

Cel·lulitis cutània d'evolució tòrpida: loxoscelisme cutani

Daniel Penela-Sánchez¹, Rosa Maria Pino-Ramírez¹, María Goretti López-Ramos², Juan José García García¹

¹ Servei de Pediatria i ² Servei de Farmàcia. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona)

RESUM

Introducció. El loxoscelisme és un conjunt de manifestacions causades per la picada d'una aranya del gènere *Loxosceles*, que comprèn més de setanta espècies al món. Es pot presentar de dues formes clíniques: cutània o cutaneo-visceral; la segona és més greu i potencialment mortal. L'espècie de *Loxosceles* que habita a la península Ibèrica és l'aranya bruna mediterrània o *Loxosceles rufescens*, a la qual s'han atribuït alguns casos de loxoscelisme cutani en població adulta; tanmateix, no s'havien reportat fins ara casos pediàtrics.

Cas clínic. Presentem un cas de cel·lulitis cutània d'aspecte hemorràgic secundari a picada d'aràcnid en una adolescent de 16 anys. La identificació de l'insecte (*Loxosceles rufescens*) en una fotografia aportada per la pacient va facilitar el diagnòstic de loxoscelisme cutani.

Comentaris. L'aparició brusca d'una lesió necròtica dèrmica després d'una picada, associada a dolor intens i edema, ens ha de fer sospitar la participació d'aràcnids. El reconeixement d'entitats clíniques com el loxoscelisme pot ajudar a instaurar un tractament precoç que estalviï les possibles complicacions associades, tant locals (necrosis dèrmica) com sistèmiques (anèmia hemolítica, insuficiència renal, coagulació intravascular disseminada, alteracions neurològiques, o fins i tot la mort).

Paraules clau: *Loxoscelisme. Cel·lulitis. Adolescència. Pediatria.*

CELULITIS CUTÁNEA DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA: LOXOSCELISMO CUTÁNEO

Introducción. El loxoscelismo es un conjunto de manifestaciones causadas por la picadura de una araña del género *Loxosceles*, que incluye más de setenta especies en el mundo. Se puede presentar de dos formas clínicas: cutánea o cutáneo-visceral, la segunda más grave y potencialmente mortal. La especie de *Loxosceles* que habita en la Península Ibérica es la araña parda mediterránea o *Loxosceles rufescens*, a la que se han atribuido algunos casos de loxoscelismo cutáneo en población adulta; sin embargo, no se habían reportado hasta la fecha casos pediátricos.

Caso clínico. Presentamos un caso de celulitis cutánea de aspecto hemorrágico secundario a picadura de arácnido en una adolescente de 16 años. La identificación del insecto (*Loxosceles rufescens*) en una fotografía aportada por la paciente facilitó el diagnóstico de loxoscelismo cutáneo.

Comentarios. La aparición brusca de una lesión necrótica dérmica después de una picadura, asociada a intenso dolor y edema, nos debe hacer sospechar la participación de arácnidos. El reconocimiento de entidades clínicas como el loxoscelismo puede ayudar a instaurar un tratamiento precoz que ahorre las posibles complicaciones asociadas, tanto locales (necrosis dérmica) como sistémicas (anemia hemolítica, insuficiencia renal, coagulación intravascular diseminada, alteraciones neurológicas, o incluso la muerte).

Palabras clave: *Loxoscelismo. Celulitis. Adolescencia. Pediatría.*

CUTANEOUS CELLULITIS OF TORPID EVOLUTION: CUTANEOUS LOXOSCELISM

Introduction. Loxoscelism is a set of manifestations caused by the bite of a spider of the genus *Loxosceles*, which includes more than 70 species in the world. It can present in two clinical forms: cutaneous or cutaneous-visceral, which is more serious and potentially fatal. The species of *Loxosceles* that inhabits the Iberian Peninsula is the Mediterranean brown spider or *Loxosceles rufescens*, to which some cases of cutaneous loxoscelism in the adult population have been attributed; however, pediatric cases have not been reported to date.

Case report. We present a case of cutaneous cellulitis with hemorrhagic appearance secondary to arachnid bite in a 16-year-old adolescent. The identification of the insect (*Loxosceles rufescens*) in a photograph provided by the patient facilitated the diagnosis of cutaneous loxoscelism.

Comments. The sudden appearance of a dermal necrotic lesion after a bite, associated with intense pain and edema, should make us suspect a spider bite. The recognition of clinical entities such as loxoscelism can help to establish an early treatment that avoids the possible associated complications, both local (dermal necrosis) and systemic (hemolytic anemia, renal insufficiency, disseminated intravascular coagulation, neurological alterations, or death).

