

Loxoscelismo: presentación de un caso cutáneo-visceral con resolución favorable

Loxoscelism: report of a viscerocutaneous case with favorable resolution

Dra. Silvia Cabrerizo^a, Dra. Patricia C. Docampo^a, Dra. Cristina Cari^a, Dra. María Ortiz de Rozas^a, Dr. Mariano Díaz^a, Dr. Adolfo de Roodt^b y Dr. Osvaldo Curci^t

RESUMEN

El loxoscelismo es una patología producida por picadura de arañas del género *Loxosceles* que en nuestro país está representado principalmente por *L. laeta*. Se caracteriza por necrosis cutánea y, en un bajo porcentaje, se acompaña de manifestaciones sistémicas que pueden conducir a la muerte. El objetivo de esta presentación es dar a conocer el caso clínico de un paciente de 6 años que desarrolló loxoscelismo cutáneo-visceral con buena evolución.

Palabras clave: arañas, *Loxosceles laeta*, antiveneno *Loxosceles*, loxoscelismo.

SUMMARY

Loxoscelism is a disease caused by the bite of spiders belonging to *Loxosceles* genus, represented in our country by *L. laeta*. It is characterized by necrosis of the skin, accompanied in variable percentage by systemic manifestations that can lead to the death. The objective of this presentation is to report the case of a 6-year-old patient who developed visceral cutaneous loxoscelism with favourable resolution.

Key words: spiders, *Loxosceles laeta*, *Loxosceles antivenom*, *Loxoscelism*.

INTRODUCCIÓN

Los accidentes por picaduras de arañas del género *Loxosceles*, ocupan a nivel nacional e internacional junto con las del género *Latrodectus* los primeros lugares en cuanto a su peligrosidad.¹ Ambas son capaces de producir la muerte en el ser humano.² El loxoscelismo es una entidad poco frecuente en pediatría y potencialmente letal, con una mortalidad que puede superar el 17%.³ El objetivo de esta publicación es dar a conocer un caso clínico de loxoscelismo, para brindar al pediatra la oportunidad de ver su evolución documentada fotográficamente para reconocerla precozmente, de modo de poder instaurar el tratamiento adecuado.

- a. Centro Nacional de Intoxicaciones.
b. Instituto Nacional de Producción de Biológicos - ANLIS. Ministerio de Salud de la Nación.

Correspondencia:

Dra. Silvia Cabrerizo: silviacabrerizo30@hotmail.com

CASO CLÍNICO

Paciente de 6 años, previamente sano, derivado a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) por lesión necrohemorrágica abdominal, secundaria a picadura de causa desconocida ocurrida 26 h antes, fiebre y vómitos. Ingresó en mal estado general, sudoroso, mal perfundido, taquicárdico (144 lat/min), taquipneico (frecuencia respiratoria: 26/min.), hipotenso (tensión arterial media: 49 mmHg) hipóxico (SO₂: 90%), temperatura axilar: 38 °C.

Se constata lesión en hemiabdomen izquierdo con características de placa heterogénea, rojo violácea, con zonas pálidas y equimóticas, de bordes delimitados, con edema y eritema perilesional que se extiende a región dorsal, doloroso a la palpación (Foto 1).

El laboratorio de ingreso muestra parámetros de insuficiencia renal (urea: 0,43 g/l; creatinina: 1,6 mg/dl), hematuria, hemoglobinuria, proteinuria y cilindros granulosos. Presenta además, hiperglucemia (glucemia: 1,36 g/l), acidosis metabólica normoclorémica (pH: 7,33 / paO₂: 28 mmHg / paCO₂: 46 mmHg / bicarbonato: 14,5 mEq/l / saturación O₂: 77% / ionograma: 136/3,6/102 mEq/l) con aumento de anión restante (AR: 21,5), ácido láctico.

FOTO 1. Placa marmórea, 36 h de evolución



tico: 2,6 mmol/l, leucocitosis (glóbulos blancos: 23.200 /mm³), proteína C reactiva: 12,1 mg/dl, hematocrito: 41%, plaquetas normales, alteración del coagulograma (tiempo de protrombina: 25,6, actividad: 21% KPTT: 61,5, RIN: 1,76) y frotis con esquistocitos y esferocitos.

Se realizan medidas de sostén; requiere expansiones con solución fisiológica, coloides y corrección de la acidosis metabólica con bicarbonato de sodio. Se medica con ceftriaxona, clindamicina y amikacina, previa toma de hemocultivos, urocultivo y cultivo de la lesión. Se administra vitamina K.

Por las características de la lesión, la epidemiología compatible (el paciente refiere una picadura al transportar unos leños y apoyarlos en el abdomen) y la alteración de los valores de laboratorio se decide realizar tratamiento con 2 ampollas de antiveneno *Loxosceles* (Instituto Nacional de Salud, Lima, Perú), interpretándose el cuadro como loxoscelismo cutáneo-visceral. Se indica, además, prednisona y analgésicos.

