

# Loxoscelismo cutáneo.

## A propósito de un caso clínico

Dres. Raquel Baldovino <sup>1</sup>, Nibya Moreira <sup>2</sup>, Alicia Fernández <sup>1</sup>, Araní Ferré <sup>1</sup>, Mónica Guerra <sup>1</sup>, Julio Jaureguiberry <sup>1</sup>, Sergio Payssé <sup>1</sup>, Beatriz Romero <sup>1</sup>, Hector Telechea <sup>1</sup>, Jorge Quián <sup>3</sup>

### Resumen

*Loxosceles laeta es una araña de distribución mundial y la necrosis cutánea caracteriza a su mordedura. Las formas sistémicas son de baja frecuencia pero alta mortalidad. El diagnóstico es de sospecha ante una lesión intensamente dolorosa o por la identificación del arácnido. La recomendación para la utilización de suero antiloxosceles no es uniforme. En este artículo reportamos un caso de loxoscelismo a forma cutáneo necrótica que requirió cirugía de debridamiento temprano y con buena evolución. El objetivo es concientizar a los pediatras de la existencia de esta entidad que sólo será diagnosticada tempranamente si pensamos en ella, lo que permitirá el oportuno y adecuado abordaje del paciente.*

**Palabras clave:** ARACNIDISMO  
ARÁCNIDOS  
VENENOS DE ARAÑA  
LOXOSCELES LAETA

### Summary

*Loxosceles is a spider of global distribution. It is responsible for skin necrosis that in a low percentage is accompanied by systemic manifestations, its mortality can be high. Diagnosis is associated with localized painful injuries or by identification of the spider. Recommendation for the use of serum antiloxosceles is not uniform. In this article we report a case of cutaneous necrotic loxocelism that required surgery with favourable resolution. The goal is to raise awareness for pediatricians of the existence of this entity that it will only be diagnosed very early if we think of it, that will allow a timely and appropriate approach to the patient.*

**Key words:** ARACHNIDISM  
ARACHNIDA  
SPIDER VENOMS  
LOXOSCELES LAETA

1. Médico pediatra intensivista. Unidad de Cuidados intensivos. Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

2. Licenciada, Supervisora de enfermería. Unidad de Cuidados intensivos. Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

3. Médico Pediatra Intensivista, Jefe de Servicio. Unidad de Cuidados intensivos. Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

Fecha recibido: 17 de agosto 2012.

Fecha aprobado: 7 de noviembre 2012.

## Introducción

Las arañas del género *Loxosceles* son de distribución mundial y viven cercanas o dentro de las viviendas, lo que aumenta las posibilidades de contacto con el hombre. En Sudamérica existen más de 30 especies de *Loxosceles*, siendo *L laeta* la de mayor importancia médica. El cuadro clínico causado por la mordedura de las diferentes arañas de esta especie, se engloba en la entidad nosológica conocida como loxoscelismo, que en algunos países es un verdadero problema de salud pública<sup>(1,2)</sup> como sucede en algunas regiones de Argentina, Brasil, Perú y Chile. En el caso de este último y de acuerdo a los datos publicados, en el año 2005 el Centro de Información Toxicológica de la Universidad de Chile atendió 2831 llamados sobre pacientes con sospecha de loxoscelismo de los que se confirmaron 287<sup>(3)</sup>. En Brasil son reportados aproximadamente 10.000 casos de loxoscelismo anualmente<sup>(4)</sup>. En esta parte del continente *Loxosceles laeta*, *Loxosceles intermedia* (Brasil, Argentina) y *Loxosceles gaucho* (Brasil), son las especies más frecuentemente reportadas como causantes de loxoscelismo, siendo *L Laeta* las de mayor peligrosidad por su veneno.

La primera descripción de *Loxosceles laeta* se adjudica a Nicolet (1849)<sup>(5)</sup>, pero los primeros casos de loxoscelismo por esta araña fueron descritos en Chile por Machiavello quien lo denominó “Mancha gangrenosa de Chile”<sup>(6)</sup>.

En nuestro país, *Loxosceles laeta* es una especie ampliamente distribuida<sup>(7)</sup>. Según datos del año 2005 del Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIAT) y publicados en la prensa, se registran anualmente once mil consultas por envenenamiento a causa de sustancias tanto artificiales como biológicas y 150 de éstas (1,5%) son por ponzoña de arácnidos<sup>(8)</sup>. Es importante destacar que el arañismo es siempre accidental, y no consecuencia de la actividad normal de una araña.

