

# Loxoscelismo

## Loxoscelism

Pablo Young, Fiorella Laudani, Laura Chemes, Bárbara C. Finn, Débora Pellegrini, Julio E. Bruetman.

Fronteras en Medicina 2022;17(4):261-263. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/202204/0261-0263>

Presentamos el caso de una mujer de 39 años, sin antecedentes de importancia, que reside desde hace 8 años en Florida, Estados Unidos (EE.UU.). Refirió picadura de *Loxosceles laeta* a nivel de columna lumbar 8 días previos a la consulta, evolucionando con costra necrótica, edema, eritema y dolor perilesional. Consultó inicialmente en EE.UU. donde no se indicó tratamiento antibiótico, agregándose posteriormente fiebre de 38°C, sin pirogenemia, asociada a progresión de la lesión y aumento de dolor en dicha zona. En ese momento en la Florida fueron reportados múltiples casos de loxoscelismo. El día 7 luego de la picadura la paciente se traslada a la Argentina, concurriendo al día siguiente a nuestro hospital. Al examen físico se encontró lúcida, afebril, hemodinámicamente normal, evidenciándose en la región lumbar una lesión ulcerada de 3 cm de diámetro con salida de material purulento, bordes eritematosos y aumento de la temperatura local (**Figuras 1 y 2**). Se realizaron estudios de laboratorio con resultados dentro de límites normales y una ecografía de partes blandas que mostró alteración del tejido celular subcutáneo con colección de 17 x 16 x 18 mm, en contacto con planos musculares. El cultivo de piel y partes blandas fue positivo para *Staphylococcus aureus* meticilinoresistente con sensibilidad probada para minociclina, siendo los hemocultivos negativos. Se interpretó el cuadro como un absceso en región lumbar secundario a picadura de araña. Se realizó drenaje del mismo más tratamiento antibiótico con clindamicina por diez días.

La *Loxosceles* es una araña de hábitat preferentemente domiciliario, es endémica en la Argentina (**Figura 3**). Suele encontrarse en los rincones altos, detrás de cuadros y guardarropas. La mordedura de araña se produce solo en defensa propia.

El loxoscelismo humano puede presentarse clínicamente como dos cuadros definidos, diferentes entre sí, que se conocen con los nombres de loxoscelismo cutáneo y loxoscelismo cutáneo-víscero-hemolítico. El loxoscelismo cutáneo representa entre el 74 y el 98% del total de casos<sup>1-3</sup>. Loxoscelismo cutáneo: la picadura de arañas *Loxosceles* sp. puede producir una sensación punzante, de poca intensidad, aunque la mayoría de los accidentados no suele referir el momento en que la misma se produjo. En parte ello se debe al pequeño tamaño de sus quelíceros y por otro lado es frecuente que el accidente se produzca durante el sueño. El sitio de la lesión suele localizarse con mayor frecuencia en los miembros, seguidos de tronco y cara. Al inicio el cuadro se caracteriza por dolor urente, de intensidad variable, que



**Figura 1.** Lesión lumbar ulcerada.

Servicio de Clínica Médica, Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina

Correspondencia: Pablo Young. Servicio de Clínica Médica, Hospital Británico de Buenos Aires. Perdriel 74, C1280AEB CABA, Argentina. Tel: 011-4309-6400 (int. 1048). [pabloyoung2003@yahoo.com.ar](mailto:pabloyoung2003@yahoo.com.ar)

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 30/10/2022 | Aceptado: 13/12/2022



Figura 2. Lesión a mayor aumento.



