

Mordedura de araña: reporte de un caso asociado a reacción de hipersensibilidad al suero antiloxocélico y aproximación al manejo general de estos accidentes

Chanamé Zapata, Marcos Alexander^a
Laguna Torres, Víctor Alberto^b

RESUMEN

El Loxoscelismo es un cuadro clínico producido por la mordedura de la araña *Loxosceles laeta*. En el Perú en el 2021 se han reportado casi 400 casos en lo que va del año. Las formas de presentación son el loxoscelismo cutáneo, que es la forma más frecuente y loxoscelismo cutáneo-visceral, menos frecuente pero más mortal. Nuestro caso es un paciente de 33 años que acudió a la emergencia por eritema y edema en cara posterior de brazo asociado a dolor; manifestó haber sido mordido por una araña 48 horas antes del ingreso. Se hospitaliza para monitoreo, administración de suero antiloxocélico y antibióticos. En la evolución en hospitalización desarrolla manifestaciones de Loxoscelismo cutáneo, sin embargo, aparecen otras manifestaciones, distantes a la lesión primigenia, como rash, prurito y adormecimiento en manos y pies, y otras partes del cuerpo de forma progresiva; Se administró una dosis de suero antiloxocélico, antibióticos, corticoides y clorfenamina. Se sospecha de una reacción alérgica al veneno de araña o al suero administrado, esta último se enmarcaría dentro las reacciones adversas tempranas a los antivenenos. El loxoscelismo es un desafío para la salud pública debido a que no hay unanimidad en su tratamiento, sin embargo hay que tener en cuenta consideraciones importantes para su manejo oportuno. Además es relevante recomendar a la población en general las medidas preventivas para evitar este tipo de accidentes.

Abstract

*Loxoscelism is a clinical picture produced by the bite of the *Loxosceles laeta* spider. In Peru in 2021 almost 400 cases have been reported so far this year. The forms of presentation are cutaneous loxoscelism, which is the most frequent form, and cutaneous-visceral loxoscelism, less frequent but more deadly. Our case is a 33-year-old patient who came to the emergency room due to erythema and edema on the back of the arm not associated with pain; he stated that he had been bitten by a spider 48 hours before admission. He is hospitalized for monitoring, administration of antiloxocelic serum and antibiotics. In the evolution in hospitalization, he develops manifestations of cutaneous Loxoscelism, however, other manifestations appear, distant from the original lesion, such as rash, itching and numbness in the hands and feet, and other parts of the body progressively; A dose of antiloxocelic serum, antibiotics, corticosteroids and antihistamines were administered. An allergic reaction to the administered serum is suspected, this would be part of the early adverse reactions to antivenoms. On the other hand, the management of Loxoscelism constitutes a therapeutic challenge due to the fact that there is no unanimity in its treatment, however, important considerations must be taken into account for its timely approach. It is also important to recommend preventive measures to the general population to avoid this type of accident.*

Palabras clave: Hipersensibilidad. Mordedura de araña. Suero inmune
Keywords: Hypersensitivity. Spider Bites. Immune serum.

a. Interno de Medicina de la Clínica Internacional. (UNMSM). Lima, Perú.

b. Especialista en Medicina de enfermedades Infecciosas y tropicales, Ph.D. Investigador del IMT DAC de la UNMSM. Clínica Internacional

Cómo citar el artículo: Chanamé M, Laguna-Torres V. Mordedura de araña: reporte de un caso asociado a reacción de hipersensibilidad al suero antiloxocélico y aproximación al manejo genrak de estos accidentes. *Interciencia méd.* 2022; 12(1):44-51. DOI: <https://doi.org/10.56838/icmed.v12i1.83>

