

Resolución del caso presentado en el número anterior La importancia de la sospecha clínica de loxoscelismo

The importance of clinical suspicion of loxoscelism

María L. Fontana^a, Valeria García^a, Néstor Panattieri^a, Verónica Torres^a, Shirley Lisperguer^a, Florencia Vázquez^a, Andrés Villa de Villafañe^a, María E. Cuencio^a

RESOLUCIÓN DEL CASO

Un niño de 8 meses de edad, sin antecedente de traumatismo, consultó por una lesión en la cara interna del muslo izquierdo de 12 horas de evolución, eritematosa, que progresó con aspecto equimótico, aumento de temperatura y dolor local y fiebre. Se realizaron cultivos y se medicó empíricamente con clindamicina. A las 36 horas desde inicio del cuadro clínico, presentaba mayor irritabilidad, fiebre, asimetría de ambos miembros inferiores y aumento del eritema. Se rotó antibioticoterapia a ceftriaxona y vancomicina. Se decidió en conjunto con toxicología iniciar tratamiento con meprednisona, antihistamínicos y frío local.

El laboratorio, mostró hiperfibrinogenemia y dímero D elevado, sin trombosis en ecografía de miembros inferiores. Se indicó enoxaparina profiláctica que, por la evolución clínica favorable luego se suspendió.

Completó el tratamiento antibiótico por vía oral con trimetoprima sulfametoxazol (18 días de tratamiento en total). Egresó a los 11 días de su internación, con controles ambulatorios por pediatría, toxicología y cirugía plástica. La lesión presentó curación por segunda logrando remisión con cicatriz hacia la octava semana de evolución, sin requerimiento de conducta quirúrgica.

LOXOSCELISMO CUTÁNEO

Entre los arácnidos, las cuatro especies con mayor riesgo de mortalidad en humanos son *Phoneutria* (Sudamérica), *Atrax* (Australia), *Latrodectus* y *Loxosceles* (las más importantes a nivel mundial inclusive en Argentina).

La picadura produce dos cuadros clínicos: el *loxoscelismo cutáneo*, caracterizado por una lesión hemolítica cutánea, y el *loxoscelismo sistémico*, que se debe a una reacción hemolítica sistémica de inicio insidioso que progresa con trombocitopenia, coagulación intravascular diseminada y falla renal. Si bien la manifestación del loxoscelismo más frecuente es la cutánea, el cuadro sistémico implica gravedad, con alto riesgo de mortalidad principalmente en la población pediátrica.

Su nombre deriva del latín (*loxos* = 'curva' y *kelos* = 'patas'). Es popularmente conocida como "araña de rincón", de color marrón grisáceo y mide aproximadamente 30 mm considerando las patas. Posee tres pares de ojos con una distribución característica en forma de "V". Es lucífuga y sensible a la humedad, por lo que se la puede hallar en lugares secos y oscuros. El 85 % de las picaduras ocurre en el domicilio (*Figura 1*).

El veneno producido por la araña, cuyo componente principal es la esfingomielinasa D,

Cómo citar: Fontana ML, García V, Panattieri N, Torres V, et al. La importancia de la sospecha clínica de loxoscelismo. *Arch Argent Pediatr* 2023;121(4):e202202826B.

^a Hospital Universitario Austral, Pilar, Argentina.

Correspondencia para María L. Fontana: lulifontana93@gmail.com

Financiamiento: ninguno.

Conflicto de intereses: ninguno que declarar.

Recibido: 23-8-2022

Aceptado: 26-2-2023



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

tiene efecto dermonecrotizante, hemolítico y coagulante. Se describen dos mecanismos para explicar la actividad del veneno. Por un lado, la membrana plasmática del eritrocito contiene cinco fosfolípidos distribuidos en su superficie, entre los cuales se encuentra la esfingomielina, que es degradada por la esfingomielinasa D. Esto lleva a la pérdida de la configuración del eritrocito, apareciendo esferocitos o estomatocitos en el frotis de sangre periférica, y predispone a la hemólisis extravascular. El segundo mecanismo implica que, al clivarse la esfingomielina, quede expuesta la fosfatidilserina de la capa interna del eritrocito; a esta se une C1q y se inicia la activación de la vía clásica del complemento, generando hemólisis por este medio.¹

El loxoscelismo cutáneo es producido principalmente por la reacción inflamatoria y hemolítica local; al inicio se presenta con una lesión eritemato-edematosa que en 24 a 36 horas evoluciona a la característica "placa marmórea o livedoide" con zonas de palidez y equimosis. A los 5 a 7 días se transforma en una escara negra, que luego se desprende y persiste una úlcera con fondo granulomatoso que se cura de forma tardía. Pueden asociarse síntomas constitucionales, como exantema, fiebre y mialgias, que suelen aparecer durante las primeras 48 horas.

