

Aspectos clínicos y epidemiológicos del loxoscelismo en un hospital de primer nivel

Clinical and epidemiological aspects of loxoscelism in a first level hospital

Luis Enrique Núñez-Moscoso¹ y Sharlot Chacón-Arévalo²

RESUMEN

Objetivo. Determinar las características clínicas y epidemiológicas del loxoscelismo en un hospital de primer nivel.

Materiales y Métodos. En un estudio descriptivo y retrospectivo se evaluaron un total de 12 casos con diagnóstico de loxoscelismo en el Hospital I Edmundo Escomel, en el periodo comprendido entre enero de 2008 a abril de 2012.

Resultados. El 67% de los casos correspondió al sexo femenino, el grupo etario más afectado fue el de 41-60 años (42%), y el lugar de procedencia fue de la zona urbana en el 58% de los casos. La forma clínica más común fue la cutánea (92%), la ubicación topográfica más común fue en las extremidades (inferiores 33% y superiores 25%), el tiempo transcurrido entre la mordedura y la ayuda médica fue en el 67% de los casos entre las 24 y 48 horas. Las manifestaciones locales más frecuentes fueron edema y eritema en el 100% de casos. El 92% de los pacientes estudiados presentó hemoglobinuria. En el tratamiento se utilizó antibióticos (75%), esteroides (100%), bloqueadores H1 (75%) y bicarbonato (83%).

Conclusión. El loxoscelismo produce una lesión altamente sugestiva y la suma de los hallazgos clínicos y epidemiológicos pueden establecer el diagnóstico, inclusive si la araña no es identificada o capturada.

Palabras clave. Loxoscelismo, Loxosceles, araña, mordedura, veneno, complicaciones.

ABSTRACT

Objective. To determine the clinical and epidemiological characteristics of loxoscelism in a first level hospital.

Material and Methods. A retrospective and descriptive study was done on 12 cases of loxoscelism in the Hospital I Es Salud Edmundo Escomel, between January 2008 and April 2012.

Results. 67% of cases were female, the group age most affected was between 41 to 60 year-old (42%), the most

frequent locations were areas around the city (58%). The most common lesion was cutaneous (92%). The majority of lesions were in extremities (lower 33% and upper 25%) The disease time until to arrive to the hospital was within the first 24 to 48 hours (67%), the most frequent local manifestations were erythema and edema (100%). Hemoglobinuria was found in 92%. As treatment, it was used antibiotics (75%), steroids (100%), H1 blockers (75%) and sodium bicarbonate (83%).

Conclusion. Loxoscelism produce a highly suggestive lesion and the sum of the epidemiologic and clinical features could establish the diagnosis, even the spider is not identified or captured.

Key words. Loxoscelism, Loxosceles, brown recluse spider, bite, venom, complications.

1. Especialista en Medicina Interna
2. Medicina general

INTRODUCCIÓN

Los artrópodos constituyen las dos terceras partes del reino animal. Los arácnidos son una clase importante dentro de este phylum y, además de los escorpiones y ácaros, las arañas tienen importancia médica. Existen aproximadamente 40 000 especies de arañas descritas alrededor del mundo; de ellas, solo 200 especies de 20 géneros pueden causar daño al ser humano.¹ El género *Loxosceles* incluye diferentes especies de arañas y representa una causa importante de aracnoidismo necrótico. *Loxosceles laetaes* la especie más difundida de este género y es causante de 38% de accidentes reportados por mordedura de araña anualmente en el país.²

El loxoscelismo es el cuadro tóxico causado por el veneno que inyectan las arañas del género *Loxosceles* al morder. Puede presentarse bajo dos formas clínicas: loxoscelismo cutáneo y loxoscelismo cutáneo-visceral. Esta última, si bien no es la más frecuente, es la complicación más seria con una mortalidad entre 15 al 25%.³ No existe relación entre la forma clínica del loxoscelismo y el sitio de la mordedura o tamaño de la lesión local.

Varios estudios han demostrado que el veneno de la araña *Loxosceles* es rico en varias enzimas como hidrolasas, hialuronidasas, lipasas, peptidasas, colagenasas, fosfatasa alcalina, 5-ribonucleotidasa, fosfohidrolasas y otras proteasas. Un componente importante para la aparición de la lesión dermonecrótica parece ser la esfingomielinasa D que interactúa con la membrana celular y genera reacciones que involucran a los componentes del complemento, plaquetas y polimorfonucleares. Esta esfingomielinasa D es la responsable de la hemólisis intravascular.⁴

Varios tratamientos han sido propuestos como analgésicos, esteroides, antibióticos, antihistamínicos, sulfonas, suero antiarácido polivalente, oxígeno hiperbárico, escisión quirúrgica y el uso de azúcar granulada para mejorar la herida, además de terapia de sostenimiento.

En este trabajo se presenta una descripción epidemiológica de los casos de loxoscelismo acontecidos en un hospital de nivel I.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo que incluyó 12 casos registrados de loxoscelismo atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital I EsSalud Edmundo Escomel, de enero de 2008 a abril de 2012.

Para cada uno de los casos de confeccionó una ficha individual con los datos obtenidos del registro epidemiológico del Ministerio de Salud modificada para fines del estudio y de la revisión de las historias clínicas respectivas.