Para el caso de *Loxosceles laeta*, a la que nos referimos en este artículo, el nombre procede del griego “loxos” (“curva”) y “kelos” (patas). El tamaño del cefalotórax de un ejemplar adulto es 7 a 15 mm y el que sumado a las patas alcanza frecuentemente los 30 mm de longitud. El color del cefalotórax y de sus patas es marrón, en su cara dorsal presenta una depresión más oscura en forma de violín y el abdomen es pardo negruzco (figura 1). El elemento morfológico característico del género *Loxosceles* es la disposición en V de los tres pares de ojos. Cohabitan con el hombre detrás de muebles, cuadros u otros objetos que se movilizan ocasionalmente, dentro de roperos o también en las grietas de las paredes. La tela es blanquecina, algodonosa, desordenada, irregular, laxa, sucia, diferente a la ooteca, estructura redondeada, también hecha de tela donde la hembra deposita sus hue-



Figura 1. *Loxosceles laeta*

vos. No es agresiva, huye del hombre. Los accidentes se producen al vestirse, cuando se encuentra dentro de la ropa, durmiendo cuando la cama está en contacto con la pared o al colocar la mano detrás de muebles, pilas de madera u otros objetos en los que ésta se encuentra. Por el aspecto morfológico, el lugar que habita y el efecto de su mordedura, ha recibido diferentes denominaciones: “marrón, de los rincones, del violín y asesina”<sup>(9)</sup>.

El veneno que produce esta araña, de escasa cantidad, está constituido por diversos componentes, pero la esfingomielinasa D (SMD) es la responsable de la actividad tóxica del mismo, que tiene acción dérmica necrotizante, hemolítica, coagulante y vasculítica<sup>(10,11)</sup>.

El loxoscelismo es un cuadro tóxico producido por el veneno que inyectan arañas del género *Loxosceles* en el momento de la mordedura. Dicho cuadro puede presentarse bajo dos formas bien definidas: loxoscelismo cutáneo la más frecuente y loxoscelismo cutáneo-visceral o sistémico, menos frecuente y más grave<sup>(12)</sup>.

Si bien es poco frecuente esta injuria ponzoñosa en pediatría, es potencialmente letal con una mortalidad que puede llegar al 17% en las formas sistémicas. En las formas cutáneas la resección de las zonas necróticas lleva a realizar limpiezas quirúrgicas que determinan en la mayoría de los casos graves cicatrices<sup>(2)</sup>.

El objetivo de esta publicación es presentar un caso clínico de loxoscelismo, su forma de presentación y la evolución, destacando la importancia del diagnóstico para realizar un tratamiento oportuno.

## Caso clínico

Niña de 1 año 7/12, antecedentes ambientales de mudanza reciente a una casa que no habían podido limpiar adecuadamente. Sin antecedentes familiares ni personales a destacar. Correctamente alimentada, bien inmunizada. Buen crecimiento y desarrollo. Controlada en salud por pediatra. Consulta e ingresa derivada desde una Institución de Asistencia Médica Colectiva de Montevideo a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos



**Figura 2.** Se observa el aspecto marmóreo característico de esta lesión. Zonas de isquemia y zonas de hemorragia.

(CIP) por edema doloroso de aspecto marmóreo en pierna izquierda. En lo inmediato tenía el antecedente en las 24 horas previas de la aparición de una única máculo pápula pequeña, de 2x2 cm, eritematosa e intensamente dolorosa en cara anterior de la rodilla izquierda, que los padres interpretan como probable picadura, por la que consultaron. Llanto continuo, se niega a pararse, caminar y alimentarse. No calma con el pecho directo ni en brazos. Valorada por médico, resta importancia a la misma siendo enviada a domicilio sin tratamiento. No fiebre, no vómitos. Micciones y deposiciones mantenidas.

Ingresa con buen estado general, llanto enérgico que impresiona por dolor que no calma en brazos de su mamá, con quien lo hace habitualmente al recibir pecho directo. Presenta importante tumefacción de rodilla, pierna y muslo izquierdos con características de placa heterogénea, con zonas pálidas, lívidas y otras equimóticas, de bordes delimitados, con edema y eritema perilesional, que compromete la totalidad de la circunferencia, estando el pie cálido y los pulsos presentes. Ampolla en cara posterior de muslo (figura 2). Saturación de O<sub>2</sub> 100%, ventilando espontáneamente al aire. Palidez cutánea mucosa. Taquicardia sinusal de 130 pm, ruidos bien golpeados, pulsos presentes en los cuatro miembros. Cifras tensionales en percentiles para edad y sexo. Tiempo de recoloración 2 s, siendo el resto del examen normal.