Cuando el cuadro comentado se asocia a signos de hemólisis, se manifiesta el loxoscelismo sistémico. El tiempo medio de inicio de la hemólisis es de 4 días, con una duración promedio de 6 días. El compromiso es generalizado; se evidencia, además

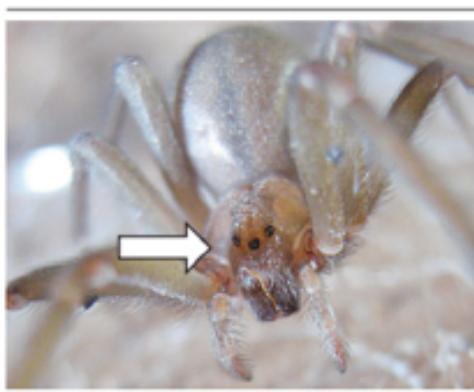
de los síntomas constitucionales, signos de anemia hemolítica (ictericia asociada a orina oscura debido a hemoglobinuria o hematuria y aumento de la lactato-deshidrogenasa en sangre), signos de coagulación intravascular diseminada (petequias, equimosis), signos de falla renal (mediados por hemólisis y por daño directo) y/o rhabdmiolisis mediada por la necrosis local. Puede existir, además, aumento de transaminasas hepáticas sin afectación de la síntesis hepática.²

Dentro de los diagnósticos diferenciales, como el caso comentado, se pueden plantear cuadros infecciosos, pioderma gangrenoso, fascitis necrotizante, patologías vasculares y vasculitis.

El tratamiento en ambas entidades es de sostén, con control estricto al menos las primeras 24 horas, vigilando la aparición de signos de hemólisis tanto clínicos como de laboratorio. En los casos de loxoscelismo cutáneo, se sugiere frío local (la esfingomielinasa D es más activa a altas temperaturas), la inmovilización y tratamiento analgésico. En los casos de loxoscelismo sistémico, se pueden utilizar corticoides en las primeras horas para disminuir el compromiso inflamatorio. No se recomienda la antibioticoterapia profiláctica. En nuestro paciente, la sospecha de sobreinfección fue la que perpetuó la conducta antibiótica.

El tratamiento quirúrgico precoz se asocia a retardo o evolución anómala de la cicatrización. De esta forma, parece razonable recomendar el tratamiento quirúrgico tardío, solo semanas después de la mordedura, siempre bajo estricta

FIGURA 1. Morfología del género loxosceles y patrón ocular



Cabrerizo S, Docampo PC, Cari C, Ortiz de Rozas M, et al. Loxoscelismo: epidemiología y clínica de una patología endémica en el país. Arch Argent Pediatr. 2009;107(2):152-9.

observación y ante un cuadro clínico que amerite la intervención.³

Existe la posibilidad de administrar el antiveneno loxosceles por vía parenteral, el cual ha demostrado eficacia cuando se administra en las primeras 36 horas de ocurrida la picadura (en lo posible, en las primeras 12 horas) en dosis suficiente para neutralizar el veneno.⁴ El veneno es solo neutralizado por el antiveneno específico y, por lo tanto, debe ser administrado siempre que esté indicado y con los recaudos necesarios, ya que, al ser producido por medio de la inmunización de animales, existe alto riesgo de reacciones de hipersensibilidad tanto tempranas como tardías.

Un diagnóstico temprano brinda la oportunidad de tener mayores opciones terapéuticas y poder realizar una vigilancia oportuna para pesquisar complicaciones hemolíticas. Es esencial el seguimiento conjunto con toxicología desde el primer momento. ■

REFERENCIAS

1. Loden JK, Seger DL, Spiller HA, Wang L, Byrne DW. Cutaneous-hemolytic loxoscelism following brown recluse spider envenomation: new understandings. *Clin Toxicol (Phila)*. 2020; 58(12):1297-305.
2. Cabrerizo S, Docampo PC, Cari C, Ortiz de Rozas M, et al. Loxoscelismo: epidemiología y clínica de una patología endémica en el país. *Arch Argent Pediatr*. 2009; 107(2):152-9.
3. Manríquez MJJ, Silva VS. Loxoscelismo cutáneo y cutáneo-visceral: Revisión sistemática. *Rev Chil Infectol*. 2009; 26(5):420-32.
4. Saracco AS. Guía diagnóstico y tratamiento de envenamamiento por arácnidos (Loxosceles - Latrodectus - Escorpiones). Mendoza: Centro de Información, Asesoramiento y Asistencia Toxicológica; 2011. [Acceso: 27 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.mendoza.gov.ar/salud/wp-content/uploads/sites/16/2014/05/Recomendaciones-Envenamamiento-por-Aracididos-de-Cuyo-20171.pdf>