Introducción

El loxoscelismo es causado por la mordedura de las arañas del género *Loxosceles*, también conocidas como arañas reclusas. Existen más de 100 especies distribuidas a nivel mundial.¹ En América del Sur, las especies más comunes son la *Loxosceles nómala*, *Loxosceles gaucho* y *Loxosceles laeta*. Siendo esta última, la especie más identificada en nuestro país, constituyendo un problema de salud pública.^{2,3} En Perú, en lo que va del año 2021, se han notificado 390 casos de loxoscelismo, sin fallecidos. La región más afectada es Lima (80), seguida de Arequipa (74), San Martín (61) y Junín (52). Asimismo, el grupo etario que reportó el mayor número de casos son los adultos de 30 a 59 años (43.4%), seguido del grupo de 18 a 29 años (21.8%).⁴ Estas arañas suelen encontrarse en el interior de los hogares, en lugares como armarios, sábanas, camas y prendas de vestir. La mayoría de incidentes ocurren cuando la araña se siente atrapada entre la superficie de algún objeto y la piel de la víctima.¹ El loxoscelismo tiene 2 presentaciones clínicas, la forma cutáneo-necrótica (90%) y la forma viscerohemolítica (10%). La forma cutánea puede manifestarse desde una leve irritación hasta necrosis destructiva. Generalmente, la mordedura se localiza en los miembros, el tronco y la cara. Produce dolor de tipo urente o lancinante y aparece 2 a 8 horas después de la mordedura. Algunos síntomas acompañantes son el malestar general, cefalea, mialgias, dolor articular, náuseas, vómitos y prurito.^{5,6} La lesión inicial es eritematosa, luego se edematiza y el centro se endurece y se torna azul-violeta (placa liveloide), esto ocurre en las primeras 12 horas. Posteriormente, pueden aparecer flictenas (2 o 3 días después) y una escara necrótica (1 semana) que se desprende dejando una úlcera. La forma viscerohemolítica suele aparecer entre 12 a 36 horas luego de la mordedura y no guarda relación con la intensidad o extensión de las lesiones cutáneas. Incluye mialgias, artralgias, fiebre, náuseas, vómitos, hemólisis intravascular severa y coagulación intravascular diseminada. Además, puede provocar insuficiencia renal aguda, falla

multiorgánica, coma, hipotensión y convulsiones. En la edad pediátrica esta presentación es más grave. El diagnóstico puede ser presuntivo (clínica compatible, en un área endémica y haber excluido otras causas) o definitivo (clínica compatible, visualizar a la araña mordiendo en la zona afectada y además la identificación de la araña por un entomólogo). Si se presentan formas graves, es necesario pedir pruebas de laboratorio para detectar complicaciones.^{5,6} El tratamiento de la forma cutánea incluye la aplicación del suero antiloxocélico, reposo, frío local, antihistamínicos, corticoides sistémicos, analgesia, antibióticos y la vacuna antitetánica. El tratamiento para la forma sistémica incluye hospitalización con hidratación, oxigenoterapia, monitoreo laboratorial, el seguimiento y manejo de posibles complicaciones como la falla renal.^{6,7}

Caso clínico

Varón de 33 años, procedente de la ciudad de Lima, Lima, Perú. Fue admitido en emergencia por eritema y edema en cara posterior de tercio inferior de brazo derecho (figura 1), dolor EVA 2/4, niega hematuria. Paciente refiere que 48 horas antes fue mordido por una araña que se encontraba en su ropa, los síntomas mencionados fueron



Figura 1: Paciente al ingreso por emergencia, se evidencia lesión eritematosa en región posterior interior del brazo derecho con leve extensión al codo.

aumentando, por lo cual acude a emergencias. El paciente no tenía antecedentes de importancia. Las funciones vitales estuvieron en rangos normales. El resto del examen fue normal.

El cuadro fue catalogado clínicamente como mordedura de araña con alta sospecha de loxocelismo. En emergencia el laboratorio reveló leucocitosis (16.88) y PCR en 12.49. Recibió analgésicos y oxacilina 2 g EV cada 4 horas. Se hospitaliza para administración de suero antiloxocélico, tratamiento antibiótico y monitoreo. Doce horas después de la admisión a emergencia (17/06/21) se le aplicó una dosis de suero antiloxocélico.

