

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen 72
Volume

Número 2
Number

Marzo-Abril 2005
March-April

Artículo:

Envenenamiento por *Loxosceles reclusa*
(araña “parda”)

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*

Envenenamiento por *Loxosceles reclusa* (araña "parda")

(Spider envenomation, *Loxosceles reclusa* (Brown recluse spider))

Jaime G Hurtado Valenzuela,* Norberto Sotelo Cruz,** Rodrigo Ibarra Silva***

RESUMEN

Se revisa la información disponible acerca de la mordedura por la araña parda (*Loxosceles reclusa*), que puede ser útil en la toma de decisiones ante esta eventualidad.

Palabras clave: *Loxosceles reclusa*, mordedura por *Loxosceles*, envenenamiento por *Loxosceles*, araña parda.

SUMMARY

The available information about *Loxosceles reclusa* that could be important in the eventuality of a bite for this spider, is here revised.

Key words: *Loxosceles reclusa*, *Loxosceles bite*, brown spider.

Se desconoce la frecuencia de accidentes ocasionados por mordedura de la araña *Loxosceles reclusa* en los niños de este país: los reportes son aislados y suelen ser de casos anecdóticos, pero, como pediatras, es prudente tener información, particularmente en áreas donde hay riesgo alto de mordedura, por existir esta araña. Es por eso que se ha creído conveniente revisar la información que hay sobre la intoxicación que ocasiona, cuyo diagnóstico puede ser confundido poniendo en riesgo la vida del paciente.¹⁻³

RESERVORIO DEL VENENO

El reservorio es la araña de la especie *Loxosceles reclusa*, conocida como araña "violinista", "café" o "parda". Perteneció al phylum de los artrópodos; clase, arácnida; orden, aranae; familia, *loxoscelidae*; género, *Loxosceles*; y especie, *reclusa*. Junto con la *Latrodectus mactans*, cono-

cida como "viuda negra" o "capulina", son en México las dos arañas de interés médico, por la toxicidad de su veneno: entre 2,000 especies identificadas.⁴⁻⁶

En el estado de Oklahoma, de los EUA, se reportan anualmente cerca de 100 casos de mordeduras por esta araña. En ese país los accidentes predominan en la parte del oeste medio y sur, pero la araña se puede encontrar en todo su territorio.⁷ Hay reportes de otras especies de la familia *loxoscelidae* como: *L. desertica*, *arizonica* y *apachea*, que se encuentran en los estados que lindan con México.⁸ En este país no existen informes sobre la prevalencia geográfica, pero, por el clima su presencia es posible en todo el país.⁹ En Sudamérica hay reportes en niños de accidentes mortales ocasionados por *Loxosceles laeta*.^{10,11}

CARACTERÍSTICAS DE LA ARAÑA

La *L. reclusa* es una araña pequeña, de color café pardo: mide alrededor de 9 mm de longitud pero, incluyendo sus patas, llega a medir cerca de 25 mm en su etapa adulta. Es de hábitos nocturnos, en busca de insectos que son la base de su alimentación. Se le puede encontrar en sitios deshabitados o lugares apartados: debajo

* Jefe de Especialidades Médicas.

** Jefe de Medicina Interna.

*** Adscrito a Medicina Interna.

de troncos, trozos de madera, piedras y hoyos. Dentro de la casa se le puede encontrar en lugares oscuros y apartados, o sitios de la casa donde no transitan con frecuencia quienes la habitan, como roperos, cajones donde se guardan diversos artículos: como ropa y zapatos.

