



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

199/177 - ¿UNA PICADURA DE ARAÑA PUEDE SER LETAL?

A. Gala González^a, I. Galán Muriel^b, J. Hernández García^c y J. Castro Moreno^d

^aMédico Residente de 4º año; ^bMédico de Familia. Médico de Urgencias; ^cMédico de DCCU. CS de Montoro. Córdoba. ^dMédico Residente de 3º año. CS de La Carlota. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, dislipemia, intervención quiste mamario benigno. Mujer de 78 años que acude a consulta por dolor en brazo derecho con lesión eritematosa e indurada de pocos mm en cara interna del brazo sin referir traumatismo ni picadura. Se le pauta amoxicilina/ácido clavulánico y mupirocina.

Exploración y pruebas complementarias: Consulta dos días después por aumento de la misma lesión por lo que se le administra metilprednisolona intramuscular y continuar con mismo tratamiento. Acude 5 días después porque la lesión se ha extendido considerablemente (aporte fotografías de las lesiones) y presenta una pequeña escara central de aspecto hemorrágico y un exantema morbiliforme en escote y abdomen. No fiebre ni afectación del estado general. Tras valoración se le pauta prednisona 30 mg 1 comprimido por la mañana durante 5 días, continuar con amoxicilina/clavulánico, ibuprofeno 1 comprimido cada 12 horas durante 3 días, omeprazol 20 mg 1 cápsula al día y, si fiebre o empeoramiento, pautar doxiciclina y derivar a urgencias para descartar loxoscelismo.

Juicio clínico: Picadura de artrópodo.

Diagnóstico diferencial: Herpes simple infectado, herpes zoster hemorrágico, vasculitis, celulitis, fascitis necrotizantes, artritis dermatitis gonocócica, erisipela, fiebre botonosa, otras picaduras o mordedura de insectos, forúnculos, penfigoides, eritema multiforme, eritema migratorio, equimosis por traumatismos, carbunco cutáneo, pioderma gangrenoso.

Comentario final: La paciente evolucionó de forma favorable mejorando considerablemente la lesión con el tratamiento prescrito. Las picaduras más habituales son producidas por insectos, miriápodos y arácnidos (arañas y escorpiones). El veneno de la araña *Loxosceles* tiene propiedades necrotizantes, hemolíticas, vasculíticas y coagulantes. En la piel puede provocar graves alteraciones vasculares, con áreas de vasoconstricción y otras de hemorragias que conllevan de inmediato a la isquemia local y a veces a la placa gangrenosa. Tiene una letalidad entre 5 a 20%, por lo que una buena anamnesis y tratamiento adecuado harán que la enfermedad no avance a su forma más letal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pastrana J, Blasco R, Erce R, Pinillos MA. Picaduras y mordeduras de animales. Anales Sis San Navarra. 2003;26(Supl.1).

2. Cabrerizoa S, Docampo PC, Caria C, et al. Loxoscelismo: epidemiología y clínica de una patología endémica en el país. Arch Argent Pediatr. 2009;107:152-9.

199/178

DOCTOR, ¿Y TENGO QUE DEJAR DE CORRER?

A. Gala González^a, I. Galán Muriel^b, J. Castro Moreno^c y J. Hernández García^d

^aMédico Residente de 4º año; ^bMédico de Familia. Médico de Urgencias; ^dMédico de DCCU. CS de Montoro. Córdoba. ^cMédico Residente de 3º año. CS de La Carlota. Córdoba.

Descripción del caso: Paciente varón de 34 años, sin antecedentes personales de interés que desde hace dos años trabaja en Paraguay y no ha podido consultar antes por este problema. Acude a consulta en marzo 2016 porque quiere correr la maratón de Río de Janeiro a finales de mayo 2016 y desde la semana anterior refiere dolor a nivel aquileo bilateral acompañado de un bultoma que ha ido aumentando de meses de evolución y ya le preocupa porque quiere correr la maratón y no se ha podido preparar esta semana.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración dolor a la palpación en inserción de tendón de Aquiles bilateral con bultomas a dicho nivel de consistencia dura e inmóvil, fijado a hueso. Se le solicita radiografía de ambos pies y tobillos (aportó fotografías de las radiografías) donde se aprecian sesamoideos fracturados en cabeza del primer metatarsiano de ambos pies, ambos escafoides hipertrofiados y prominencia de la tuberosidad posterior de ambos calcáneos, que ante los hallazgos se contacta telefónicamente con el radiólogo de guardia del hospital quien nos refiere que se denomina ost trigonum y va relacionado con la patología comúnmente llamada síndrome de Haglund. Tras los hallazgos derivamos al paciente a aparato locomotor y le aconsejamos reposo relativo, modificación del calzado (uso de zapato blando o sin contrafuerte posterior), antiinflamatorios orales, hielo y uso de taloneras, para elevar el talón y evitar el roce.

Juicio clínico: Síndrome de Haglund.

Diagnóstico diferencial: Xantomatosis (produce un engrosamiento parecido del tendón de Aquiles), algunas entesitis (síndrome de Reiter), las artritis gotosa y reumatoides.

Comentario final: Tras la interconsulta le diagnostican de enfermedad de Haglund y se le pauta higiene postural, plantillas de descarga metatarsial con protección de ortopedia a nivel posterior del talón y evitar la sobrecarga (disminuir el nivel de entrenamiento en maratón). La deformidad de Haglund es una alteración en la morfología del calcáneo, que forma una prolongación ósea vertical en la tuberosidad posterosuperior. La tríada clásica es tendinitis aquilea, bursitis retrocalcánea y deformidad de Haglund. El tendón de Aquiles suele estar aumentado de tamaño en su inserción y su afectación puede incluir la degeneración mucosa o la rotura parcial. En cierta medida el factor hereditario influye en la deformidad de Haglund. Las personas pueden heredar un tipo de estructura del pie que las hace propensas a desarrollar esta condición: un pie con arco elevado, un tendón de Aquiles tenso y la tendencia a caminar sobre el lado exterior del talón. Esta enfermedad suele ceder con el tratamiento médico conservador antes expuesto pero si empeorase se puede plantear el tratamiento quirúrgico. Nuestro paciente ha mejorado considerablemente con la ortesis plantar, la protección de talón a nivel posterior y la higiene postural disminuyendo el dolor y la sobrecarga a nivel de la inserción del tendón de Aquiles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sierra-Solís A, Romero-López AI, Martín-Rodrigo JL. Síndrome de Haglund. Revista Semergen. 2012;38(1).

2. Lee JC, Calder JC, Healy JC. Posterior impingement syndromes of the ankle. *Semin Musculoskelet Radiol.* 2008;12:154-69.