Keywords: *Loxoscelism. Cellulitis. Adolescence. Pediatrics.*

Introducció

El loxoscelisme és un conjunt de manifestacions causades per la picada d'una aranya del gènere *Loxosceles*, que comprèn més de setanta espècies al món. Algunes poden presentar una morbimortalitat alta, com la *Loxosceles reclusa* i la *Loxosceles laeta*, de distribució americana (la primera als EUA i la segona a Xile), i que no es troben de forma natural a Espanya –encara que podrien ser introduïdes de manera accidental amb equipatges o

Aquest treball ha estat presentat en el 66è Congrés de l'Associació Espanyola de Pediatria (Saragossa, juny 2018).

Correspondència: Daniel Penela-Sánchez
Pg. Sant Joan de Déu, 2. 08950 Esplugues de Llobregat
dpenela@sjdhospitalbarcelona.org

Treball rebut: 27.02.2019
Treball acceptat: 07.11.2019

Penela-Sánchez D, Pino-Ramírez RM, López-Ramos MG, García García JJ.
Cel·lulitis cutània d'evolució tòrpida: loxoscelisme cutani.
Pediatr Catalana. 2020;80(2):62-4.

plantes tropicals—. L'espècie que habita a la península Ibèrica és l'aranya bruna mediterrània o *Loxosceles rufescens*¹. El loxoscelisme es pot presentar en dues formes clíniques: el loxoscelisme cutani, que s'inicia amb pruija, dolor intens i evolució a una forma edematosa, de millor pronòstic, o a una de necrosant, que pot evolucionar a gangrena; i el loxoscelisme cutaneovisceral, molt més greu i potencialment mortal.

Presentem un cas de cel·lulitis cutània que podria ser compatible amb loxoscelisme cutani, després d'identificar l'aràcnid (*Loxosceles rufescens*) en una fotografia aportada per la pacient. Per tal de reconèixer de forma correcta aquests casos és necessari un elevat índex de sospita diagnòstica, i pensar en la participació d'aràcnids quan ens trobem davant d'una lesió necròtica dèrmica d'aparició brusca després d'una picada. El coneixement aportat pel cas que exposem a continuació pot contribuir a millorar l'actitud diagnòstica i terapèutica en el maneig d'aquesta patologia.

Cas clínic

Adolescent de 16 anys, sense antecedents d'interès, que consulta per presentar una lesió al tòrax de 4 dies d'evolució que ha anat canviant de característiques: inicialment eritematosa, de morfologia circular i vores irregulars, amb un punt d'inoculació central (Fig. 1A), i evolucionant cap a una placa de coloració violàcia, amb vores ben definides i punt hemorràgic central (Fig. 1B). S'associa a pruija i dolor intens, sense febre ni cap altra simptomatologia acompanyant. Refereix haver vist una aranya poc després de notar-se la picada i n'aporta una fotografia del seu telèfon particular. En l'exploració física presenta una placa eritematosa violàcia localitzada al tòrax (zona mitjana-axil·lar esquerra) de 3 o 4 cm de diàmetre, amb un punt d'inoculació central d'aspecte hemorràgic, amb una

extensa zona de cel·lulitis circular que ocupa tot el lateral del tòrax i l'abdomen (60 x 30 cm) (Fig. 1C), amb vores ben definides, sense edema associat, dolorosa al tacte. Es fa una analítica sanguínia amb determinació d'hemograma, proves de coagulació, bioquímica bàsica i reactants de fase aguda. Tot és normal i es recull una mostra per fer un hemocultiu. Es fa una ecografia de parts toves que descarta col·leccions drenables i altres troballes d'interès.

Amb la sospita diagnòstica de cel·lulitis cutània, ingressa sota cobertura antibiòtica endovenosa amb amoxicil·lina-clavulànic i clindamicina. S'identifica l'aranya de la fotografia com a possible *Loxosceles rufescens*. En les primeres 48 hores d'ingrés es manté afebril, però les característiques de la lesió no canvien malgrat l'antibioteràpia endovenosa. Per aquest motiu, es valora la possibilitat de fer un tractament dirigit amb sèrum antiloxosceles, però és impossible adquirir-ne perquè no està disponible al nostre país. S'afegeix tractament analgèsic i antiinflamatori pautat, amb millora lenta però progressiva del quadre cutani; la lesió està pràcticament resolta a l'alta, 4 dies després de l'ingrés (Fig. 1D). L'hemocultiu recollit a l'ingrés va resultar negatiu. Es proposa com a diagnòstic final loxoscelisme cutani.