Como otras especies, su estructura consta de dos partes: cefalotórax (prosoma) y abdomen (opistosoma), unidas por un delgado pedicelo; tienen cuatro pares de patas en el cefalotórax, tres pares de ojos y frente al orificio bucal, un par de apéndices (quelíceros) que terminan en forma de gancho y desembocan en la glándula productora de veneno. Otro par de apéndices posteriores (pedipalpos) son usados con fines sensitivos: éstos se encuentran en el extremo distal del abdomen, y cuentan con estructuras productoras de seda (hilanderas). En la parte dorsal del cefalotórax tiene una mancha oscura en forma de violín invertido, nombre por el cual se le conoce popularmente (*Figura 1*).⁴⁻⁶

VENENO

El veneno de esta araña tiene acciones citotóxicas y hemolíticas. Tiene, al menos, nueve componentes; entre éstos: las enzimas (hialuronidasa, desoxirribonucleasa, ribonucleasa, fosfatasa alcalina, lipasa y esfingomielinasa D). La esfingomielinasa D es la causa principal de la necrosis y hemólisis que ocasiona este veneno. Todas estas enzimas, al encontrarse en los tejidos, causan una reacción inflamatoria mediada por el ácido araquidónico, prostaglandinas e infiltración de los neutrófilos; esto, a su vez, da lugar a una vasculitis intensa, con la oclusión de la microcirculación local y ocasionalmente hemólisis, trombocitopenia y signos de coagulación intravascular diseminada (CID). Este proceso da como resultado la expresión clínica, sea ésta local, cutánea o sistémica que caracteriza al aracnoidismo necrótico.¹²⁻¹⁴ La intensidad de esta reacción depende de la cantidad del veneno inoculado, así como de la sensibilidad de la persona a sus componentes.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La mordedura puede pasar desapercibida, pero al cabo de unas horas aparece dolor en el sitio afectado: como el de una quemadura de cigarrillo; hay malestar general, puede haber fiebre, prurito, eritema, edema en el área de la mordedura, donde aparecen vesículas que pueden ser hemorrágicas y que evolucionan a una escara necrótica al cabo de 48 a 72 horas, para ulcerarse; esta lesión presenta, en ocasiones, secreción purulenta (*Figuras 2 y 3*). La evolución de las lesiones descritas, ocurre en los primeros ocho días de la mordedura; sin embargo, con

un tratamiento rápido y adecuado desaparecen al cabo de 6 a 8 semanas. No obstante, algunas veces la lesión ulcerativa puede perdurar por varios meses.

Cuando en la evolución las alteraciones hematológicas y renales del paciente se agravan, éste puede caer en insuficiencia renal aguda, anemia hemolítica o CID; estas manifestaciones corresponden a un envenenamiento sistémico, grave, que puede conducir a la muerte del enfermo; aunque este evento es poco frecuente en los niños.³ Cabe señalar que la evolución a una forma grave es independiente de la extensión de la lesión dérmica.¹²⁻¹⁵

En su etapa inicial, el diagnóstico diferencial de la intoxicación por *L. reclusa* puede confundirse con la mordedura por otros insectos y después con: la necrólisis epidérmica tóxica, meningococcemia, el síndrome de Stevens-Johnson, una piodermitis, la púrpura fulminante aguda, entre otras entidades.^{9,12,16}

No hay alguna prueba de laboratorio que ayude a hacer el diagnóstico temprano de esta mordedura, pero, dependiendo de la evolución clínica, es conveniente solicitar: biometría hemática completa, recuento de plaquetas, pruebas de coagulación, examen general de orina, pruebas de función hepática y renal, y un frotis y cultivo de la secreción.

TRATAMIENTO

El manejo general de estos casos es igual al de otras mordeduras o picaduras. Desde los primeros reportes se han sugerido diversos esquemas: Desde la aplicación de hielo y la inmovilización hasta el tratamiento sintomático con analgésicos, aplicación de oxígeno hiperbárico, uso de parches de nitroglicerina, aplicación de corriente eléctrica, colchicina, antihistamínicos, corticoides y el uso de dapsona: fármaco con el cual han reportado mejoría, especialmente para detener el daño tisular,^{7,12,13} pero por sus efectos adversos no se recomienda, especialmente en niños.