Hemograma: anemia con Hb 9 g/dl; Ht 29%; leucocitosis 8.900 elementos/mm<sup>3</sup>, 50% neutrófilos, plaquetas 380.000 elementos/mm<sup>3</sup>. PCR 100 mm. Crasis sanguínea, funcionalidad hepática y renal normales.

Por las características de la lesión, la epidemiología compatible (se habían mudado a una casa que no habían podido limpiar adecuadamente, con piso de madera en el que la niña se encontraba gateando), aun no habiéndose



**Figura 3.** Lesiones necróticas

encontrado el ejemplar y con exámenes de laboratorio que no muestran compromiso sistémico, se realiza diagnóstico de loxoscelismo cutáneo.

Se coloca vía venosa periférica y se inicia clindamicina previa toma para hemocultivo. Pecho directo. Analgesia con pirazolónicos y ketoprofeno, agregándose clorfeniramina y corticoides. Se informa al CIAT, que realiza el seguimiento del caso. Al no tratarse de una forma sistémica, evaluando riesgo-beneficio no se recomienda suero antiveneno de *Loxosceles*.

### Evolución

Permanece estable, sin evidencia de compromiso sistémico, apirética, siendo los hemocultivos negativos, suspendiéndose la clindamicina. Al 5º día de evolución, se constata necrosis central de la lesión que evoluciona a una escara necrótica (figura 3), con importante edema de todo el miembro inferior. Por el riesgo de síndrome compartimental, teniendo en cuenta que se trata de un lactante, con un miembro inferior muy edematizado, el doble del tamaño normal, con piel lustrosa y con dificultad en la palpación de los pulsos, estando igualmente el miembro cálido, se realiza debridamiento quirúrgico, llegando a zona sangrante de granulación. Se mantiene plan de limpieza quirúrgica cada 48 horas, alcanzando en profundidad los planos musculares (figuras 4, 5 y 6). Cultivos del exudado de zonas cruentas y tejido resecaado, negativos. Mantiene muy buen aspecto general, se alimenta adecuadamente y pese a la gravedad del compromiso del miembro afectado, lo moviliza adecuadamente, se para, sonríe y juega animadamente. A los 17 días, se autoinjerta. Alta definitiva a los 23 días del ingreso, manteniéndose los controles con equipo multidisciplinario.

### Comentarios

Los accidentes producidos por arañas del género *Loxosceles* pueden ser de diagnóstico difícil porque en



**Figura 4.** Lesiones necróticas



**Figura 5.** Escarectomía



**Figura 6.** Limpieza de lesiones

ocasiones la araña o su mordedura pasan inadvertidas, la aparición de síntomas no es inmediata y algunos de los mismos son inespecíficos<sup>(13)</sup>.

El no haber podido identificar el arácnido ni detectar su veneno o anticuerpos contra el mismo, técnicas que se han desarrollado en otros países, a nivel de investigación, no estando disponibles a nivel asistencial, no invalida el diagnóstico<sup>(14)</sup>.

La mordedura de la *Loxosceles* tiene la peculiaridad del intenso dolor que es llamativo, como sucedió en el caso que presentamos y que no preocupó al médico que la asistió en la primera consulta, siendo éste un síntoma que está siempre presente. Las lesiones locales pueden ir de leves a extensas, con pérdida de tejido, llegando a requerirse cirugía y en los casos menos frecuentes formas sistémicas graves con hemólisis, coagulación intravascular diseminada e insuficiencia renal aguda que puede llevar a la muerte. En el lugar de la mordedura se produce una reacción inflamatoria, activación del complemento, agregación plaquetaria con zonas de isquemia por obstrucción que se presentan blanquecinas y otras hemorrágicas, con aparición de equimosis que le dan a la lesión un aspecto marmóreo<sup>(2,9,15)</sup> como presentaba esta paciente, que tenía además el antecedente de una lesión dolorosa sugestiva de una “picadura”

por encima de la rodilla izquierda, que posteriormente comprometió el resto del muslo. Ríos y colaboradores<sup>(16)</sup> refieren que las lesiones cutáneas más graves se ven en zonas con mayor tejido graso como glúteos y muslo, tal como sucedió en el caso que presentamos que requirió el debridamiento quirúrgico de las zonas necróticas al 5° día de evolución. Para algunos autores<sup>(3)</sup> el tratamiento quirúrgico sería de segunda línea; en el caso que presentamos el temor a un síndrome compartimental determinó la cirugía temprana.

