa eritematosa, indurada, bien delimitada, con áreas pálidas, de 25 por 15 centímetros de diámetro de centro violácea (placa liveoide). Se observan ampollas con contenido serohemático y dos lesiones satélite eritematosas en hipocondrio izquierdo y línea axilar posterior de 5 y 2 centímetros de diámetro respectivamente (Figuras 2 y 3). No se palpan adenopatías regionales. Resto del examen físico sin alteraciones. Dentro de los exámenes de laboratorio, destaca hemograma normal, función renal normal, electrolitos plasmáticos normales, PCR elevada 4 mg/dl (límite máximo 1 mg/dl), hiperbilirrubinemia de predominio indirecto (total: 4,5 mg/dl; indirecta 4,2 mg/dl), LDH elevada (1.165 U/L), SGOT levemente elevada (69 U/L). Análisis bioquímico de orina: Hemoglobina ++. Sedimento sin alteración. Ecografía abdominal normal. Ingresa con el diagnóstico de loxoscelismo cutáneo-visceral realizándose tratamiento con hidratación abundante, Hidrocortisona intravenosa, Betametasona local y Flucloxacilina oral. Evoluciona en buenas condiciones generales, las lesiones disminuyen en diámetro delimitándose un área violácea de 2 cm de diámetro. La bilirrubinemia se nor-

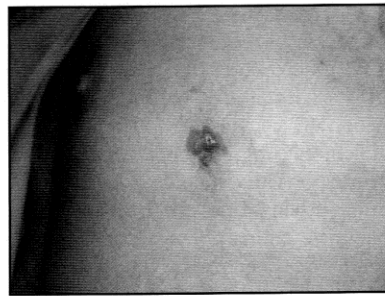
maliza y el hematocrito cae de 43,7% a 38,8%. No se evidenció deterioro de la función renal. Es dado de alta a los 4 días con corticoides orales como tratamiento. En control a los 7 días post alta, se ve una gran disminución del área afectada, quedando una mínima zona de induración de 7 x 7 centímetros (Figura 4).



**Figura 1.** *Loxosceles laeta*. Dos arañas guardadas por paciente. La de mayor tamaño produjo la lesión. Nótese su color pardo, cefalotórax piriforme y abdomen más oscuro, características propias de *loxosceles laeta*.



**Figura 2.** Placa liveloide. Lesión de 25 por 15 cm de diámetro con 2 lesiones satélite de menor tamaño. Áreas pálidas, eritematosas, ampollas equimóticas dentro de la misma lesión, lo que demuestra las distintas alteraciones vasculares que produce el veneno.



**Figura 3.** Detalle de la lesión. Imagen que muestra en detalle el centro de la placa. Lesión color violácea con lesiones ampollares.



**Figura 4.** Control 7 posterior al alta. Gran disminución del área afectada, con una mínima zona de induración de 7 x 7 centímetros.

## COMENTARIO

Nuestro objetivo es describir con detalle las lesiones producidas por *loxosceles laeta* con fin de orientar al cuerpo médico sobre esta patología. Este arácnido en su estado adulto mide entre 8 y 15 mm de longitud y sus patas entre 8 y 30 mm. Es café pardo cubierta por abundantes pelos. Posee 2 segmentos fácilmente reconocibles; cefalotórax y abdomen. El cefalotórax es piriforme, con 3 pares de ojos que forman un triángulo, lo que caracteriza a este género<sup>1</sup>. El abdomen es más oscuro que el cefalotórax. Es principalmente doméstica, encontrándose en rincones, entretechos, detrás de cuadros, guardarrupas, pren-

das de vestir colgadas en paredes, estantes y cara inferior de muebles donde teje su tela y deposita sus huevos en capullos<sup>2</sup>. También ha sido encontrada en troncos de árboles y desperdicios diversos<sup>3</sup>. Tiene hábitos nocturnos, por lo tanto, la mayoría de los accidentes ocurre durante la noche mientras el paciente duerme o en el momento de vestirse. Sólo ataca en defensa propia. Esto puede ocurrir en cualquier estación del año aunque presenta mayor incidencia durante primavera y verano.

