



Carta científica

Necrosis séptica de miembro inferior secundaria a picadura de araña reclusa parda



Septic limb necrosis, secondary to a brown recluse spider bite

La picadura de araña reclusa parda (*Loxosceles reclusa*) es una entidad infrecuente en nuestro medio, pero es importante incluirla en el diagnóstico diferencial de una celulitis porque su evolución puede ser mortal. Presentamos un caso de necrosis séptica de miembro inferior secundaria a picadura de araña reclusa parda en nuestro medio.

Varón de 43 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por cuadro de dolor en pie derecho, junto con signos de Celso, tras picadura de arácnido en las 48 h previas, asociado a fiebre, náuseas, vómitos, artralgias, cefaleas y orina oscura. A la exploración física: 38 °C, orina colúrica, resto de constantes normales. Lesión papular en pliegue interdigital del 4.º y 5.º dedos del pie derecho asociada a una celulitis incipiente en el dorso del pie (fig. 1). Analítica: 29.720 leucocitos/ μ l (85% polimorfonucleares); PCR: 14,7; lactato: 1,1; CPK: 138; urea: 32; creatinina: 0,98; resto de parámetros normales. Radiografía de tórax normal. Eco-Doppler de miembros inferiores normal. Ingresa para tratamiento con antibioterapia (amoxicilina-clavulánico) y tratamiento local (miembro elevado, frío local, compresión). Pasadas 24 h, la celulitis progresa por cara anterior, para terminar rodeando por completo la pierna al 4.º día. Posteriormente, aparece una gran flictena que abarca el dorso del pie de unos 15 \times 5 cm de superficie con una necrosis de piel y tejido celular subcutáneo, acompañado de una linfangitis (fig. 2). Se amplía el espectro con vancomicina, evolucionando analítica y clínicamente de forma lenta pero favorable, con disminución progresiva de la celulitis, siendo alta al 12.º día. En revisiones posteriores se encuentra asintomático, con fuerza y movilidad conservadas.

La araña reclusa parda (*Loxosceles reclusa*) es una araña venenosa, también llamada araña del rincón o violinista, porque son fotofóbicas y su cabeza tiene forma de violín. Aunque se trata de una araña originariamente de Estados Unidos^{1,2}, parece que se ha adaptado a nuestro medio, como ha sucedido en Sevilla, donde se han dado varios casos de picaduras³ donde estuvo trabajando nuestro paciente.

La clínica es amplia, pudiendo encontrarse el paciente asintomático, o bien presentar signos locales en la zona de la picadura, o bien una repercusión sistémica con fallo renal^{1,2}. El dolor se presenta en las primeras horas y aumenta de intensidad de forma progresiva, asociándose a prurito y eritema. A las 24 h de la picadura, aparece una zona «en anillo» eritematosa, violácea alrededor de la picadura⁴ que se convertirá en una úlcera isquémica a las 48-72 h², al igual que ocurrió en nuestro paciente. Estas úlceras isquémicas pueden alcanzar gran longitud, hay casos de hasta 30 cm de diámetro y suelen requerir desbridamiento quirúrgico y, en ocasiones, injertos cutáneos⁵. Cabe destacar que la severidad de las lesiones cutáneas no se correlaciona con el desarrollo de la toxicidad sistémica.

El cuadro anafiláctico producido por el veneno se llama loxoscelismo, que si no se controla puede provocar un fallo sistémico (14% de los casos)⁶. Los síntomas sistémicos más frecuentes son: escalofríos, prurito, malestar general, fiebre, náuseas, acompañado de leucocitosis y en ocasiones hemólisis⁷. Menos frecuentes son: ictericia, insuficiencia renal, convulsiones, hematuria, coagulación intravascular diseminada, shock séptico y, rara vez, la muerte, que es más frecuente en edades pediátricas⁷.

El diagnóstico es puramente clínico, basado en la combinación de signos, síntomas y una buena anamnesis del paciente, pues no existe prueba de laboratorio para identificar el cuadro.

El tratamiento de la herida consiste en curas locales, mantener el miembro elevado, tratamiento analgésico, antihistamínico, vacuna antitetánica en caso de no estar correctamente vacunado y tratamiento antibiótico¹. El uso de corticoides es controvertido, mientras que hay grupos que lo indican, otros piensan que puede promover a la progresión o desarrollo de las lesiones necróticas. En caso de toxicidad sistémica se han usado para prevenir el fracaso renal⁸ y la hemólisis. En nuestro caso no usamos corticoides debido



Figura 1 – Primer día: pápula violácea entre el 4.º y el 5.º dedo del pie (donde muestra la flecha), con celulitis en el dorso del pie.



Figura 2 – Entre el 4.º y el 5.º día: se hace más importante el grado de inflamación y de edema, con progresión de la celulitis hasta la pierna, y con la aparición de grandes ampollas de contenido seroso y una central en el dorso del pie hemática.

a la estabilidad clínica⁹⁻¹¹. El tratamiento quirúrgico de las úlceras necróticas se realiza en fase estable, sin celulitis y nunca en los estadios iniciales, porque un desbridamiento quirúrgico precoz de las úlceras necróticas, puede asociarse a un empeoramiento de las mismas y una limitación funcional de la extremidad afectada¹².