En la evolución en hospitalización el paciente en el transcurso de los días presentó dolor en la zona de la mordedura, calor, eritema, prurito y adormecimiento de pies y manos. El eritema aumento en el brazo derecho, además la zona de mordedura se tornó hiperocrómica que en el segundo día de hospitalización presentó centro violáceo rodeado de halo eritematoso. La placa liveloide (figura 2) formada en el segundo día se mantuvo constante en el tercer día de hospitalización y además aparecieron pústulas, así que se agregaron antibióticos de mayor espectro. Para el cuarto día síntomas y signos se mantienen controlados por uso de antihistamínicos y corticoides, sin embargo en el quinto día aumentan las pústulas en cara interna de brazo derecho y aparece eritema en dorso de ambas manos (figura 3), cara interna de ambas muñecas, cuadrante superior derecho de abdomen y región inferior de hemitórax derecho (figura 4). El servicio de Inmunología sugiere pedir Inmunoglobulin E por sospecha de reacción alérgica tipo urticaria frente al suero antiloxocélico. La IgE resulta en valores elevados, lo que refuerza la sospecha planteada. En los 3 próximos días siguientes se hacen se sigue manejando con antihistamínicos, corticoides y analgésicos, hasta que al séptimo día, el eritema y prurito de palmas y plantas



Figura 2: Tercer día de hospitalización. Placa liveloide en región de la mordedura más eritema circundante que se ha extendido a antebrazo y casi toda la región interna del brazo derecho. Además, se puede evidenciar pústulas blanquecinas en región interna del brazo.



Figura 3: Quinto día de hospitalización. Aparece eritema en dorso de ambas manos, esto se agregó luego de la aparición palmar en el primer día.

disminuye considerablemente, dolor en la zona de la mordedura disminuye, el eritema perilesional a la mordedura va extinguiéndose hasta casi desaparecer. Se considera el alta debido a mejoría clínica y se deja corticoides y antihistamínicos con buena mejoría en el hogar. Respecto a los



Figura 4: Quinto día de hospitalización. Aparición de eritema en región de hemitórax izquierdo y región subcostal izquierda.

exámenes de Laboratorio se puede observar leucocitosis con neutrofilia más linfopenia. Estas alteraciones se fueron disipando al final de la hospitalización. Además de ello no se observa alteración en el perfil de coagulación, la función renal y demás exámenes solicitados

Discusión

El loxocelismo se refiere a las manifestaciones clínicas que suceden después de la mordedura de la araña del género *Loxocles*. En el Perú se han reportado 390 casos hasta la fecha, encabezan las cifras de afectados las regiones de Lima y Arequipa⁴. Se dice que su incidencia está subestimada por no ser una enfermedad de notificación obligatoria.

La manifestación clínica más frecuente de loxocelismo es el cutáneo, caracterizado por eritema, edema y dolor, con un halo de isquemia alrededor de la lesión. Luego de unos días puede aparecer la placa liveloide (color azul-violáceo),

con consistencia dura, centro hundido, seguido de necrosis y ulceración. El cuadro visceral es la segunda forma de aparición del loxocelismo, se caracteriza por tener compromiso sistémico⁸,

El paciente del caso presentado fue compatible con loxocelismo cutáneo, sin embargo, hubieron manifestaciones, tales como la aparición de eritema, prurito y adormecimiento en sitios alejados de la lesión primigenia, como las plantas, las palmas, muñecas, tórax, región inguinal compatibles con una reacción alérgica que podría deberse al uso de antibióticos, a los componentes del veneno del arácnido o al mismo suero antiloxocélico. Se sospecha que la reacción alérgica generalizada fue debida al suero antiloxocélico debido a que horas después de su aplicación, que fue casi 72 horas después de la mordedura, se manifestó esta reacción que no estaba presente previamente. Este suero, que es suero inmune monovalente que contiene una solución de inmunoglobulinas específicas obtenidas del plasma de equinos hiperinmunizados, puede producir reacciones de hipersensibilidad; el mecanismo de producción de la reacción de hipersensibilidad es por formación de complejos antígeno-anticuerpo y/o agregados de inmunoglobulinas, que se expresan como reacción adversa de tipo alérgica de intensidad leve expresado como prurito y rash.⁹ Al cuarto día de hospitalización de se le solicita al paciente una prueba en suero para detectar IgE, la cual sale muy elevada (701), lo cual apoya la sospecha de reacción inmune de hipersensibilidad de tipo I.