Se han reportado resultados favorables, obtenidos experimentalmente, con el uso de un antiveneno específico.¹⁷ En Brasil y en otros países de Sudamérica se tiene experiencia con el uso de un antiveneno polivalente, con resultados regulares.^{10,11,14} En México, en el Diccionario de Especialidades Médicas aparece que el antiveneno para *L. mactans* está también indicado en casos de mordedura de *L. reclusa*, pero, al solicitar informes, directamente con el laboratorio que produce el antiveneno, se nos comunicó que Aracmyn plus® es específico para la mordedura de *L. mactans*, por lo que la información debe ser corregida.¹⁸ Este mismo laboratorio está desarrollando un antiveneno específico para *Loxosceles*, utilizando inmunógenos recombinantes.¹⁹



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

Con relación al uso de corticoides, se ha descrito mejoría al administrarlos en forma sistémica y/o local, pero otros reportes señalan que no se observaron diferencias significativas con su empleo; inclusive algunos reportan que el proceso de cicatrización se prolonga. En cambio el uso de corticoides tópicos parece ser benéfico, por lo que el empleo de corticoides es aún controversial.²⁰ En relación a la lesión dérmica residual, ésta puede requerir de una intervención de cirugía plástica.

TRATAMIENTO INMEDIATO^{21,22}

Se recomienda que ante una mordedura por araña, lo primero que hay que hacer, es:

mantener la calma; identificar, de ser posible, el tipo de araña que causó la mordedura.

Luego:

1. Aplicar hielo sobre el área afectada
2. Si es una extremidad, elevar a un nivel por encima del corazón
3. Lavar la región con agua helada y jabón suave
4. Evitar actividad física
5. Pueden usarse analgésicos y antihistamínicos
6. Puede administrarse ibuprofeno, naproxeno u otro antiinflamatorio, para el dolor
7. No aplicar calor en la herida
8. No cortar ni succionar la herida

TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Anotar en la historia clínica, además de lo rutinario, la hora y lugar del accidente, actividad que realizaba al ocurrir la mordedura, sitio de la lesión, el tratamiento inmediato que se hizo y cambios observados en el sitio de la mordedura y en el estado general.

1. Inmunización antitetánica
2. Medicamentos contra el dolor (ibuprofeno, ketorolaco)
3. Antibióticos de amplio espectro
4. Puede usarse antihistamínicos (difenhidramina, ciproheptadina)
5. Uso de corticoides, aunque hay controversia, pueden usarse cuando se presenta vasculitis intensa y anemia hemolítica
6. Complicaciones como: coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda, síndrome compartimental, anemia hemolítica y otras, se manejarán de acuerdo a lineamientos específicos
7. Cirugía reconstructiva

PREVENCIÓN

Dado que la *L. reclusa*, como otros arácnidos, se les encuentra en los lugares menos visitados de la casa (rincones, muebles, clósets, etc.) es conveniente:^{21,22}

1. Procurar, además de la limpieza habitual del hogar, de manera periódica hacer limpieza en los lugares poco visitados.
2. Sacudir la ropa, toalla y zapatos antes de usarlos; hacer lo mismo con la ropa de cama o todo aquello fuera de uso y ventilar los espacios por tiempo prolongado.
3. Sellar adecuadamente hendiduras y cualquier orificio por el que puedan entrar estos arácnidos a la casa.
4. Mantener los tapetes que haya limpios de polvo y sacudirlos con frecuencia en el exterior de la casa.
5. Se recomienda separar las camas de las paredes, aproximadamente 20 cm.
6. Ventilar y limpiar (con guantes y plumero), periódicamente, los lugares dispuestos para almacenaje, evitando el almacenaje de artículos y muebles que no usen.
7. Instalar mosquiteros en ventanas y guardapolvos en las puertas de entrada a la casa.
8. Colocar madera vieja, troncos o materiales de construcción, lejos de la casa.
9. Instalar luz con bulbos amarillos, o de vapor de sodio, en el exterior de las casas cerca de la entrada (esta luz evita arañas y otros insectos).
10. De ser necesario considerar el empleo de insecticidas, aplicados por personal técnico.