En cuanto al tratamiento médico, no hay consenso. Hay quienes<sup>(2,3)</sup> aun en ausencia de evidencia que lo respalde, recomiendan la inmovilización del área afectada, el uso de hielo, la analgesia y la consulta en un servicio de emergencia, si es posible con la araña sospechosa. El uso de dapsona parecería una opción razonable, ante la consulta temprana con diagnóstico confirmado por identificación del arácnido y sin evidencia de compromiso visceral, por los efectos adversos de la misma. La clorfeniramina, aun siendo menos efectiva que la dapsona, es una alternativa razonable y si es accesible, como sucede en nuestro medio, el oxígeno hiperbárico es una alternativa válida, sobre todo en las consultas tardías. Los corticoides no tienen recomendación sistemática<sup>(2,3)</sup>.

En referencia a la medida específica que sería el suero antiloxosceles, su indicación es discutida<sup>(2)</sup>. Es un producto de origen equino producido a partir de venenos de arañas del género *Loxosceles*, con un plazo discutido de indicación que serían las primeras 36 horas y en la forma sistémica cuando hay hemólisis. Lo producen tres países en Sudamérica: Argentina (Instituto de Salud “Dr. Carlos G. Malbrán”), Brasil (Instituto Butantan) y Perú (Instituto Nacional de Higiene). Los primeros dos, son fracciones F (ab’) 2 de inmunoglobulinas equinas, utilizándose como inmunógeno en el suero argentino el veneno de *Loxosceles laeta* y en el brasilero el veneno de *Loxosceles gaucho*. El suero peruano es inmunoglobulina G equina entera contra el veneno de *Loxosceles laeta*.

## Conclusiones

De acuerdo a la revisión realizada, lo más importante es pensar en esta entidad ante una lesión como la que presentaba esta niña y derivar al paciente oportunamente a un centro asistencial donde se le puedan brindar los cuidados que corresponden. No hay una recomendación concreta y uniforme del uso de suero antiloxosceles. Incluso la forma grave y sistémica de loxoscelismo no sería en sí misma una indicación para utilizarlo, sobre todo teniendo en cuenta los efectos adversos de su administración versus los beneficios de la misma, que parecen inclinarse a favor de los primeros. Otro fármaco recomendado es la dapsona (sulfona) que aunque parece justificado cuando la consulta es temprana y el diagnóstico confirmado por identificación de la araña, tiene múltiples efectos adversos y estaría contraindicado en las formas sistémicas que son las que tienen mayor riesgo de mortalidad.

Es fundamental evaluar siempre el riesgo-beneficio de cada una de las alternativas terapéuticas de las que disponemos, haciendo un uso racional de las mismas para así evitar agregar un daño secundario al paciente.

Además debemos tener en cuenta que es una enfermedad de notificación obligatoria incluida dentro del grupo A, es decir que debe ser notificada en el día, por la vía más rápida y que esta notificación es doble, a Epidemiología del MSP y al CIAT. Todos y cada uno de nosotros somos responsables de notificar para poder así conocer la real prevalencia de esta entidad.

La prevención de los accidentes es el mejor tratamiento y la misma incluye la limpieza de las viviendas evitando los depósitos de materiales (madera, piedra) y objetos (libros) donde puedan aparecer artrópodos que son alimento para estas arañas. Si hay que manipular estos objetos acumulados desde algún tiempo, utilizar guantes. Si la ropa está contra la pared, hay que sacudirla antes de ponérsela, revisar los zapatos, dejar separadas las camas de paredes y ventanas y utilizar mosquiteros. Luego que se produjo la mordedura, cuando no contamos con la araña, sólo si pensamos en esta posibilidad haremos el diagnóstico temprano e iniciaremos el tratamiento oportuno.