Otras medidas locales son: el uso de oxígeno hiperbárico^{9,13-15}, parches de nitroglicerina¹⁶ y la terapia con presión negativa⁵, porque se ha visto que reduce el tamaño de las úlceras necróticas, incrementando la formación de colágeno y fibroblastos en la úlcera.

En cuanto al tratamiento de los síntomas sistémicos se recomienda estrecha vigilancia en unidad de cuidados intensivos con analíticas seriadas por el riesgo de trombocitopenia, hemólisis, leucocitosis y hemoglobinuria; en el caso de que estos datos se presentasen está indicado realizar una

repleción de volumen intensa para evitar el fracaso renal. Los tratamientos de biología molecular aún se encuentran en fase de experimentación¹⁷, pero no se descarta que en un futuro se obtenga un antídoto frente al veneno del *Loxosceles reclusa*.

Concluimos que la picadura por araña reclusa parda debe ser sospechada ante una celulitis tras una picadura, siendo la anamnesis de vital importancia para su diagnóstico, ya que el loxoscelismo puede ser letal al no existir un tratamiento específico para el mismo.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Forks TP. Brown recluse spider bites. *J Am Board Fam Pract.* 2000;13:415-23.
2. Andersen RJ, Campoli J, Sandeep KJ, Schumacher KA, Allison Jr EJ. Suspected brown recluse envenomation: A case report and review of different treatment modalities. *J Emerg Med.* 2011;41:e31-7.
3. Pereira MJ. Se desata en Sevilla una ola de aracnofobia. ABC de Sevilla [revista on-line] 2014 mayo [consultado 17 Jun 2014]. Disponible en: <http://sevilla.abc.es/sevilla/20140514/sevi-desata-sevilla-aracnofobia-201405140903.html>
4. Baden LR. Cutaneous loxocelism. *N Engl J Med.* 2013;369:5.
5. Chariker M, Ford R, Rasmussen E, Schotter E. Management of periauricular and auricular necrotizing wound from brown recluse spider bite using negative pressure wound therapy and wound interface modulation. *Eplasty.* 2012;12:e26.
6. Leach J, Bassichis B, Itani K. Brown recluse spider bites to the head: Three cases and a review. *Ear Nose Throat J.* 2004;83:465-70.
7. Lane DR, Youse JS. Coombs-positive hemolytic anemia secondary to brown recluse spider bite: A review of the literature and discussion of treatment. *Cutis.* 2004;74:341-7.
8. Dandoy C, Grimley M. Secondary hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) from a presumed brown recluse spider bite. *J Clin Immunol.* 2014;34:544-57.
9. Phillips S, Kohn M, Baker D, Vander Leest R, Gomez H, McKinney P, et al. Therapy of brown spider envenomation: A controlled trial of hyperbaric oxygen, dapsone, and cyproheptadine. *Ann Emerg Med.* 1995;25:363-8.
10. King Jr LE, Rees RS. Dapsone treatment of a brown recluse bite. *JAMA.* 1983;250:648.
11. Bryant SM, Pittman LM. Dapsone use in *Loxosceles reclusa* envenomation: Is there an indication. *Am J Emerg Med.* 2003;21:89-90.
12. DeLozier B, Reaves L, King LE, Rees RS. Brown recluse spider bites of the upper extremity. *South Med J.* 1988;81:181-4.
13. Beilman G, Winslow CL, Teslow TW. Experimental brown spider bite in the guinea pig. Results of treatment with dapsone or hyperbaric oxygen. *J Wilderness Med.* 1994;5:287-94.
14. Strain GM, Snider TG, Tedford BL, Cohn GH. Hyperbaric oxygen effects on brown recluse spider (*Loxosceles reclusa*) envenomation in rabbits. *Toxicon.* 1990;29:989-95.
15. Maynor ML, Abt JL, Osborne PD. Brown recluse spider bites: Beneficial effects of hyperbaric oxygen. *J Hyperbaric Med.* 1992;7:89-102.
16. Burton KG. Nitroglycerine patches for brown recluse spider bites. *Am Fam Physician.* 1995;51:1401.

17. Gehrie EA, Nian H, Young PP. Brown Recluse spider bite mediated hemolysis: Clinical features, a possible role for complement inhibitor therapy, and reduced RBC surface glycoprotein A as a potential biomarker of venom exposure. *PLoS One*. 2013;8:e76558.

María Pilar Guillén-Paredes*, Josefa Martínez-Fernández, Álvaro Morales-González y José Luis Pardo-García

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Comarcal del Noroeste, Caravaca de la Cruz, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: magirapi@hotmail.com
(M.P. Guillén-Paredes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.10.008>

0009-739X/© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.