Discussió

El loxoscelisme és un quadre tòxic provocat pel verí que inoculen amb la seva picada les aranyes del gènere *Loxosceles* (aranyes brunes o del racó). Aquestes aranyes viuen en ambients domèstics, tant rurals com urbans, i prefereixen racons ombrívols, com ara angles de les habitacions, bigues del sostre, armaris o darrere dels quadres. Són actives, sobretot de manera defensiva, quan es troben atrapades entre les robes de llit o els vestits². El mecanisme de toxicitat es basa en l'acció dels enzims proteolítics, citotòxics i hemo-

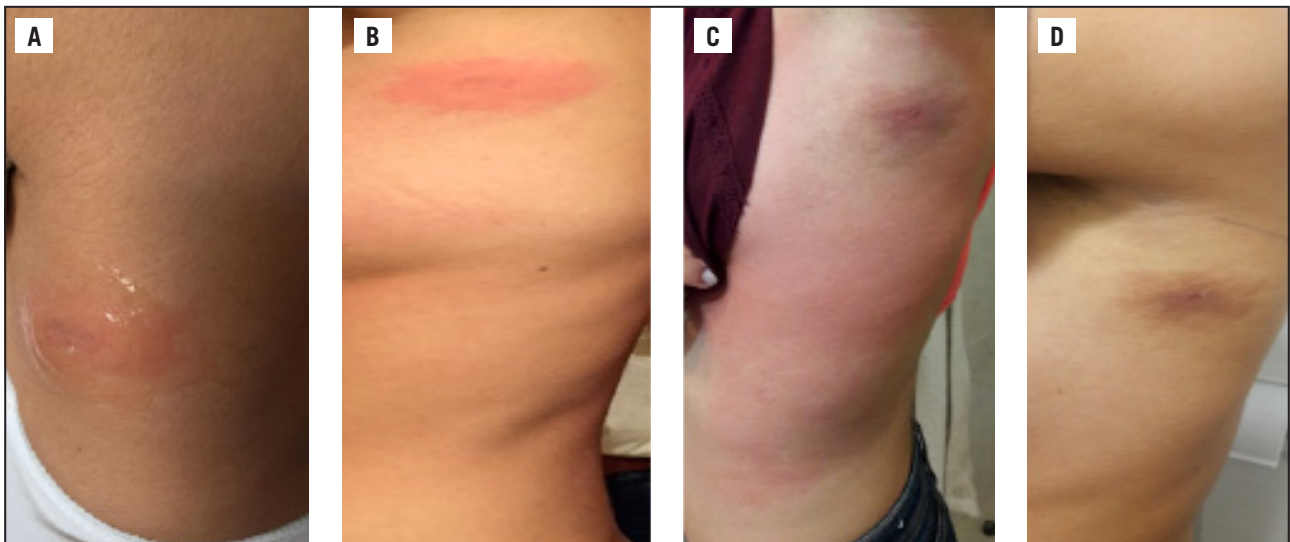


Fig. 1: Iconografia de les lesions i evolució: A. Primer dia: màcula eritematosa, de 2-3 cm de diàmetre, de morfologia circular i vores irregulars, amb un punt d'inoculació central. B. Segon dia: placa eritematosa, de 3-4 cm de diàmetre, de morfologia ovoide, vores més regulars, punt d'inoculació central més marcat. C. Quart dia (moment de la consulta a urgències): placa eritematosa violàcia de 3-4 cm de diàmetre, amb un punt d'inoculació central d'aspecte hemorràgic, amb una extensa zona de cel·lulitis circular (60 x 30 cm), amb vores ben definides. D. Moment de l'alta hospitalària: màcula violàcia, d'1-2 cm de diàmetre, amb un punt d'inoculació central d'aspecte hemorràgic, amb vores irregulars.

lítics del seu verí, el principal component del qual és l'esfingomielinasa-d, que activa el complement, cèl·lules polimorfonuclears i plaquetes³.

Hi ha dues formes clíniques de presentació del loxoscelisme. La primera és un quadre clínic cutani que s'inicia amb pruija a la zona d'inoculació, posteriorment provoca dolor intens i evoluciona cap a una forma edematosa o una de necrosant. La forma edematosa, més freqüent si hi ha compromís de la cara, es caracteritza per l'aparició d'un extens edema locoregional, dur, elàstic i dolorós, que pot arribar a deformar la regió anatómica lesionada, però no s'associa a eritema ni necrosi i sol evolucionar favorablement. La forma necrosant, en canvi, és molt més dolorosa que l'anterior, es presenta al cap de 24-48 hores de la picada amb una placa violàcia amb àrees pàl·lides i hemorràgiques, que poden contenir vesícules o ampolles serohemorràgiques, i pot evolucionar cap a una gangrena seca, una úlcera de cicatrització tòrpida o una simple descamació¹⁻². Encara hi ha una segona forma clínica de loxoscelisme, molt menys freqüent i molt més greu, que és la cutaneovisceral, caracteritzada perquè a més de les manifestacions locals descrites, apareixen en les primeres 24 hores febre, malestar general, cefalea, nàusees, vòmits, miàlgies i posteriorment anèmia hemolítica amb icterícia, pal·lidesa, hemoglobinúria, hematúria i insuficiència renal, coagulació intravascular disseminada i alteracions neurològiques, des d'obnubilació fins a coma, que poden conduir a la mort.

