

Loxoscelismo cutáneo: reporte de caso

Cutaneous loxoscelism: case report

Ever Estuardo Morataya López⁽¹⁾, Harold Jasson Galindo Berqueffer⁽¹⁾.

1. Departamento de Cirugía, Hospital Roosevelt, Guatemala, Guatemala.

Correspondencia: Dr. Ever Morataya, morataya.ever@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36109/rmg.v162i1.604>

Recibido: 31 de Agosto 2022 - **Aceptado:** 20 de Septiembre 2022 - **Publicado:** Febrero 2023

Resumen

Se denomina loxoscelismo al cuadro clínico resultante de una mordedura de araña del género *Loxosceles*. Hay dos variedades clínicas: local o cutánea (80% de los casos) y sistémica o cutáneo-visceral. Ambas presentan complicaciones potencialmente serias, desde eritema, necrosis cutánea, hemólisis, falla renal e incluso la muerte. Actualmente no existe un tratamiento estándar para este tipo de pacientes.

Palabras clave: Loxoscelismo cutáneo, mordedura de araña, *Loxosceles*.

Abstract

Loxoscelism is the clinical manifestation from a spider bite of the genus *Loxosceles*. There are two clinical varieties: local or cutaneous (80% of cases) and systemic or cutaneous-visceral. Both present serious potential complications, from erythema, skin necrosis, hemolysis and even death. There is currently no standard treatment for this type of patient.

Keywords: Cutaneous loxoscelism, spider bite, *Loxosceles*.

Presentación de caso

Paciente masculino de 34 años de edad, sin antecedentes, consultó al servicio de emergencia por dolor y eritema en la cara medial del muslo derecho de 3 días de evolución, secundario a mordedura de araña mientras dormía. Al momento de consultar describió una araña color café oscuro, alargada, aspecto piloso, compatible con *Loxosceles Laeta*. Al examen físico destaca, en la cara póstero interna del muslo derecho, una lesión eritematosa de +/- 15 x 15 cms, bordes irregulares, centro de lesión con necrosis cutánea, flictenas, calor y dolor a palpación (Fig. 1A). Presentaba zona de eritema leve de 5 x 5 cms en cara posterior de pierna derecha, a +/-20 cms de lesión de muslo. Se administraron líquidos intravenosos, antihistamínicos y esteroides.

Se realizó lavado y desbridamiento amplio + escarectomía tangencial (Fig. 1B y 1C). A los 4 días, por necrosis de lesión de pierna derecha, se efectuó lavado y desbridamiento + escarectomía tangencial amplia. Un tercer lavado se realizó 7 días después (Fig. 1D). Se manejaron ambas áreas cruentas con curaciones diarias en servicio, las cuales evolucionaron adecuadamente con granulación de tejido y posteriormente a las 3 semanas de haber ingresado se decide realizar un injerto de espesor parcial de piel para cubrir área cruenta. Paciente egresa satisfactoriamente.

