



LOXOSCELISMO CUTÁNEO PREDOMINANTEMENTE EDEMATOSO: CASO CLINICO

CUTANEOUS LOXOSCELISM PREDOMINANTLY EDEMATOUS: CLINICAL CASE

Consuelo Luna-Muñoz^{1,2,3,a,b}, Giuliana Reyes-Florián^{3,a}, Martín Seminario-Aliaga^{3,4,a},
Daniella Vinelli-Arzuviaga^{2,5,c}

RESUMEN

Introducción: La mordedura de araña del género *Loxosceles* constituye un problema de salud pública en regiones de América Latina. En Perú se presenta con mayor frecuencia en viviendas de la región costera y podría tener consecuencias graves, incluso causar la muerte en caso de presentar loxoscelismo cutáneo visceral (LCV). **Caso Clínico:** A continuación, se presenta el caso de una paciente pediátrica con presunción de mordedura de araña. El cuadro clínico se desarrolló con edema marcado de cara y cuello, sin desarrollar dificultad respiratoria y sin evidenciarse compromiso sistémico. La lenta resolución del edema y la ausencia de respuesta al tratamiento de elección del angioedema permitió orientar el diagnóstico a loxoscelismo cutáneo predominantemente edematoso (LCPE), la cual constituye una forma poco frecuente de presentación.

Palabras clave: Picaduras de arañas; Arañas. (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Introduction: The spider bite of the genus *Loxosceles* is a public health problem in regions of Latin America. In Peru, it occurs more frequently in homes in the coastal region and could have serious consequences, including death in the case of cutaneous and visceral loxoscelism (CVL). **Clinical Case:** The case of a pediatric patient with a suspected spider bite is presented below. The clinical picture developed with marked edema of the face and neck, without developing respiratory distress and without evidence of systemic compromise. The slow resolution of the edema and the lack of response to the treatment of choice for angioedema allowed us to guide the diagnosis to predominantly edematous cutaneous loxoscelism (CLEP), which is an infrequent form of presentation.

Keywords: Spider bites; spiders. (Source: MeSH NLM).

¹ Instituto de Investigaciones en Ciencias Biomédicas. Lima, Perú.

² Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana "Manuel Huamán Guerrero". Lima, Perú.

³ Servicio de Emergencia Pediátrica, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.

⁴ Clínica San Pablo. Lima, Perú.

⁵ Hospital Central de la Fuerza Aérea. Lima, Perú.

^a Médico Pediatra.

^b Doctora en Salud Pública.

^c Internista de Medicina.

Citar como: Luna-Muñoz C, Reyes-Florián G, Seminario-Aliaga M, Vinelli-Arzuviaga D. Loxoscelismo cutáneo predominantemente edematoso. Reporte de caso. Rev Fac Med Hum.2022;22(3):642-645. doi:10.25176/RFMH.v22i3.5040

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

Artículo publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons: Creative Commons Attribution 4.0 International, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con revista.medicina@urp.pe



INTRODUCCIÓN

El loxoscelismo es un accidente común de lugares con clima tropical, frecuente en el continente latinoamericano, producido en su gran mayoría en el ambiente intradomiciliario que podría acarrear significativa morbimortalidad; *Loxosceles laeta* es la especie de araña casera más identificada, conocida también como araña de rincón^(1,2).

En Perú, a través del del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú), se han notificado 9 000 casos de loxoscelismo durante los últimos cinco años, siendo el 86,2 % de ellos provenientes de las regiones de Amazonas, San Martín, Arequipa y Lima⁽³⁾.

Además, un estudio epidemiológico realizado en el país encontró que aquellas personas procedentes de zonas urbano-marginales fueron las más afectadas por la mordedura de araña (90% de los casos), existiendo más reportes en los meses de verano-otoño^(4,5).

La forma de presentación más común del loxoscelismo es la forma cutánea necrótica y el LCV⁽⁶⁾. Sin embargo, se ha reportado, aunque con poca frecuencia, una variante clínica conocida como LCPE, la cual no desarrolla afectación visceral y tiene una respuesta favorable al tratamiento médico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente mujer de cuatro años, procedente de Ica, sin antecedentes personales de importancia, ingresó al Servicio de Emergencia Pediátrica, con un tiempo de enfermedad de veinte horas de evolución, caracterizado por edema rápidamente progresivo en cara y cuello, con sospecha de mordedura de araña en el labio. Los familiares refirieron habitar en una vivienda rústica con presencia de muchas arañas. Al examen clínico la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, sin distrés respiratorio, con edema marcado en rostro a predominio de labio superior, de coloración algo violácea y con disminución de la apertura palpebral (Figura 1).