Su veneno posee actividad cutáneo-necrotizante, hemolítica, vasculítica y

coagulante. En el sitio de inoculación produce precozmente una endotelitis y trombosis de los pequeños vasos de la dermis, con infiltrado inflamatorio y hemorragia determinando isquemia local lo que permite explicar las lesiones cutáneas características<sup>4</sup>. Si alcanza la circulación sistémica por inoculación directa o por alteración en la permeabilidad capilar ejerce gran poder hemolítico lo que es central en la fisiopatogenia del loxocelismo cutáneo-visceral. Se disemina rápidamente por lo cual el tiempo entre la inoculación y el inicio de los síntomas es breve. Se ha observado también edema, congestión, hemorragia y

## CASO CLÍNICO

erosiones de la mucosa gastrointestinal, lo que limita la terapia por vía oral. La cantidad de veneno inyectada por la araña es mayor mientras mayor sea el tiempo ayuno de ésta.

Siempre se presenta una lesión local en el sitio de la mordedura pudiendo presentarse de dos formas clínicas: loxoscelismo cutáneo (LC) en 81,2% de los casos y loxoscelismo cutáneo-visceral (LCV) o sistémico en 18,8%<sup>4</sup>. El LC generalmente se inicia con una sensación de lancetazo urente en el sitio afectado o con fuerte prurito que en pocas horas adquiere características de dolor franco y progresivo. Puede evolucionar a dos tipos diferentes de lesiones cutáneas: el loxoscelismo cutáneo necrótico, que es más frecuente, y el loxoscelismo cutáneo edematoso<sup>5</sup>.

El loxoscelismo cutáneo necrótico aparece en el transcurso de las primeras 24 a 48 horas como una placa violácea con zonas isquémicas pálidas y áreas hemorrágicas. Esto es lo que se ha denominado "placa liveloide". Su extensión y profundidad son variables. Sobre ésta pueden haber vesículas o ampollas con contenido seroso o hemorrágico. La lesión se encuentra sobre una base indurada por la infiltración inflamatoria y edematosa, encontrándose rodeada por un área de intenso eritema. Al pasar los días se transforma en gangrena seca, disminuye el área eritematosa, el dolor se atenúa, oscureciéndose y delimitándose la zona necrótica, la cual termina por desprenderse al cabo de 15 días o más. Si lo hace lentamente da lugar sólo a una zona depigmentada. Por el contrario, si es abrupto puede producir una úlcera que puede cicatrizar tórpida requiriendo incluso reparación quirúrgica mediante injertos.

En el loxoscelismo cutáneo edematoso predomina un edema deformante en la zona afectada con menos necrosis y eritema. Se produce principalmente en accidentes faciales. Presenta mejor pro-

nóstico estético que la forma necrotizante.

En el LC, las manifestaciones clínicas generales son de poca importancia. Puede haber febrículas, malestar general y angustia, es rara la infección secundaria y, por lo general, no hay adenopatías regionales. Los exámenes de laboratorio se alteran muy raramente.

El Loxoscelismo cutáneo-visceral es un cuadro grave cuya mortalidad alcanza un 19,1% en estudios chilenos<sup>3</sup>. Se inicia de la misma manera que los cuadros cutáneos, agregándose una hemólisis masiva que ocurre durante las primeras 24 a 48 horas de evolución. Presenta fiebre alta y sostenida (40° C), anemia violenta y progresiva, ictericia marcada y orinas oscuras debido a hemoglobi-nuria y hematuria que puede llegar a oliguria y anuria por insuficiencia renal aguda. Se puede agravar rápidamente con compromiso de conciencia, coma y muerte. Los exámenes de laboratorio muestran anemia hemolítica, leucocitosis con plaquetas normales o disminuidas. La protrombinemia se encuentra baja y el TTPK se prolonga. Aparece hiperbilirrubinemia de predominio indirecto y puede haber una elevación de transaminasas. Podemos encontrar hematuria, hemoglobi-nuria y albuminuria. Hay hiperkalemia debido a la destrucción celular masiva, produciendo trastornos de la conducción cardíaca<sup>5</sup>.

El cuadro es más grave en niños. En una serie pediátrica de 56 pacientes, se encontró que la proporción de casos de LCV fue mayor que en la serie que posee pacientes de todas las edades (32,1% versus 18,8%)<sup>3,4</sup>.

