



Loxoscelismo viscerohemolítico: una forma de presentación torpida de la enfermedad

Viscero-hemolytic loxoscelism: a torpida form of presentation of the illness

Jesús Neyra-Leon¹, Alfredo Rebaza-Mateo², Juan Carlos Díaz-Monge³.

- 1. Escuela Profesional de Medicina Humana, Universidad Privada San Juan Bautista, Carretera Panamericana Sur Km 300, Ica 11004, Peru. <https://orcid.org/0000-0001-9366-0611>
- 2. Escuela Profesional de Medicina Humana, Universidad Privada San Juan Bautista, Carretera Panamericana Sur Km 300, Ica 11004, Peru. <https://orcid.org/0000-0003-1469-9855>

- 3. Departamento de Medicina, Hospital Regional de Ica, Avenida prolongación Ayabaca s/n (Camino a Huacachina), 11004 Ica, Peru. <https://orcid.org/0000-0003-0181-2345>

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v14i1.632>

RESUMEN

El loxoscelismo es la patología que se ocasiona por la mordedura de la araña reclusa parda. La principal enzima involucrada es la esfingomielinasa D y desencadena una forma cutánea presentándose la clásica placa liveloide y posterior evolución a una forma viscerohemolítica, con compromiso sistémico y eventualmente letal. Siendo este el orden normal de presentación de la enfermedad. Presentamos el caso de un paciente con esta condición, pero cuya lesión no siguió la evolución clásica desarrollando rápidamente la forma viscerohemolítica con compromiso renal y hepático; pero con evolución favorable.

Esta forma de presentación de loxoscelismo sale del marco estándar de la evolución de la patología por ello la importancia del artículo.

Palabras clave: araña reclusa parda, esfingomielinasa, mordedura.

ABSTRACT

Loxoscelism is the pathology due to the bite of the brown recluse spider. The main enzyme involved is sphingomyelinase D and it trigger a cutaneous form, with the classic liveloid plate with subsequent evolution to a visco-hemolytic form, with systemic and eventually lethal involvement. This being the normal order of presentation of the disease, we present the case of a patient with this condition, but whose lesion did not follow the classic evolution, rapidly developing the visco-haemolytic form with renal and hepatic involvement; but with favourable evolution.

This form of presentation of loxoscelism goes out of the normal framework of the evolution of the pathology and therefore the importance of the article.

Keywords: brown recluse spider, sphingomyelinase, bite (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

En el mundo existen aproximadamente más de 70 especies de arañas del género *Loxosceles*, presentes gran parte de ellas en Sudamérica. La especie descrita en nuestro país es *Loxosceles laeta*, también conocida como “araña reclusa” o “araña de rincón” 1, 2.

Esta especie tiene un hábitat intradomiciliario y hábitos regularmente nocturnos, por lo que los casos reportados suelen pasar durante la noche o primeras horas de la mañana. Su veneno se caracteriza por presentar un efecto dermonecrotico, coagulante, hemolítico y vasculítico; siendo la enzima esfingomielinasa D la más involucrada 3, 4, 5.

Existen dos formas clínicas de la enfermedad: la cutánea, que inicia con una lesión única local conocida como placa liveloide que va evolucionando a una úlcera necrótica de profundidad y extensión variable; y el sistémico o cutáneo-visceral, en el cual después de la manifestación cutánea mencionada se agrega anemia hemolítica y, en casos con mayor gravedad, compromiso sistémico dentro del que está incluido el daño hepático y renal 2, 6.

En la forma viscerohemolítica, la fisiopatología nos habla de un compromiso cutáneo previo al cuadro sistémico 7. Este es curso normal de la enfermedad, sin embargo, se han descrito casos donde no hay afectación cutánea florida, pero sí un compromiso sistémico brusco 8, 9.

Por ello presentamos el caso de un paciente con una presentación tórpida de loxoscelismo viscerohemolítico sin clásico compromiso cutáneo previo descrito en la literatura.

REPORTE DEL CASO

Paciente de sexo masculino de 60 años de edad, oriundo de la sierra peruana, sin antecedentes patológicos y nunca antes atendido en un establecimiento de salud. Acude porque mientras laboraba en su granja siente un “hincón” en la región superior lateral derecha del tórax, evidenciando al agente causal según refiere una araña marrón en forma de violín. Durante el transcurso del día resta importancia a la lesión por lo que sigue con sus labores, pero durante la noche del mismo día presenta sensación de alza térmica y eritema facial. A la mañana siguiente, acompañado a la sintomatología anterior presenta dolor tipo urente en el lugar de la mordedura que se irradiaba de manera difusa con intensidad moderada y cambios en la coloración a rojo violáceo con aumento de volumen por lo cual acude a centro de salud; donde se evidencia hematuria franca en moderada cantidad por lo que es referido al Hospital Regional de Ica, ingresando en horas de la tarde 24 horas aproximadamente después del episodio.

En la evaluación clínica del nosocomio actual, se evidencia lesión en región superior lateral derecha del tórax tipo placa rojo violáceo con bordes definidos costrosos (FIGURA 1).