Figura 3. Araña: *Loxosceles laeta*.

suele acompañar gran parte de la evolución de la enfermedad. Se asocia en la mayoría de los casos a un edema duro, que no suele dejar signo de la fóvea, y a eritema de tamaño variado, que puede evolucionar solo como placa eritematosa o dar lugar, en una proporción entre el 85% y el 30%, al desarrollo de la llamada placa livedoide (“placa marmórea”), caracterizada por áreas equimóticas alternando con áreas pálidas isquémicas. No es infrecuente la presencia de vesículas y/o ampollas sobre el área afectada. Dicha placa, con bordes bien delimitados, suele evolucionar entre el 5to y 7mo día a la formación de una costra necrótica (escara). La misma comienza a desprenderse por los bordes y luego de su caída deja al descubierto una úlcera de bordes irregulares. Su cicatrización es lenta, llegando a demorar entre 1 y 2 meses, pudiendo sobreinfectar como pasó en nuestra paciente. Cuando ello sucede, suele manifestarse por la aparición de flogosis local y dolor espontáneo, con infartamiento ganglionar regional. En el sitio lesionado puede quedar como secuela una zona pigmentada, aunque también se comprobó la formación de cicatrices queloides y retráctiles que en ocasiones requirieron corrección quirúrgica. Cuando la picadura se produce en zonas del tegumento donde abunda el tejido laxo, como en la cara, el paciente puede presentar edema como única manifestación

(loxoscelismo cutáneo edematoso). Esta variante se ha registrado hasta en el 4% de los accidentes. A nivel sistémico, el loxoscelismo cutáneo puede acompañarse de fiebre, escalofríos, cefalea, náuseas y/o vómitos, todo ello de poca magnitud y duración.

En cuanto al loxoscelismo cutáneo-viscero-hemolítico la misma suele desencadenarse entre 6 y 24 horas posteriores a la picadura, más raramente hasta 48 horas después. Al cuadro local se agrega el compromiso sistémico caracterizado por la aparición de escalofríos, fiebre, hematuria, hemoglobinuria, ictericia, consecuencia del efecto hemolítico del veneno. La aparición de petequias y equimosis se relacionan al desarrollo de coagulación intravascular diseminada (CID). Los casos graves pueden evolucionar a la insuficiencia renal aguda, de etiología variada (disminución de la perfusión renal, hemoglobinuria masiva y CID), principal causa de muerte en el loxoscelismo. El cuadro humoral se caracteriza por anemia hemolítica, disminución de haptoglobina, leucocitosis neutrófila, plaquetopenia y eritrosedimentación acelerada.

El internista debe tener la capacidad de realizar la identificación adecuada, conocer la historia natural del loxoscelismo y considerarlo diagnóstico diferencial en los pacientes con lesiones necróticas, progresivas, con o sin afección sistémica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. De Roodt AR, Salomón OD, Lloveras SC, Orduna TA. Envenenamiento por arañas del género *Loxosceles*. Medicina (Bs Aires) 2002;62:83-94.
2. Barra FS, Vivanco P, Mix AV. Loxoscelismo: revisión de la literatura a propósito de un caso (Loxoscelism: Literary review about a case). Ars Medica 2022;47:29-35.
3. Herness J, Snyder MJ, Newman RS. Arthropod Bites and Stings. Am Fam Physician 2022;106:137-47.
4. Droppelmann K, Majluf-Cáceres P, Sabatini-Ugarte N, Valle E, Herrera H, Acuña D. Loxoscelismo. Experiencia en 200 pacientes. Rev Med Chil 2021;149:682-8.
5. Lopes PH, Squaiella-Baptistão CC, Marques MOT, Tambourgi DV. Clinical aspects, diagnosis and management of Loxosceles spider envenomation: literature and case review. Arch Toxicol 2020;94:1461-77.
6. Isbister GK, Fan HW. Spider bite. Lancet 2011;378:2039-47.
7. Swanson DL, Vetter RS. Bites of brown recluse spiders and suspected necrotic arachnidism. N Engl J Med 2005;352:700-7.
8. Orduna TA, Lloveras SC, de Roodt AR, Costa de Oliveira V, García SI, Haas AI. Guía de prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica de los envenenamientos por arañas. En: Edición 2012 file:///C:/Users/Pablo-Young/Downloads/08-2012-guia-envenenamiento-aranas%20(1).pdf, (consultado el 22/08/2022).