

333/4 - CUANDO LA PICADURA ES IMPORTADA

G. Quispe Figueroa¹, P. Ramírez Cabello², A. Molina Siguero³, F. Fernández Salgado⁴.

¹Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bartolomé González. Móstoles. Madrid.²Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Presentación Sabio. Madrid.³Médico de Familia. Centro de Salud Presentación Sabio. Madrid. ⁴Médico de Familia. Hospital Universitario de Móstoles. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 74 años, natural de Brasil, residente en España hace 35 años. Antecedentes personales: alergia a penicilina, poliartrosis, colecistectomizada. Refiere que hace dos semanas en su país de origen, tuvo contacto con "tela de araña" sin notar picadura. Tras 48 horas inicia dolor intenso urente en hombro derecho con aparición de ampollas de contenido seroso que se han extendido por región posterior de cuello y hemitórax derecho, No otra clínica . Al volver, acude a centro de salud donde diagnosticaron Herpes Zoster(HZ) e inician aciclovir a dosis bajas sin mejoría, por este motivo derivan a urgencias, donde realizamos cuidado de las lesiones, manejo del dolor y empezamos tratamiento empírico con linezolid, ingresando en infecciosas con la sospecha de HZ Impetiginizado.

Exploración y pruebas complementarias: Grandes placas de necrosis cutánea confluentes con costras y supuración que se extienden desde la región cervical posterior a lo largo del hemitórax derecho y llegando hasta la mama. Hemograma. Leucocitos: 7960; segmentados 70%; cayados: 3%; linfocitos: 14%; Hb: 10.9 g/dl; Hto: 34.2%; plaquetas: 488.000; VSG: 101 mm/h. Bioquímica: glucemia: 132 mg/dl; PCR: 155 mg/L. Proteinograma: Ligero aumento de reactantes de fase aguda. Serologías: VIH positivo (ELISA y Western blot).

Juicio clínico: Loxoscelismo cutáneo necrótico en paciente con VIH.

Diagnóstico diferencial: Picaduras de otros insectos, herpes simple, herpes zoster, erisipela, carbunco, lupus cutáneo, edema angioneurótico, penfigoides, eritema multiforme, eritema migratorio y vasculitis. Dado el VIH, hay que descartar infecciones oportunistas atípicas (fúngica: esporotricosis, aspergilosis, blastomicosis, paracoccidioidomicosis o micobacteriana: úlcera de Buruli).

Comentario final: Las arañas del género *Loxosceles* se asocian a 2 formas de lesiones: 1. Cutánea que puede ser edematosa o necrótica, y 2. Cutánea visceral que puede producir hemólisis, fallo renal e incluso muerte. El diagnóstico es clínico. El tratamiento de la forma cutánea consiste en cuidado de la lesión, manejo del dolor, profilaxis antitetánica si precisa y antibióticos de amplio espectro si hay infección. La administración del suero antiloxosceles no se recomienda en nuestro país. La escisión quirúrgica se realiza si la lesión está demarcada y clínicamente estable, para favorecer una mejor cicatrización.

Bibliografía

Vetter RS. Bites of recluse spiders. In: UpToDate, James F Wiley(Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2017.
Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/bites-of-recluse-spiders>

Palabras clave: Picadura Araña. Loxoscelismo. Atención Primaria.