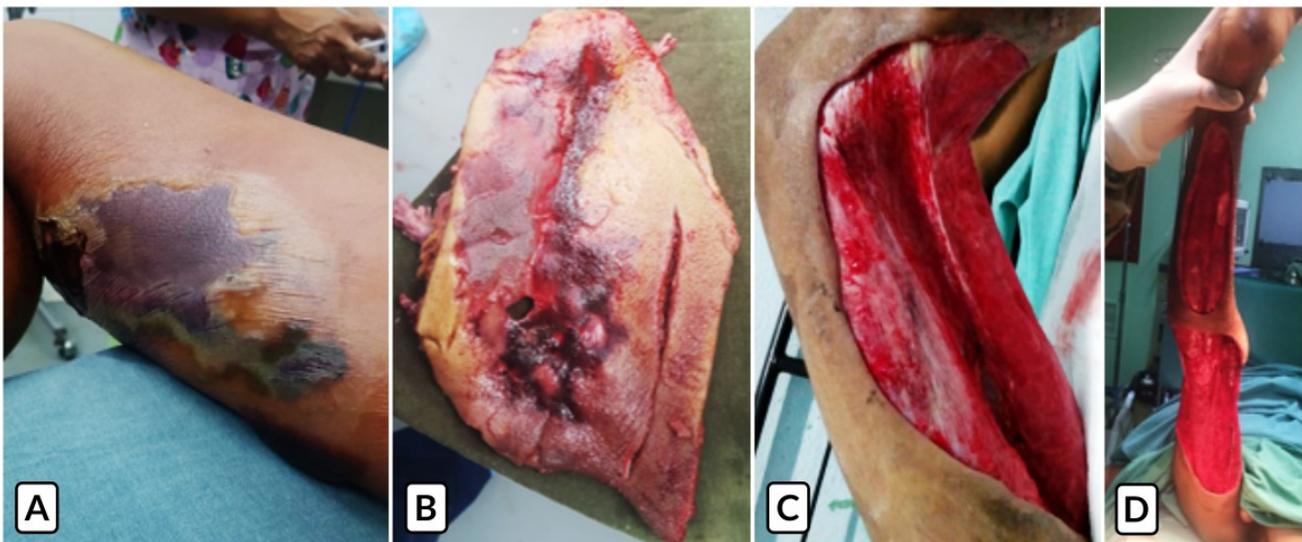


Fig. 1. Loxoscelismo cutáneo. A) Presentación inicial. B y C) 1er lavado y desbridamiento amplio + escarectomía tangencial. D) 3er lavado se realizó 7 días después (Fig. 1D).

Discusión

En Centroamérica y Sudamérica, la especie más frecuente es *Loxosceles Laeta*, también llamada araña del rincón o araña violín [1,2]. Su mordedura se produce en ambientes cálidos y ambientes oscuros, tanto domésticos como al aire libre [2]. El veneno es dermonecrotico y viscerotóxico, su componente principal es la esfingomielinasa D, responsable de necrosis y hemólisis; su mecanismo de acción está mediado por la activación del complemento y liberación de citocinas, produciendo un cuadro similar al shock endotóxico [1,3,4].

El loxoscelismo cutáneo representa el 80-95% de los casos. Cuadro caracterizado por eritema, edema, dolor en las primeras 6-8 horas de la mordedura [1]. Evoluciona a un halo isquémico alrededor de la lesión, con formación de ampollas con contenido hemorrágico. A las 24 horas se produce una “placa livenoide” la cual es indurada y marmórea con centro pálido y borde eritematoso [1,4,5]. Posteriormente progresa a necrosis central y escara [1,2].

El diagnóstico es clínico. Debe realizarse observación del paciente por 24 horas [1,5]. El manejo es controversial, en la variedad cutánea el tratamiento incluye hielo local, elevación de la extremidad, curaciones de la herida y de ser necesario, el desbridamiento quirúrgico extenso en sala de operaciones para evitar la infección de los tejidos necróticos. Se han descrito diversos tratamientos para las dos variedades de loxoscelismo: corticoesteroides, antihistamínicos, antibióticos y suero antiloxosceles. A la fecha no existe consenso en el tratamiento de estos pacientes, el manejo depende de la evolución del cuadro clínico del paciente.

Referencias bibliográficas / References

1. Capelli L. Cutaneous loxoscelism. Revista Dermatología Argentina. 2019, Vol. 25, No. 2, pág. 64-68. ISSN 1669-1636
2. Jara R. Síndrome compartimental agudo como complicación de un loxoscelismo cutáneo edematoso. Revista Chilena de Infectología. 2020, Vol. 37, No. 2, pág. 175-178.
3. Del-Puerto C, Saldías-Fuentes C, Curi M, Downey C, Andino-Navarrete R. Revista Chilena de Infectología. 2018, Vol. 35, No. 3, pág. 266-275.
4. Manríquez M, Juan J; Silva V, Sergio. Loxoscelismo cutáneo y cutáneo-visceral: Revisión sistemática. Revista Chilena de Infectología. 2009, Vol. 26, No. 5, pág. 420-432.
5. Cardona-Hernández M, Barragán-Dessavre M, Muñoz-de-Peña KV, Rodríguez-Quintanilla IC. Loxoscelismo cutáneo. Revista del Centro Dermatológico Pascua. 2019, Vol. 28, No. 3, pág. 122-126.