Figura 1. Se observa en región lateral de hemitórax derecho una placa rojo violácea de bordes costrosos irregulares con dos lesiones puntiformes que corresponden a los quelíceros de la mordedura; con aumento de volumen, calor, rubor y doloroso a la palpación.

También se encontró fiebre de 38.5 °C, alteración del sensorio, ictericia en piel y mucosas, mal estado general y hematuria franca (FIGURA 2). Se hospitaliza con diagnóstico de loxoscelismo, a descartar compromiso viscerohemolítico. Se le realizó analítica sanguínea donde se observa hemoglobina: 8.2 g/dl, hematocrito: 25.6%, leucocitos: 10 029/mm³, plaquetas: 102000/mm³, urea: 120 mg/dl (VN: 15 – 45 mg/dl), creatinina: 3.5 mg/dl (VN: 0,5 – 0,8 mg/dl), bilirrubina total: 4.4 mg/dl (VN: 0 – 1 mg/dl), bilirrubina indirecta: 3.8 mg/dl (VN: 0 – 0.7 mg/dl), TGO: 90 U/L (VN: 0 – 34 U/L) y TGP 70 U/L (VN: 0 – 40 U/L). En la ecografía abdominal practicada concluyen hepatomegalia a descartar hepatopatía aguda e insuficiencia renal aguda bilateral. En base a esto se diagnostica loxoscelismo viscerohemolítico con compromiso renal y hepático.



Figura 2. En la bolsa colectora se aprecia hematuria franca por insuficiencia renal aguda producida por la mordedura de la araña.

Se procede a iniciar terapia contra el veneno del loxosceles aproximadamente 27 horas posterior al cuadro, por lo que se administra suero antiloxoscélico diluido con 100 ml de suero fisiológico, acompañado de una hidratación energética y hemodiálisis precoz. Posterior a ello se le agregó corticoterapia con hidrocortisona 5 mg/kg/dosis cada 6 horas e hidratación con suero fisiológico. Paciente evoluciona favorablemente con normalización de analítica, posterior a lo cual se le pasa terapia con corticoide a vía oral y es dada de alta.

Es reevaluado a la semana y al mes posterior al alta donde no se evidencia secuela alguna. Contamos con el consentimiento informado del paciente para la realización y publicación de este artículo.

DISCUSIÓN

El loxoscelismo es un síndrome de intoxicación producido por el veneno de la mordedura de la araña de ese género; en el Perú constituye un problema de salud pública, principalmente en las ciudades de la costa y durante las estaciones de verano y otoño 1, 10.

Es una amenaza permanente para la población, dado la distribución de esta araña en el territorio peruano; siendo de más frecuencia en las zonas urbanas, de ahí deriva el nombre de araña de rincón. Se ha relacionado a accidentes en casa al momento de limpiar áreas donde hay hacinamiento de objetos 2, 11.

El veneno de este artrópodo provoca severas reacciones sistémicas y locales, cuyo principal componente tóxico se da por la esfingomielinasa D 3,5. Esta enzima da inicio a una condición inflamatoria sistémica similar a la reacción observada durante un shock endotóxico y puede ocasionar dos formas clínicas: el loxoscelismo cutáneo y el loxoscelismo cutáneo viscerohemolítico 12. Esta última condición raramente se observa en pacientes con esta patología debido a las nuevas armas terapéuticas, por lo que es poco reportado 13, 14.

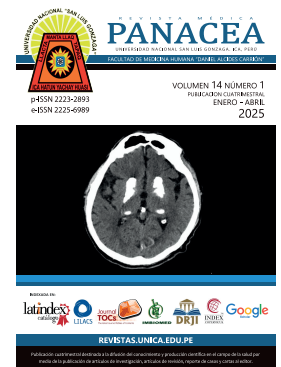
El curso de la enfermedad mencionado en la literatura nos habla del compromiso cutáneo previo al sistémico; sin embargo, existen estudios que demuestran que no necesariamente debe haber una clínica dermatológica florida para desarrollar la forma viscerohemolítica. Por lo que identificar el cuadro clínico al cual nos enfrentamos es vital 8, 11.

Actualmente no existe un consenso mundial acerca del tratamiento; se ha estudiado muchas opciones terapéuticas dentro de las cuales tenemos dapsona, corticoides antihistamínicos, suero antiloxoscélico, antiinflamatorios no esteroideos, diversos antibióticos, entre otros 15.