Referencias

1. Gatica MR, Trejo PL, Cruz VA, Rangel FH. Aracnoidismo necrótico y sistémico. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1991; 48(10):
2. Escalante GP, Montoya CMA, Terroba LVM, Nava JAR, Escalante FI. Loxoscelismo local dermonecrotico en niños mordidos por la araña *Loxosceles reclusa* (araña "violinista"). *Gac Med Mex* 1999; 135(4):
3. Enriquez VE, Velazco OC, López RR, Ortega HS. Loxoscelismo. *Rev Mex Angiol* 1997; 25: 98-101.

4. Hoffman A. *El maravilloso mundo de los arácnidos*. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.
5. Cano AG. *Animales y plantas venenosas*. Hermosillo, Son.: Universidad Kino, Instituto Sonorense de Cultura, 1998.
6. Calderón RL, Tay J, Sánchez VJT, Ruiz SD. Los artrópodos y su importancia en medicina humana. *Rev Fac Med UNAM*. 2004; 47: 192-9.
7. Cacy J. The clinical characteristics of Brown Recluse spider bites treated by family physicians. An OKPRN study. *J Family Practice* 1999.
8. Vetter R. Identifying and misidentifying the Brown Recluse spider. *Dermatology Online J* 1999; 5(2): 7.
9. Tay ZI, Díaz SJ, Sánchez V, Castillo AL, Ruiz SD, Calderón RL. Picaduras por alacranes y arañas ponzoñosas de México. *Rev Fac Med UNAM* 2004; 47: 6-12.
10. Schenone FH, Rubio AS, Saavedra UT, Rojas A. Loxoscelismo en pediatría. Región Metropolitana, Chile. *Rev Chil Pediatr* 2001; 72: 100-9.
11. Schenone FH. Cuadros tóxicos producidos por mordedura de araña en Chile: latrodectismo y loxoscelismo. *Rev Med Chile* 2003; 131:437-44.
12. Arnold T. Spider envenomations, Brown Recluse. www.emedicine.com/emerg/topic547.htm (November 3 2004).
13. Chávez HAL, Sánchez VMC, Osnaya RN. Arácnidos de importancia clínica. En: Intoxicaciones. México: McGraw-Hill Ed. *Asoc Mex Pediatr* 2004.
14. Quintana CJ, Otero PR. *Envenenamiento aracnido en las Américas*. MEDUNAB. 2002; 5(13), mayo de 2002.
15. Vetter RS, Visscher PK. Bites and stings of medically important venomous arthropods. *Int J Dermatol* 1998; 37: 481-96.
16. Vetter R. Causes of necrotic wounds other than Brown Recluse spider bites. Insect Information Department of Entomology. University of California Riverside. <http://spiders.ucr.edu/necrotic.htm> (October 2004).
17. Gómez HF, Miller MJ, Trachy JW, Marks RM, Warren JS. Intra-dermal anti *Loxosceles* Fab fragments attenuate dermonecrotic arachnidism. *Acad Emerg Med* 1999; 6: 1195-202.
18. *Diccionario de Especialidades Farmacéuticas* plm, ed. 50. México: Ediciones PLM, 2004.
19. Alagón A, Olvera A, Ramos B, Stock R, Odell G. Desarrollo pre-clínico de un antiveneno para *Loxosceles* spp. utilizando inmunógenos recombinantes. 6ª Reunión de expertos en envenenamiento por animales ponzoñosos, www.venenonomia.org
20. Mold JW, Thompson DM. Management of Brown recluse spider bites in primary care. *JABFP* 2004; 17: 347-52.

Correspondencia:

Dr. Jaime Gabriel Hurtado Valenzuela

Reforma 355 Norte

Col. Ley 57.

Tel. 662 2890600

Correo electrónico: jhurtado@rtn.uson.mx