La forma de abordaje y manejo del Loxocelismo (Esquema 1) tiene que ver con el tipo de manifestaciones clínicas presentados. La clínica ya descrita anteriormente se puede agrupar de la siguiente manera. Si se trata de Loxocelismo cutáneo, puede ser no complicado o complicado. El loxocelismo cutáneo no complicada se refiere a dolor, edema, eritema, máculas o ampollas; la forma cutánea complicada sucede cuando existe necrosis y ulceración, o infección secundaria. Por otro lado, El loxocelismo víscero-hemolítico,

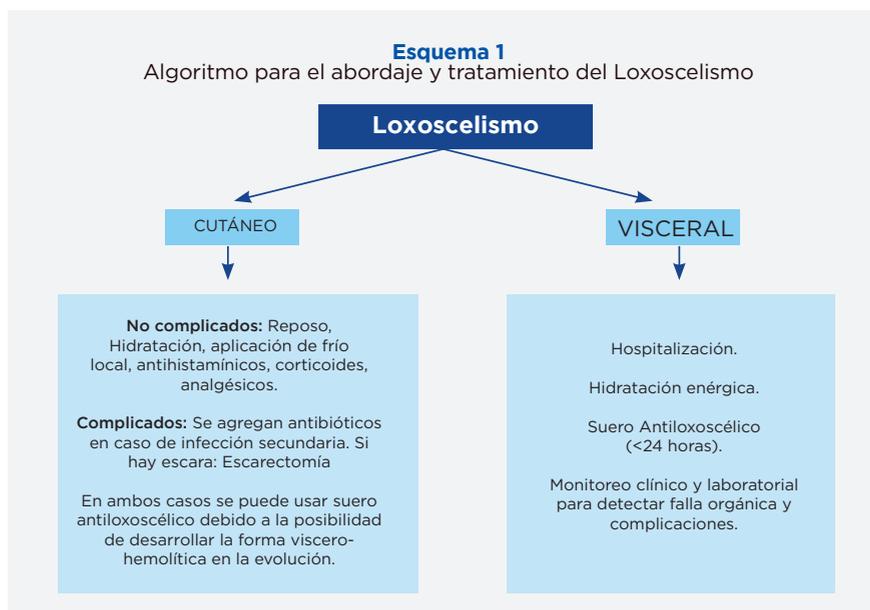


Tabla 1
Resultados de laboratorio en hospitalización

	17/06/21 (Emergencia)	19/06/21	20/06/21	21/06/21	22/06/21	24/06/21
Leucocitos	16 880 *S: 15.580 *L : 560	11 170 *S: 9530 *L : 890	12 550 *S: 10370 *L : 1200	15 830 *S: 13530 *L: 1250	16 300 *S: 10240 *L 1550	10 660 *S: 6830 *L: 2530
Hematíes	4.64	4.41	4.6	4.62	5	4.89
Plaquetas	271 000	237 000	244 000	273 000	285 000	275 000
Hemoglobina	14.7	14	14.5	14.6	15.6	15.3
Tiempo Protrombina	11.8	11	---	10.8	10.7	---
INR	0.99	0.91	---	0.90	0.89	---
TPT	31.9	31.2	---	30.9	29.6	---
Fibrinógeno	255	240	---	335	420	---
Creatinina sérica	0.71	0.60	0.65	0.56	0.53	---
PCR	12.49	---	---	---	---	---
Ig E				701		