Las manifestaciones clínicas propias de LCV se presentan en la mayoría de los casos (73,5%) en las primeras 6 horas de ocurrido el accidente. Nuestro paciente presenta una lenta evolución siendo hospitalizado al sexto día de ocurrido el accidente. Lo más probable es

que esto se deba a que recibió tratamiento con corticoides intravenoso inmediatamente después de ocurrido el accidente y se mantuvo con corticoides más antihistamínico vía oral el resto del tiempo previo a su hospitalización.

Las muertes se limitan casi exclusivamente a los casos de loxoscelismo cutáneo-visceral que cursan con anemia hemolítica masiva asociada a insuficiencia renal aguda.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Si predominan los signos locales con escasa repercusión general, lo más probable es que se trate de un LC. La aparición precoz de un síndrome hemolítico determina la aparición de un cuadro visceral. Es importante examinar bajo lupa simple los restos de la araña ya que esto facilita el diagnóstico. Siempre se debe evaluar el curso clínico del cuadro durante las primeras 48 horas ya que no se sabe quién desarrollará LCV además que la extensión del compromiso cutáneo no se relaciona con la afectación sistémica. La aparición de hemólisis, ictericia, fiebre alta y orina oscura orientan a LCV.

La consulta precoz es clave. Los casos fatales en la mayoría de los casos corresponden a pacientes que fueron tratados después de 24 horas de ocurrido el hecho.

El tratamiento consiste en antihistamínicos y/o corticoides por vía parenteral. Esto ha demostrado acción antiinflamatoria general en LC. En casos de LCV se debe hospitalizar al paciente.

El suero antiloxosceles es una mezcla de anticuerpos que se ligan a los componentes del veneno y los inactiva. Se obtiene de animales, principalmente, caballos inmunizados con pequeñas cantidades de veneno. Un trabajo reciente de la Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud del 2002<sup>6</sup> concluye que no existe evidencia directa derivada de

estudios controlados sobre la efectividad del suero antiloxosceles en seres humanos. Los casos publicados no muestran evidencia de efecto protector y se ha observado fallecimiento de pacientes y desarrollo de úlceras necróticas aún con la utilización de suero. Evidencia en animales e *in vitro* demostró una disminución en la actividad dermonecrótica si se administraba precozmente. Esto podría explicarse ya que el veneno inyectado luego de la mordedura actúa en forma rápida, adheriéndose a las células y dejando de circular, por lo tanto, el suero actuaría sólo si se administra antes que esto suceda. Estudios *in vitro* sugieren que no previene la acción hemolítica, por ende, la presencia de un

LCV no sería per sé indicación para su uso. Toda esta evidencia sugiere que se limite la utilización del suero a actividades experimentales y no a terapia de rutina. Es importante informar adecuadamente a la población para evitar falsas expectativas.

#### REFERENCIAS

- 1.- PARRA D, TORRES M, MORILLAS J et al. *Loxosceles laeta*, identificación y mirada bajo microscopía de barrido. *Parasitol Latinoam* 2002; 57: 75-8.
- 2.- SCHENONE H. A propósito del loxoscelismo en Chile. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 121-2.
- 3.- SCHENONE H. Cuadros tóxicos producidos por mordeduras de araña en Chile. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 437-44.
- 4.- SCHENONE H, RUBIO S, SAAVEDRA T et al. Loxoscelismo en pediatría. Región Metropolitana, Chile. *Rev. chil. pediatr* 2001; 72: 100-9.
- 5.- REYES H, NOEMI I, GOTTLIEB B. Arácnidos y otros animales ponzoñosos. En: ATÍAS A. *Parasitología clínica*. 3° Ed. Santiago: Editorial mediterráneo; 1991. p 553-65.
- 6.- ARAUJO M, KRAEMER P, OTAÍZA F. Efectividad del suero antiloxosceles, síntesis de evidencia. 2004. Disponible en la World Wide Web en: [http://www.minsal.cl/ici/calidad\\_prestadores/ara%F1a2004.pdf](http://www.minsal.cl/ici/calidad_prestadores/ara%F1a2004.pdf)