El cas que es presenta podria ser compatible amb un quadre de loxoscelisme cutani de forma necrosant amb una evolució clínica favorable.

A Espanya s'han publicat diversos casos de loxoscelisme cutani³ (tot i que cap en població pediàtrica), però no s'havia descrit fins a la data cap cas de loxoscelisme cutaneovisceral.

El diagnòstic d'aquesta entitat pot ser difícil, ja que de vegades l'aranya o la seva picada passen inadvertides, l'aparició de símptomes no és immediata (tret de la pruija a la zona d'inoculació), o alguns són inespecífics (com ara la pruija, que pot estar present després de la picada d'altres insectes). Es tracta d'un diagnòstic clínic, davant d'una lesió edematosa necròtica, intensament dolorosa o per la identificació de l'aràcnid. S'ha intentat dissenyar exploracions complementàries per confirmar el diagnòstic, com ara proves immunoessencífiques tipus ELISA, per detectar el verí circulant i en la lesió, però encara no són d'ús rutinari en la pràctica clínica. El diagnòstic diferencial en el cas del loxoscelisme cutani s'ha de fer amb picades d'altres insectes i aràcnids, cel·lulitis, herpes simple, herpes zòster, erisipela, carboncle, lupus eritematós cutani, edema angio-neuròtic i vasculitis⁴.

El tractament consisteix en analgèsics, antihistamínics, corticoides sistèmics i antibiòtics d'espectre ampli per

la possible sobreinfecció de la lesió cutània. Una altra opció terapèutica que es pot considerar en aquests casos és el sèrum antiloxosceles. Aquest tractament figura dins dels protocols de picades potencialment tòxiques i letals en països llatinoamericans amb espècies endèmiques agressives⁵. Es tracta d'una solució injectable d'immunoglobulines específiques, purificades i concentrades, obtingudes de sèrum d'equins hiperimmunitzats amb verí de loxosceles. En el cas que es presenta no es va administrar cap tractament antihistamínic perquè la pruija no era un símptoma predominant en el moment de l'ingrés i tampoc es va considerar administrar corticoides sistèmics inicialment. A partir de les 48 hores d'antibioteràpia endovenosa, com que la lesió es mantenia clínicament similar, es va revalorar la necessitat d'iniciar corticoteràpia, però es va mantenir l'actitud expectant, i posteriorment la millora va ser progressiva. Tenint en compte l'evolució tòrpida inicial, es va considerar l'ús del sèrum antiloxosceles com a tractament dirigit. Tanmateix, al nostre país no es recomana administrar-lo, ja que té una eficàcia dubtosa i en el nostre entorn no es dona el loxoscelisme cutaneovisceral, principal indicació d'aquest tractament; és per tots aquests motius que no es disposa d'aquest sèrum al nostre país i no es va utilitzar en el cas que es presenta.

En resum, és important davant de quadres clínics compatibles amb cel·lulitis cutània, especialment d'evolució tòrpida, considerar les picades d'aràcnids en el diagnòstic diferencial i preguntar per la possibilitat d'haver pogut estar en contacte amb aquests insectes en l'anamnesi habitual. El coneixement d'entitats com el loxoscelisme cutani és important per poder administrar un tractament adequat i evitar la realització de proves complementàries innecessàries, així com per estar atents a l'aparició de possibles complicacions greus que podrien esdevenir potencialment mortals, en el cas de les formes viscereals.

Bibliografia

- Zaragoza Fernández M, López Ortiz R, Domínguez Bueno E, Santos Velasco J, Gavira Gómez M. Loxoscelismo cutáneo. *Emergencias*. 2008;20:64-7.
- Diaz JH. The global epidemiology, syndromic classification, management, and prevention of spider bites. *Am J Trop Med Hyg*. 2004;71(2):239-50.
- Rodríguez Jara P, Montes Carmona JF, Albarracín Arjona B, Infante Cossio P. Picadura por araña Loxosceles en labio inferior. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2017;39(2):113-24.
- Schenone FH. Cuadros tóxicos producidos por mordeduras de araña en Chile: latrosectismo y loxoscelismo. *Rev Med Chile*. 2003;131(4):437-44.
- Cabrero S, Docampo PC, Cari C, Ortiz de Rozas M, Díaz M, de Roodt A, et al. Loxoscelismo: epidemiología y clínica de una patología endémica en el país. *Arch Argent Pediatr*. 2009;107(2):152-9.