## Referencias bibliográficas

1. **Sánchez Olivas MA, Valencia Zavala MP, Sánchez Olivas JA, Sepúlveda Velázquez G, Vega Robledo GB.** Loxoscelismo cutáneo necrótico. Informe de un caso. *Rev Alergia Mex* 2011; 58(3):171-6.
2. **Cabrerizo D, Docampo P, Carla C, Ortiz de Rozasa M, Díaz M, De Roodt A, et al.** Loxoscelismo: epidemiología y clínica de una patología endémica en el país. *Arch Argent Pediatr* 2009; 107(2):152-9.
3. **Manriquez J, Silva S.** Loxoscelismo cutáneo y cutáneo-visceral: Revisión sistemática. *Rev Chil Infect* 2009; 26 (5):420-32.
4. **Malague CM, Santoro ML, Cardos JL, Conde MR, Novaes CT, Risk JY, et al.** Clinical Picture and laboratorial evaluation in human loxoscelism. *Toxicon* 2011; 58 (8): 664-71. Disponible en:<http://www.sciencedirect.com> [consulta: octubre de 2012].
5. **Gonçalves-De-Andrade RM, Vilarinho Tambourgi D.** First record on *Loxosceles laeta* (Nicolet, 1849) (Araneae, Sicariidae) in the West Zone of São Paulo City, São Paulo, Brazil, and considerations regarding its geographic distribution. *Rev Soc Bras Med Trop* 2003; 36 (3): 425-6.
6. **Schenone H.** Cuadros tóxicos producidos por mordeduras de araña en Chile: latrodectismo y loxoscelismo. *Rev Méd Chile* 2005; 133: 219-23.
7. **Capocasale R, Iseglio M, Saivatella R, Witkind J.** El accidente producido por arañas en Uruguay ¿qué es y qué hacer? Montevideo: Ministerio de Salud Pública. División Epidemiología. Grupo de Trabajo de Araneismo, 1990. Disponible en:<http://www.bse.com.uy/almanaque/Almanaque%201990/pdf/0%20-%200045.pdf> [consulta: octubre de 2012]
8. **García L.** Enemigos que viven en los rincones. Montevideo: El País Digital, 2005. Disponible en: [http://www.el-pais.com.uy/04/03/05/pciuda\\_83106.asp](http://www.el-pais.com.uy/04/03/05/pciuda_83106.asp) [consulta: octubre de 2012]
9. **Udelar. Facultad de Ciencias. Sección Entomología.** Arañas de interés médico en Uruguay. Montevideo: Facultad de Ciencias. Disponible en:<http://entomologia.fcien.edu.uy/Especiesdeinteres%20medico.htm> [consulta: julio de 2012]
10. **Martino O, Mathet H, Masini R, Bosch JE.** 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.
11. **Moctezuma González CL.** Producción de un fragmento de anticuerpo recombinante quimérico anti esfingomielinasa D contra la mordedura de la araña *Loxosceles*. Resumen de tesis. *Acta Toxicol Argent* 2001; 19(1): 42-3.
12. **Schenone H, Rubio S, Saavedra T, Rojas A.** Loxoscelismo en pediatría. Región Metropolitana, Chile. *Rev Chil Pediatr* 2001; 72(2): 100-9.
13. **De Roodt A, Salomón O, Lloveras S, Orduna T.** Envenenamiento por arañas del género *Loxosceles*. *Medicina (Buenos Aires)* 2002; 62: 83-94.
14. **Saracco AS, De Roodt AR.** Loxoscelismo. *Rev Med Universitaria* 2008; 4 (1). Disponible en: [http://revista.medicina.edu.ar/vol04\\_01/05/vol04\\_01\\_Art05.pdf](http://revista.medicina.edu.ar/vol04_01/05/vol04_01_Art05.pdf) [consulta: julio de 2012]
15. **Udelar. Facultad de Medicina. Instituto de Higiene. Departamento de Parasitología y Micología.** Aracnidismo en el Uruguay. Disponible en: <http://www.higiene.edu.uy/parasito/teo09/Arac.pdf> [consulta: julio de 2012]
16. **Riosa JC, Pérez M, Sánchez P, Bettini M, Mieres JJ, Paris E.** Caracterización clínico-epidemiológica telefónica de la mordedura por araña de rincón, en un centro de información toxicológica de Chile, durante el año 2005. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 1160-5.

**Correspondencia:** Alicia Fernández.

Correo electrónico: amfernandez@um.edu.uy