S: Segmentados // L: Linfocitos // TPT : Tiempo Parcial de Tromboplastina // INR : Ratio internacional Normalizado // PCR : Proteína C Reactiva // Ig E: Inmunoglobulina E

se acompaña, como ya mencionamos de manifestaciones sistémicas, como fiebre, náuseas, vómitos, mialgias, artralgias, hemólisis intravascular severa, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal, falla multiorgánica, hipotensión, convulsiones, que suelen aparecer entre las 12 a 36 horas y que suelen complicarse en los tres primeros días⁵.

De acuerdo a las características clínicas descritas debemos hacer el abordaje y tratamiento. Vale decir que actualmente no existe un criterio unánime sobre un esquema de manejo contra el loxocelismo en sus formas cutáneo o visceral. Ahora bien, es importante hacer seguimiento y monitoreo a los pacientes para detectar complicaciones orgánicas que se dan sobre todo en la forma viscerohemolítica.

hemolítica, tal como se hizo con el paciente del caso presentado al hospitalizarlo. Lo que se debe vigilar es el hemograma, el perfil de coagulación, la función renal a través de la creatinina, las transaminasas, bilirrubinas y demás exámenes que nos indiquen falla orgánica ya que esto se puede presentar horas o días después de la mordedura de araña⁵. En el caso presentado no se encontraron alteraciones de los exámenes auxiliares mencionados que pudieran explicar falla orgánica. Hubo alteraciones en el hemograma tales como leucocitosis con neutrofilia (parte de la reacción inflamatoria por el proceso subyacente) más linfopenia (como parte del tratamiento con corticoides empleado), sin embargo, estas alteraciones se fueron disipando al final de la hospitalización.

Para el tratamiento sirve la clasificación mencionada con anterioridad, en las formas cutáneas no complicadas se usa el reposo, la hidratación, la aplicación de frío local, antihistamínicos, corticoides vía sistémica, antibióticos y analgésicos. En los casos complicados se hará lo propio, y además se puede realizar también la escarotomía. En las formas viscerohemolíticas se hospitaliza de forma inmediata, se debe administrar suero antiloxocélico, se hidrata de forma enérgica, y se solicitan los exámenes de laboratorio descritos para monitoreo continuo y detección de la falla orgánica^{5,7}.

No se recomienda el uso de antibióticos si no hay indicios de infección¹⁰, sin embargo, a este paciente se le inició con oxacilina desde el principio por la sospecha de infección debido al edema y al tiempo de enfermedad; luego se agregó clindamicina ante aumento del eritema en zona de mordedura. Al tercer día de hospitalización hubo aparición de pústulas en zona circundante a la mordedura, por lo que se decide cubrir con meropenem y vancomicina para ampliar el espectro.

El manejo específico fue dado con el suero antiloxocélico, se aplicó una dosis 60 horas después del inicio de la mordedura (12 horas después del ingreso del paciente a la emergencia). La mayor eficacia del suero mencionado se ha verificado en las 12 primeras horas de la mordedura. Sin embargo, hay casos que tuvieron éxito en forma tardía, incluso hasta 3 días de ocurrido el accidente. Pese a ello aún no hay evidencia suficientemente sólida que recomiende el uso de este suero en humanos¹¹.

Los antivenenos para *Loxosceles* se fabrican en Argentina, Brasil, Perú y México. En el Perú se produce un antiveneno IgG completo de equino que se fabrica en el Centro Nacional de Productos Biológicos del Instituto Nacional de Salud, del Ministerio de Salud. Este suero antiloxocélico monovalente contiene un frasco-ampolla x 5 ml (1 dosis), que se conserva de 2° a 8° C. La dosis recomendada es de 1 a 2 frascos para adultos y niños. El suero se administra vía EV, en dilución un tercio con suero fisiológico⁹.