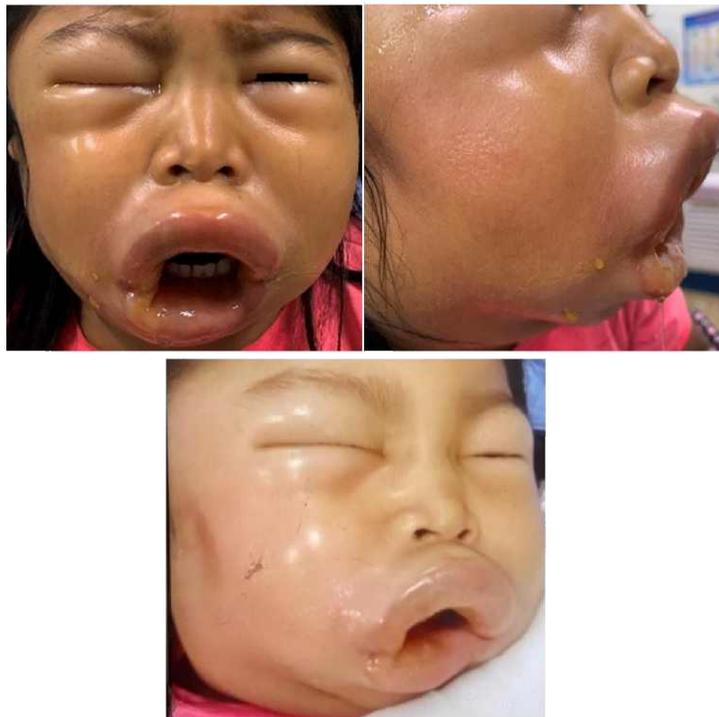


Figura 1. Presentación clínica del caso con edema marcado en rostro.

Al ingreso, se le solicitó una analítica de sangre, la cual evidenció un hemograma normal, sin leucocitosis, plaquetas normales, hemoglobina en valores normales y función renal y hepática conservada. Ante la sospecha de anafilaxia se le indicó tratamiento con adrenalina en dosis repetidas y luego en perfusión continua. No obstante, no hubo respuesta al tratamiento, pero las constantes vitales se mantuvieron estables durante

toda su evolución. El manejo del caso también incluyó antihistamínicos, corticoide endovenoso, doble cobertura antibiótica y ante la sospecha de loxoscelismo se indicó suero antiloxoscélico, el cual se efectivizó pasada las 24 horas de evolución. El edema se fue resolviendo lentamente y la paciente fue dada de alta a los diez días del ingreso con un leve remanente del mismo.



DISCUSIÓN

La realización del diagnóstico de loxoscelismo es un reto clínico y en su gran mayoría presuntivo, pues la mordedura de la araña *Loxosceles laeta* no presenta signos o síntomas patognomónicos y tampoco se cuenta con métodos auxiliares que permitan confirmar el diagnóstico. Además, hasta la fecha no se ha podido establecer una predicción de la evolución del envenenamiento, lo que constituye un punto clave para el manejo y reducción de la morbilidad, mortalidad y costes para el paciente y para el estado^(1,7).

La severidad del cuadro clínico depende del tipo y la cantidad de veneno inyectado y de las posibles infecciones asociadas. Las arañas hembras pueden almacenar un mayor volumen de veneno en sus glándulas, y algunas pueden morder sin inyectar nada de veneno, infligiendo las llamadas "mordeduras secas"⁽⁸⁾. Si bien el LCPE parece tener una evolución benigna, se ha reportado que el edema puede causar la obstrucción de la vía respiratoria⁽⁹⁾, así como generar un síndrome compartimental⁽¹⁰⁾. Por lo que, resulta importante realizar una buena historia clínica del paciente y brindar el manejo adecuado de sospecharse de un cuadro de LCPE.

El veneno contiene hialuronidasa, ARNasa, ADNasa, fosfatasa alcalina, lipasas y esfingomielinasa D⁽⁸⁾. Tiene propiedad necrosante, hemolítica, vasculítica y coagulante. A nivel dérmico provoca áreas de vasoconstricción y otras de hemorragia, que progresan a la isquemia local y la formación consecuente de una placa gangrenosa, vista en el loxocelismo cutáneo (LC). Si el veneno alcanza la circulación sistémica, ejerce un gran poder hemolítico, desarrollándose el cuadro clínico de LCV, que podría incluir complicaciones tales como la anemia hemolítica, insuficiencia renal aguda y coagulación intravascular diseminada^(11,12).

Incluso se han identificado bacterias colonizadoras de las lesiones cutáneas por mordidas de *Loxosceles* como *Clostridium perfringens* y *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina; en muchos casos se consideran responsables de las lesiones dermonecroticas más graves⁽⁸⁾.

En el caso clínico presentado, el inicio súbito y progresivo del edema facial hizo plantearse angioedema como primera posibilidad diagnóstica; sin embargo, el tratamiento de elección con epinefrina no fue el esperado, no hubo resolución y por el contrario el curso de resolución fue lento con el uso de antihistamínicos sistémicos y corticoesteroides. No obstante, no se evidenció signos de dificultad respiratoria ni compromiso sistémico, por lo que se descartó la posibilidad de angioedema.