EVOLUCIÓN

El paciente permanece hemodinámicamente estable luego del tratamiento inicial sin requerir inotrópicos. Presenta mejoría del coagulograma y de la función renal luego de recibir el antiveneno y tres dosis de vitamina K. Presenta aumento de LDH, con valor máximo al 5° día (440 U/l) pero no se acompaña de incremento de bilirrubina. Desde el tercer día se mantuvo afebril con urocultivo y hemocultivos negativos, aislándose *Streptococcus pyogenes* en el cultivo de la lesión. Cumple 9 días de antibióticos endovenosos y continúa con amoxicilina clavulánico durante 14 días.

Con respecto a la lesión, al 4° día se circunscribe, remite el edema inflamatorio perilesional y comienza a aparecer necrosis central, que evoluciona a una escara necrótica bien delimitada al octavo día (Foto 2). La escara se desprende por los bordes y deja una úlcera con fondo de granulación.

Después de 11 días de internación se otorga el alta hospitalaria; presenta trazas de proteínas en orina como único hallazgo patológico. Se indica control por el Servicio de Cirugía Plástica para tratamiento local y por el servicio de Toxicología.

En el seguimiento clínico, presenta caída de la escara. En el control a los tres meses se observa cicatrización queiloide (Foto 3) y desaparición de la proteinuria.

DISCUSIÓN

El paciente consulta por una lesión livedoide en hemiabdomen izquierdo, dolorosa, de un día de evolución y deterioro importante del estado general. Por interrogatorio dirigido se rescata antecedente de picadura 26 h previas al ingreso. Presenta alteración de la función renal, esquistocitos en el frotis, hematuria, hemoglobiuria y proteinuria con cilindros granulados. Se interpreta el cuadro como loxoscelismo cutáneo visceral, por lo que se indica el antiveneno. Evoluciona favorablemente y normaliza la función renal a las 24 h sin presentar signos ni parámetros de hemólisis.

Se aísla *Streptococcus pyogenes* del cultivo de la lesión, por lo que como diagnóstico diferencial se plantea la fascitis necrozante. Esta entidad se presenta con mayor frecuencia en pacientes con factores predisponentes (diabetes, tratamiento con corticoides) y se caracteriza por un cuadro cu-

FOTO 2. Escara necrótica, 8 días de evolución



FOTO 3. Cicatriz queiloide al tercer mes de la picadura



táneo inicial similar al loxoscelismo; a diferencia de éste, presenta anestesia de la piel afectada por destrucción de nervios superficiales que precede al desarrollo de la necrosis y requiere resolución quirúrgica.⁴⁻⁶ El paciente presenta dolor local durante la evolución de la enfermedad y lesión necrótica hemorrágica gravitacional que se delimita a una escara sin requerir debridamiento quirúrgico, pero cumple catorce días de tratamiento antibiótico. La necrosis hemorrágica gravitacional es típica del loxoscelismo y en ella tendría importante participación la presencia de hialuronidasas como factor de dispersión.⁷ Para el diagnóstico de certeza no se pudo identificar el arácnido ni detectar el veneno o anticuerpos contra él. Estas técnicas, en otros países, se han realizado en protocolos de investigación; sin embargo, en el mundo no están disponibles a nivel asistencial.⁸

El antecedente de picadura, la evolución clínica con tratamiento conservador y antiveneno específico apoyan el diagnóstico de loxoscelismo cutáneo visceral. Por otro lado, se pone de manifiesto la utilidad de la aplicación temprana del antiveneno en los casos de loxoscelismo. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Saracco AS, de Roodt AR. Incidentes por animales ponzoñosos. Latrodectismo. Boletín de la Asociación Toxicológica Argentina 2007;76: 35- 39.
2. Martino O, Mathet H, Masini R, et al. Araneismo por *Loxosceles* (loxoscelismo). En: Emponzoñamiento humano provocado por venenos de origen animal. Estudio epidemiológico, clínico y experimental. Buenos Aires, Ministerio de Bienestar Social de La Nación, Secretaría de Estado de Salud Pública, 1979:19-68
3. Zavaleta Martínez-Vargas A. Loxoscelismo, un problema de salud en el Perú. *Bol Of Sanit Panam* 1987;103: 378-86.
4. Peter G, Hay C, Halsey N, et al. Infecciones por Estreptococos del grupo A. En: Red book. Enfermedades infecciosas en Pediatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 1999;3: Págs. 229-232
5. Celulitis e infecciones del tejido subcutáneo. En: Swartz Morton, Mandell GL, Bennett J y Dollin R. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Buenos Aires: Editorial Panamericana. 2002;78: Págs. 1277-1278.
6. Parra D, Torres M. Loxoscelismo: una patología vigente. *Pediatría al día* 2000;16:178-183.
7. Barbaro KC, Costa Cardoso JL. Mecanismo de ação do veneno de *Loxosceles* e aspectos clínicos do loxoscelismo. En: Costa Cardoso JL, Siqueira Franca FO, Fan Hui W, et al. Animais Peconhentos no Brasil. Biología, Clínica e Terapêutica dos Acidentes. San Pablo: Sarvier Editora; 2003.16: Págs. 160-172.
8. de Roodt AR, Salomón OD, Orduna TA, et al. Envenenamiento por arañas del género *Loxosceles*. *Medicina (B. Aires)* 2002;62:83-94.