En formas viscerohemolíticas se recomienda el uso de suero antiloxoscélico dentro de las 12 a 24 horas posterior al contacto. Por otro lado, es importante recalcar que no se ha demostrado beneficio o perjuicio de administrarlo posterior a las 24 horas, por lo que no habría problema en su aplicación. Con respecto al compromiso sistémico, el manejo será de acuerdo al sistema afectado siendo la hidratación energética precoz importante en estos cuadros, así como una diálisis precoz en injuria renal 2, 6. Una correcta identificación del tipo clínico de loxoscelismo al cual nos enfrentamos, nos ayudará actuar precozmente y evitar secuelas por esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sanabria H, Zavaleta A. Panorama epidemiológico del loxoscelismo en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 1997; 14(2), 33-41.
- Maguiña C, Figueroa V, Pulcha R. Actualización sobre manejo de araneísmo en Perú. *Rev Med Hered*. 2017; 28:200-207. DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v28i3.3189>.
- Lopes PH, Murakami MT, Portaro FCV, Mesquita Pasqualoto KF, van den Berg C, Tambourgi DV. Targeting Loxosceles spider Sphingomyelinase D with small-molecule inhibitors as a potential therapeutic approach for loxoscelism. *J Enzyme Inhib Med Chem*. 2019;34(1):310-321. DOI: 10.1080 / 14756366.2018.1546698.
- Pichardo R, Grandez JA. Loxoscelism and changes in coagulation profile. *Rev chilena infectol* 2016; 33 (6): 712. DOI: 10.4067/S0716-10182016000600020.
- Manzoni-de-Almeida D, Squaiella-Baptistão CC, Lopes PH, van den Berg CW, Tambourgi DV. Loxosceles venom Sphingomyelinase D activates human blood leukocytes: Role of the complement system. *Mol Immunol*. 2018 feb; 94:45-53. DOI: 10.1016/j.molimm.2017.12.009.
- Loden JK, Seger DL, Spiller HA, Wang L, Byrne DW. Cutaneous-hemolytic loxoscelism following brown recluse spider envenomation: new understandings. *Clin Toxicol (Phila)*. 2020 Mar 18:1-9. DOI: 10.1080/15563650.2020.1739701.
- Vetter RS. Myths about spider envenomations and necrotic skin lesions. *Lancet* 2004; 364:484-485. DOI: 10.1016/S0140-6736(04)16824-4.
- Moranchel L, Pineda LF, Casarrubias M, Mendoza SA, Olvera A, Alfaro JA y col. Evolución clínica de pacientes con loxoscelismo sistémico y dermonecrótico en un hospital de tercer nivel. *Med Int Méx*. 2017 ene;33(1):18-27.
- Cabrerizo S, Docampo PC, Cari C, Ortiz de Rozas M, Díaz M, de Roodt A, et al. Loxoscelism: epidemiology and clinical aspects of an endemic pathology in the country. *Arch Argent Pediatr*. 2009 Apr;107(2):152-9. DOI: 10.1590/S0325-00752009000200010.
- MINSA. Ministerio de Salud 2015. Directiva sanitaria para la vigilancia epidemiológica de enfermedades zoonóticas, accidentes por animales ponzoñosos y epizootias [Internet]. Available from: www.dge.gob.pe.
- Webb C, Maguiña C, González E. Factors associated with visceral-hemolytic loxoscelism in Hospital Nacional Cayetano Heredia between 2000 and 2008. *Acta medica peruana*. 2010; 27(1).
- Nguyen N, Pandey M. Loxoscelism: Cutaneous and Hematologic Manifestations. *Advances in Hematology* 2019; 1-6. DOI: 10.1155/2019/4091278.
- Sánchez M, Valencia M, Sánchez J, Sepulveda G, Vega G. Loxoscelismo cutáneo necrótico. Informe de un caso. *Rev Alergia Mex* 2011;58(3):171-176.
- Harz-Fresno I, Manterola P, Ruiz M, Abud C. Viscerocutaneous loxoscelism: case report and update on management. *Rev Chilena Infectol*. 2015 Apr;32(2):230-3. DOI: 10.4067/S0716-10182015000300014.
- Guimarães G, Dias-Lopes C, Duarte CG, Felicori L, Machado de Avila RA, Figueiredo LF, et al. Biochemical and immunological characteristics of Peruvian Loxosceles laeta spider venom: neutralization of its toxic effects by anti-loxoscelic antivenoms. *Toxicon*. 2013 Aug; 70:90-7. DOI: 10.1016/j.toxicon.2013.04.018.



Correspondencia:

Nombre: : Jesús Andréé Neyra León
 Dirección: Urbanización San Joaquín Nuevo X – 135, Ica – Perú.
 Correo electrónico: jesus.24.47.1996@gmail.com
 Teléfono: (+51) 951836872

Contribuciones de autoría:

Los tres autores participaron en la concepción, diseño, redacción, revisión crítica, obtención de las imágenes y aprobación de la versión final del artículo

Consentimiento informado: contamos con el consentimiento informado del paciente para la realización y publicación de este artículo.

Conflicto de intereses:

no existen conflictos de intereses del autor o autores de orden económico, institucional, laboral o personal.

Financiamiento:

Autofinanciado.

Cómo citar

Jesús Neyra-Leon, Alfredo Rebaza-Mateo, Juan Carlos Díaz-Monge. Loxoscelismo viscerohemolítico: una forma de presentación torpida de la enfermedad. *Rev méd panacea* 2025;14(1): 41-44.

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v14i1.632>