

Picadura por araña *Loxosceles rufescens* en el dedo de una mano: a propósito de un caso

Loxosceles rufescens bite on the finger of one hand: a case report

Aguirre-Rodríguez, C.¹; Hernández-Martínez, N. M.²; Sánchez-Ortega, C.³

¹ MFyC, UGC Benahadux, Almería, España

² DUE, Consultorio Local de San Agustín, Almería, España

³ Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España

Resumen

Las picaduras por artrópodos son frecuentes en nuestro medio. El veneno de la araña *Loxosceles rufescens* tiene propiedades necrotizantes, hemolíticas, vasculíticas y coagulantes, y el cuadro puede presentarse como loxoscelismo cutáneo o loxoscelismo sistémico, menos frecuente. En la piel provoca dolor, eritema y edema localizados, seguido por el desarrollo de la necrosis, esto es debido a alteraciones vasculares, con áreas de vasoconstricción y otras de hemorragias que conllevan a isquemia local y a veces a la placa gangrenosa.

Presentamos el caso de una paciente de 40 años que sufrió una mordedura de araña en el segundo dedo de la mano derecha, donde desarrolló una lesión necrótica con afectación articular, y que acabó con tratamiento quirúrgico debido a una evolución tórpida.

Abstract

Arthropod stings are frequent in our environment. The venom of the spider *Loxosceles rufescens* has necrotizing, hemolytic, vasculitic and coagulating properties, and the picture can be presented as cutaneous loxoscelism or systemic loxoscelism, less frequent. In the skin it causes pain, erythema and localized edema, followed by the development of necrosis, this is due to vascular alterations, with areas of vasoconstriction and other hemorrhages that lead to local ischemia and sometimes gangrenous plaque.

We present the case of a 40-year-old patient who suffered a spider bite on the second finger of the right hand, where she developed a necrotic lesion with joint involvement, and which ended with surgical treatment due to the torpid evolution.

Palabras clave: Picaduras; Arañas; Loxoscelismo; *Loxosceles rufescens*.

Keywords: Stings; Spiders; Loxoscelism; *Loxosceles rufescens*.

INTRODUCCIÓN

Las picaduras por artrópodos son muy frecuentes en nuestras consultas, las más habituales son producidas por insectos como moscas, mosquitos, pulgas, abejas y avispas, algunos miriápodos del tipo ciempiés, y arácnidos como arañas y escorpiones. Las arañas abundan en nuestro entorno, así como en el resto de Europa. Muchas especies poseen veneno efectivo, aunque sólo excepcionalmente son causa de patogenicidad. Dentro de esas especies, la picadura por *Loxosceles rufescens* o araña de rincón es una de las opciones a considerar en España. Esta araña, que habita normalmente en nuestros domicilios, origina lesiones de forma excepcional, tras la picadura causa un edema local llamativo y posteriormente, a las 24 o 48 horas, una placa violácea con áreas pálidas y hemorrágicas, que finalmente se limita a un área dérmica necrótica concreta, que corresponde al estadio final del proceso.

La picadura por *Loxosceles* siempre es accidental y puede dar lugar a una necrosis muy extensa con formación de úlceras de difícil cicatrización y en ocasiones produce lesiones deformantes que requieren una intervención quirúrgica (1,2).

Estas arañas tienen una actividad principalmente nocturna, se reproducen fundamentalmente en la época de verano, se alimentan de pequeños insectos, no suelen ser agresivas y sólo atacan si se sienten amenazadas, las picaduras se producen sobre todo en los miembros superiores o inferiores, cara, tórax y cuello. A pesar de que en España y en otras zonas del mediterráneo existen algunos casos registrados por la picadura de esta araña, en su variedad de *L. rufescens*, las formas de Loxoscelismo más graves son típicas de los países de África y América del Sur (2,3).

Este tipo de arañas inyectan su veneno a través de sus quelíceros, dos apéndices con una potente musculatura y una

afilada uña distal que clavan a su presa, el veneno proviene de una glándula en la zona cefálica, su acción es esencialmente proteolítica y necrótica (disuelve los tejidos causando muerte celular) (2).

Se habla entonces de loxocelismo como un síndrome clínico causado por la mordedura de las arañas del género *Loxosceles*. Este síndrome tiene dos subtipos: el cutáneo, que se inicia con dolor y eritema local, evolucionando en una úlcera necrótica de extensión y profundidad variables, y el sistémico, que a las manifestaciones cutáneas referidas se le agrega anemia hemolítica y en casos graves compromiso renal (4).

CASO CLÍNICO

Paciente de 40 años, mujer, sin antecedentes de salud importantes, que acude a consulta de Atención Primaria por lesión inflamatoria en dorso de falange 3 del segundo dedo de la mano derecha. Desconoce el motivo, se le prescribe antibiótico oral y AINEs por sospecha de picadura de insecto (Figura 1). Tras una semana de tratamiento con antiinflamatorios y antibiótico (Cefditoreno 400 mg) no se observa mejoría, se le cambia el antibiótico a Amoxicilina 875/Clavulánico 125 y un corticoide oral. Esta segunda tanda de tratamiento sigue sin ser fructífera, se aprecia lesión del aparato extensor del dedo afecto, secundaria a la infección, por lo que se decide derivar a atención especializada.