Para el análisis estadístico se empleó tabulaciones en patrones de clasificación simple, expresados en frecuencias relativas y absolutas, medias y desviación estándar.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron 12 casos de loxoscelismo. Se encontró que el 67% de los pacientes fueron de sexo femenino.

En cuanto a edad de los afectados; menos de 20 años, ninguno; de 21 a 40 años, tres casos (25%); de 41 a 60, cinco casos (42%); y, de 61 a 80 años, cuatro casos (33%). La menor edad registrada fue de 31 años, mientras que la mayor edad fue 71 años.

El lugar de procedencia fue predominantemente urbano en 7 casos (58%), mientras que el resto fue de procedencia rural. El tiempo transcurrido entre la mordedura y la ayuda médica fue menos de 24 horas, ninguno; entre las 24 y las 48 horas, 8 casos (66%); entre 48 y 72 horas, 2 casos (17%); y, más de 72 horas, 2 casos (17%), siendo el mayor tiempo transcurrido de 168 horas.

La forma clínica más común fue la cutánea con 11 casos (92%) mientras que la víscero-hemolítica solo se presentó en un caso (8%).

Entre las manifestaciones locales más frecuentes se encontró edema y eritema en el 100% de los casos. La ubicación topográfica más común fueron las extremidades inferiores (33%) y los miembros superiores (25%), tronco (25%) y dos casos (17%) en otros sitios. El tiempo promedio de la estancia hospitalaria fue de tres días con un rango de menos de una a 6 días.

El 92% de pacientes del estudio (11 casos) presentó hemoglobinuria. Se registro una evolución sin complicaciones en la mayoría de los casos (92%) y solo un paciente presentó insuficiencia renal aguda (8%);

No se logró capturar a la araña en ningún caso pero se le pudo identificar en seis pacientes (50%).

En el tratamiento se utilizaron antibióticos (75%) con el uso preferencial de clindamicina, esteroides (100%), bloqueadores H₁ (75%) y bicarbonato de sodio (83%).



DISCUSIÓN

Muchas de las características presentadas en este estudio ya han sido reportadas anteriormente en pacientes mordidos por arañas del género *Loxosceles*.⁵

Debido a que en nuestro hospital no contamos con suero antiloxoscélico, ninguno de los pacientes del estudio recibió dicho tratamiento. La literatura refiere que el suero antiloxosceles debe ser administrado durante las primeras cuatro a seis horas; sin embargo, nuestros pacientes acudieron después de ese lapso de tiempo a la consulta médica.

El diagnóstico de loxoscelismo esta raramente basado en la identificación de la araña y los pacientes generalmente son mordidos cuando duermen o se visten. Una de las dificultades para llegar al diagnóstico correcto es el hecho que en las etapas tempranas la lesión no presenta aspectos claramente definidos y puede ser erróneamente diagnosticado como celulitis o picadura de insecto.⁶

El loxoscelismo víscero-hemolítico es relativamente infrecuente y puede tener un curso independiente de la reacción local. Ciertas características del paciente, como la edad y la variación genética, pueden estar implicadas en la gravedad del envenenamiento.⁷

Existe controversia con respecto al valor de las drogas y el suero antiloxoscélico.⁸ Sin embargo, en la actualidad no se ha realizado estudios clínicos controlados a gran escala y el mejor esquema terapéutico todavía está por

definirse. Es de importancia recalcar que la efectividad de cada tratamiento depende del tiempo transcurrido entre la mordedura y la asistencia médica.⁹

En conclusión, el loxoscelismo produce una lesión altamente sugestiva y la suma de los hallazgos clínicos y epidemiológicos pueden establecer el diagnóstico, incluso si la araña no es identificada o capturada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Webb C, Maguiña C, Gonzales E. Factores asociados a la presentación viscerohemolítica de loxoscelismo en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, entre el 2000 y 2008. *Acta Med Per.* 2010;27(1):29-36.
2. Ministerio de Salud (Minsa). Manual de animales ponzoñosos, 2003. Lima, Perú.
3. Maguiña C, Hinojosa JC, Gutiérrez R, et al. Enfermedades por artrópodos. Parte I: Loxoscelismo cutáneo y cutáneo visceral en el Perú. *Dermatol Per.* 2004;14(2):134-139.
4. Forrester LF, Barret JT, Campbell BJ. Red blood cell lysis induced by the venom of the brown recluse spider. The role of sphingomyelinase D. *Arch Biochem Biophys.* 1978;87:355-356.
5. Sanabria H, Zavaleta A. Panorama epidemiológico del loxoscelismo en el Perú. *Rev Med Exp.* 1997;15(2):33-41.
6. Wilson DC, King Jr LE. Spiders and spiders bites. *Derm Clin.* 1990;8:277-286.
7. Futrell JM. Loxoscelism. *Amer J Med Sci.* 1992;304:261-267.
8. Zavaleta A. Loxoscelismo, un problema de salud en el Perú. *Bol Ofic Sanit Panamer.* 1987;103:378-386.
9. Rees RS, Campbell D, Rieger E, King Jr LE. The diagnosis and treatment of brown recluse spider bites. *Ann Emerg Med.* 1987;16:945-949.

Correspondencia: Dr. Luis Enrique Núñez Moscoso, lnunez10@hotmail.com

Fecha de recepción: 3 de diciembre de 2012. Fecha de aprobación: 25 de febrero de 2013.