Por otro lado, se manejó al paciente con clorfenamina e hidrocortisona ante reacción alérgica generalizada del paciente desde el primer día de hospitalización, además se agregó prednisona por el aumento del eritema en palmas y plantas al segundo día de hospitalización. Esta reacción alérgica se extendió a otras zonas del cuerpo como tórax y rodilla y fue desapareciendo al final de la hospitalización. Se ha visto también que el uso de corticoesteroides previene la hemólisis y el daño renal, no obstante, no inactiva al veneno ni previene la necrosis cutánea¹¹.

Además de ello no olvidemos hablar de la parte preventiva de este tipo de accidentes como el orden y limpieza de los rincones, revisar la ropa antes de vestirse, que los niños eviten jugar en lugares como muebles, closets. Educar a la comunidad en la identificación del arácnido y de sus síntomas, y a su vez si son mordidos capturar

a la araña para ayudar al diagnóstico y a la notificación¹¹.

En síntesis, loxocelismo es un desafío para la salud pública debido a que no hay unanimidad en su abordaje y tratamiento, además de ser infranotificada. Existen dos formas clínicas de presentación, siendo la más frecuente la forma cutánea. Se comunica este caso por tratarse de una presentación peculiar, asociada a manifestaciones cutáneas sistémicas como exantema, prurito y adormecimiento de palmas y plantas y otras zonas del cuerpo, aparentemente asociadas a una reacción alérgica de intensidad leve al veneno de arácnido o al suero antiloxocélico. Es importante recomendar a la población en general las medidas preventivas para evitar este tipo de accidentes.

AGRADECIMIENTOS

A la Clínica Internacional por el espacio brindado

Ayudas o fuentes de financiamiento

Ninguna declarada por los autores

Conflictos de interés

Los autores no reportan conflictos de interés respecto del presente manuscrito.

Bibliografía

1. Isbister, G. K., y Fan, H. W. Spider bite. *The Lancet*, 2011; 378(9808), 2039-2047.
2. Porras-ViMamil J. y Olivera M. Análisis de casos de araneismo a nivel global en el período 2000-2020. *Rev. argent. salud pública*, 2020; 12: 24-24.
3. MINSA. Norma Técnica de Salud para la atención integral de los accidentes por animales ponzoñosos en el Perú. 2006. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/123_NTPONZONOSOS.pdf
4. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín epidemiológico 2021; SE 26. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202126_03_160533.pdf
5. Maguiña, C., Figueroa, V. y Pulcha, R. Actualización sobre manejo de araneismo en Perú. *Rev Med Hered*, 2017; 28:200-207.
6. Cardona-Hernández M., Barragán-Dessavre M., Muñoz-de Peña K. y Rodríguez I. loxocelismo cutáneo. *Rev Cent Dermatol Pascua*, 2019; 28 (3): 122-126.
7. Hernández N., Alonso J. y López A. Loxocelismo cutáneo. *Rev Clin Med Fam*, 2012; 5 (1): 73-75.
8. Manrique, J. y Silva S. Loxocelismo cutáneo-visceral: Revisión Sistemática. *Rev Chil Infect*, 2009; 26 (5): 420-432.
9. Centro Nacional de Productos Biológicos Vademécum. Lima: Ministerio de Salud. 2014. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/373694/Vadem%C3%A9cum_201420190925-31433-113ep9i.pdf
10. Departamento de Enfermedades Transmisibles de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile. Guía para el manejo de Mordedura de Araña de los Rincones - *Loxoceles laeta* Chile. 2016.
11. De la Barra P., Vial V., Labraña Y., Álvarez A. y Seguel H. Loxocelismo cutáneo predominantemente edematoso, a propósito de un caso. *Rev Chilena Infectol*. 2015; 32 (4): 467-471.

Correspondencia:

Chanamé Zapata, Marcos Alexander
Interno de Medicina de la Clínica Internacional.
Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima,
Perú.

E-mail: marcoschanamezapata@gmail.com