Figura 1. Dedo eritematoso, infección zona picadura

El servicio de traumatología valora que es debido a una posible picadura de araña del tipo *L. rufescens*, la paciente cree recordar un pinchazo leve al meter la mano en una caja de cartón. Ha desarrollado una infección severa del segundo dedo con extensión a la mano, presenta un dedo en martillo por lesión completa del aparato extensor secundaria a la infección, rigidez IFP e IFD dolorosa (Figura 2). Se le prescribe una férula de Stack 24 horas al día durante 5-6 semanas. En la reevaluación tras ese tiempo se le cambia la férula a una palmar de IUD para mover el resto de las articulaciones, ya que la inflamación ha disminuido bastante. Persiste la rigidez IFP.



Figura 2. Dedo en martillo con zona de picadura ulcerada tras caída de costra necrótica

En la siguiente visita, debido a la inestabilidad por la artritis séptica sufrida, se decide realizar artrodesis IFD del segundo de dedo de la mano derecha con tornillo de 20 mm. (Figura 3). Las secuelas que le quedan son la rigidez por fijación con tornillo de la segunda y tercera falange del segundo dedo de la mano derecha y rigidez de resto de articulaciones de esa misma falange.



Figura 3. Radiografía de la artrodesis IFD del segundo dedo de la mano derecha.

DISCUSIÓN

Las picaduras de araña pueden ser relativamente frecuentes, pero en la mayoría de las ocasiones pasan prácticamente desapercibidas o es imposible confirmar que la picadura ha sido producida por este insecto, asimismo es muy difícil confirmar a qué género pertenece el agente específico. La más frecuente en el área mediterránea es la *L. rufescens*, como en el caso que nos ocupa, también se le conoce como araña asesina, reclusa, de violín o araña de rincón. Suele tener color marrón y la forma del cuerpo presenta unas rayas más oscuras, recordando la forma de un violín. La hembra adulta puede llegar a medir hasta 30 mm con las patas extendidas. Presenta 4 pares de ojos y las podemos encontrar detrás de cuadros, espejos, muebles cercanos a la pared (de ahí que es llamada araña del rincón), persianas, etc. (5).

El loxoscelismo cutáneo (lesión dermo-necrótica) comienza con una lesión local en el sitio de la picadura, en los tres primeros días puede aparecer necrosis, ulceración y aparición de un centro rojo eritematoso rodeado de un blanco indurado y otro violáceo más externo, seguido de una costra necrótica a partir del quinto/séptimo día, que se desprende, dejando expuesta una zona ulcerada que cierra por segunda intención, generalmente dejando cicatriz. Las lesiones en abdomen, muslos y zona glútea son de mayor tamaño, y se asocian a mayores secuelas. La zona afectada es muy dolorosa, y en ocasiones se produce un cuadro general con fiebre, cefalea, mialgias, fracaso renal o manifestaciones por trastornos de la coagulación (1,2,6). En raras ocasiones las lesiones locales son tan intensas que requieren desbridamiento quirúrgico e injertos cutáneos, como es nuestro caso.

La fisiopatología del cuadro clínico parece radicar en el efecto de diversas enzimas, como la esfingomielinasa-D (activa el complemento, las células polimorfonucleares y plaquetas, responsable de la necrosis y hemólisis), que actúa a nivel vascular, dando lugar a edema, adelgazamiento del endotelio vascular, acumulación de células inflamatorias, vasodilatación, coagulación intravascular, degeneración de las paredes vasculares, hemorragias/vasculitis. En los cuadros sistémicos es muy frecuente la hemólisis con manifestaciones viscerales, producida por la modificación de los componentes de la membrana eritrocitaria y vascular (7).

El tratamiento se basa en medidas de soporte para reducir los efectos inflamatorios locales, hielo, inmovilización; analgesia y cobertura antibiótica para evitar la sobreinfección. Otros tratamientos empleados han sido la dapsona, la colchicina, el oxígeno hiperbárico y los corticoides, con escasa evidencia. El manejo quirúrgico se aconseja en fases tardías, cuando se delimita el tejido necrótico, e incluye el desbridamiento, extirpación y reconstrucción en su caso (1,7,8).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zaragoza Fernández M, López Ortiz R, Domínguez Bueno E, Santos Velasco J, Gavrto Gómez M. Loxoscelismo cutáneo. *Emergencias*. 2008; 20: 64-7.
2. Garriga S, Montero M, Nogué S. Picadura por *loxosceles rufescens*. *Rev Toxicol*. 2006; 23: 156-7.
3. Schenone H. Cuadros tóxicos producidos por mordedura de araña en Chile. *Rev Med Chile*. 2003; 131: 437-44.
4. Pichardo-Rodríguez, R. Injuria renal aguda en loxoscelismo, aspectos inmuno-histopatológicos. *Rev Fac Med Hum*. 2018; 18(2): 103-4.
5. Hernández Pérez, N, Alonso Gordo, JM, y Fuentes López, A. Loxoscelismo cutáneo. *Rev Clin Med Fam*. 2012; 5(1): 73-5.
6. Sánchez Olivas MA, Valencia Zavala MP, Sánchez Olivas JA, Sepúlveda Velázquez G, Vega Robledo GB. Loxoscelismo cutáneo necrótico. Informe de un caso. *Rev Alergia Mex*. 2011; 58(3): 171-6.
7. Rodríguez-Jara, P, Montes-Carmona, JF, Albarracín-Arjona, B, Infante-Cossío, P. Picadura por araña *Loxosceles* en labio inferior. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2017; 39(2): 113-24.
8. Martínez Martín M, Álvarez Poveda JL, Nicot Martínez ME, Moreno Martínez Y. Picadura de araña marrón (*Loxosceles laeta*). Presentación de un caso. *Rev Inf Cient*. 2018; 97(2): 369-76.