En Latinoamérica se ha reportado un caso de LCPE el 2015 en Chile⁽¹¹⁾, con un paciente preescolar que acudió al Servicio de Urgencia por presentar fiebre y edema palpebral que le impedía la apertura ocular, a la que se le asociaba dolor y se extendía por la hemicara derecha, pero sin evidencia de otras manifestaciones clínicas. El tratamiento fue brindado con penicilina, hidrocortisona y clorfenamina intravenosa, obteniéndose una resolución lenta a partir del octavo día de hospitalización; cuadro clínico similar al presentado en este reporte de caso.

Por lo que, la sospecha de los familiares de mordedura de araña y la evolución clínica descrita hace más sugerente el diagnóstico de LCPE. Esta forma clínica que se presenta con poca frecuencia, tiene una evolución clínica benigna, con ausencia de compromiso visceral, autolimitada, que no presenta lesión necrótica o es mínima y en la que predomina el edema, el cual podría reducir la posibilidad de necrosis al diluir el proceso enzimático producido por el veneno. Además, se ha podido evidenciar que el LCPE tiene buena, aunque lenta, respuesta al tratamiento médico.

Contribuciones de autoría: Los autores participaron en la génesis de la idea, recolección, análisis de la información y preparación del manuscrito del presente caso clínico.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: Ninguno declarado por los autores.

Recibido: 15 de mayo, 2022

Aprobado: 04 de julio, 2022

Correspondencia: Consuelo Luna-Muñoz.

Dirección: Av. Rebagliati 490, Jesús María 15072, Lima, Perú.

Teléfono: (01) 2654901

Email: lunaconsuelo21@gmail.com





REFERENCIAS

1. Maguiña Vargas C, Figueroa Vásquez V, Pulcha Ugarte R. Actualización sobre manejo de araneísmo en Perú. *Rev Med Hered.* 2017;28(3):200-7. <https://doi.org/10.20453/rmh.v28i3.3189>
2. Cabrerizo S, Docampo PC, Cari C, Ortiz de Rozas 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. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752009000200009&script=sci_arttext
3. MINSA. Minsa notificó cerca de 9000 casos de loxoscelismo en el país durante los últimos 5 años [Internet]. Perú: 9 de febrero 22 [citado 2022 Mayo 30]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/582597-minsa-notifico-cerca-de-9000-casos-de-loxoscelismo-en-el-pais-durante-los-ultimos-5-anos>
4. Valverde López J. Aspectos clínicos y epidemiológicos del loxoscelismo, Hospital Regional Docente de Trujillo, enero 2001 a noviembre 2003. *Folia dermatol peru.* 2003;14(3):15-9. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-409617?lang=es>
5. Vega A, León D, Cabanillas O, Falcón N. Aspectos epidemiológicos de casos de loxoscelismo registrados en Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud de Perú. Periodo 2009-2018. *Salud tecnol vet.* 2020;7(2):43-50. DOI: <https://doi.org/10.20453/stv.v7i2.3676>
6. Sanabria H, Zavaleta A. Panorama epidemiológico del loxoscelismo en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 1997;14(2):33-41. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-4634197000200006
7. Pichardo-Rodríguez Rafael, Saavedra-Velasco Marcos, Ascarza-Saldaña Jhonatan, Naquira-Velarde Cesar. Elaboración y validación de una regla de predicción clínica para identificar compromiso sistémico en casos de loxoscelismo. *Rev Fac Med Hum.* 2020;20(1):32-42. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i1.2642>
8. Fusto G, Bennardo L, Duca ED, Mazzuca D, Tamburi F, Patruno C, et al. Picaduras de araña de importancia médica en el área mediterránea: diagnóstico erróneo, características clínicas y manejo. *The Journal of Venomous Animals and Toxins.* 2020;26(2):1-10. <https://doi.org/10.1590/1678-9199-JVATID-2019-0100>
9. Alfaro-Sepúlveda D, González Fuentes CG. Loxoscelismo cutáneo edematoso con obstrucción de las vías respiratorias. *Eur. J. Pediatr. Dermatol.* 2021;31(3):151-4. <https://doi.org/10.26326/2281-9649.31.3.2263>
10. Jara R, Castillo C, Valdés M, Alborno C, Andrades P, Danilla S, et al. Síndrome compartimental agudo como complicación de un loxoscelismo cutáneo edematoso. *Rev Chilena Infectol.* 2020;37(2):175-8. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-1018202000200175>
11. De la Barra P, Vial V, Labraña Y, Alvarez A, Seguel H. Loxoscelismo cutáneo predominantemente edematoso, a propósito de un caso. *Rev Chilena Infectol* 2015;32(4):467-71. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182015000500017>
12. Vetter S, Swanson D. Bites of recluse spiders. Uptodate. [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/bites-of-recluse-spiders?search=loxoscelismo%20tratamiento§ionRank=1&usage_type=default&anchor=H21&source=machineLearning&selectedTitle=1~3&display_rank=1#H4208959352

