



medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



Clínica cotidiana

Complicaciones de la picadura de araña *Loxosceles rufescens*

Cristóbal Aguirre Rodríguez^{a,*}, Nuria María Hernández Martínez^b

^aUnidad de Gestión Clínica de Benahadux (Almería). ^bUnidad de Gestión Clínica de Santa María del Águila (Almería).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de enero de 2023

Aceptado el 29 de junio de 2024

On-line el 27 de septiembre de 2024

Palabras clave:

Picaduras

Arañas

Loxoscelismo

Loxosceles rufescens

R E S U M E N

Las picaduras por insectos, incluyendo las de los artrópodos, son muy frecuentes.

La araña *Loxosceles rufescens* es muy común en la zona mediterránea. Su veneno tiene propiedades necrotizantes, hemolíticas, vasculíticas y coagulantes.

En caso de una picadura de este insecto puede presentarse un cuadro conocido como loxoscelismo cutáneo, y algo menos frecuentemente el loxoscelismo sistémico.

En la piel suele provocar dolor, eritema y edema localizado. Si el cuadro persiste puede llegar a desarrollarse necrosis en la picadura, debido a alteraciones vasculares con áreas de vasoconstricción y otras de hemorragia, que conllevan isquemia local y a veces placa gangrenosa.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Complications from *Loxosceles rufescens* spider bites

A B S T R A C T

Insect bites, including those of arthropods, are very frequent.

The *Loxosceles rufescens* spider is very common in the Mediterranean area. Its venom has necrotizing, hemolytic, vasculitic and coagulant properties.

When bitten by this insect, a condition known as cutaneous loxoscelism, and somewhat less frequently systemic loxoscelism.

At skin level it usually causes pain, erythema, and localized edema, if the picture persists, necrosis may develop at the level of the bite, due to vascular alterations, with areas of vasoconstriction and other areas of hemorrhage leading to local ischemia and sometimes gangrenous plaque.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Keywords:

Stings

Spiders

Loxoscelism

Loxosceles rufescens

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cristobalJoseaguirre@gmail.com (C. Aguirre Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2024.043>

2254-5506 / © 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Mujer de 45 años de edad, sin antecedentes de salud importantes. Acude a Urgencias de Atención Primaria por presentar una lesión inflamatoria en el dorso de la tercera falange del segundo dedo de la mano derecha.

Desconoce la posible causa y niega traumatismo. Se prescribe antibiótico oral (cefditoreno, 400 mg) y antiinflamatorios por sospecha de picadura de insecto (figura 1).

Tras una semana de tratamiento, no se observa mejoría, por lo que se cambia el antibiótico a amoxicilina-clavulánico (875/125) y un corticoide oral. No se consigue una correcta evolución.

Comienza a apreciarse lesión del aparato extensor del dedo afectado, secundaria a la infección, por lo que se decide derivar a atención hospitalaria.

El Servicio de Traumatología valora la posibilidad de que sea una lesión por mordedura de araña, del tipo *Loxosceles rufescens*. La paciente cree recordar un pinchazo leve al meter la mano en una caja de cartón.

A consecuencia de la picadura, desarrolla una infección grave segundo dedo, con extensión a la mano. Presenta un dedo en martillo por lesión completa del aparato extensor y rigidez dolorosa en ambas articulaciones interfalángicas (figura 2).

Se le prescribe una férula de Stack continua durante 5-6 semanas.

Tras la reevaluación se le cambia la férula a una palmar de interfalángica distal para permitir mover el resto de las

articulaciones: la inflamación ha disminuido, aunque persiste la rigidez articular.

Debido a la inestabilidad por la artritis séptica sufrida, en la siguiente visita se decide realizar artrodesis de la articulación distal del segundo de dedo de la mano derecha con tornillo de 20 mm (figura 3).



Figura 2 – Dedo en martillo con zona de picadura ulcerada tras la caída de la costra necrótica.



Figura 1 – Dedo eritematoso, infección en la zona de picadura.



Figura 3 – Radiografía y aspecto de la articulación tras artrodesis de la interfalángica distal del segundo dedo de la mano derecha.

Quedan secuelas de rigidez por la fijación con tornillo de la segunda y tercera falange del segundo dedo de la mano derecha y rigidez de las demás articulaciones de ese mismo dedo.

Posteriormente tiene problemas con el tornillo que fija la articulación, y en una segunda intervención quirúrgica no puede ser extraído por estar adherido a la falange distal.

Comentario

Las picaduras por artrópodos son un motivo de consulta muy frecuente en Urgencias; las más habituales están producidas por insectos como moscas, mosquitos, pulgas, abejas y avispas, algunos miriápodos del tipo ciempiés, y arácnidos como arañas y escorpiones.

Las arañas abundan en nuestro entorno. Muchas especies poseen veneno, aunque excepcionalmente son causa de patogenicidad. Entre ellas, la *Loxosceles rufescens*, o araña de rincón (también conocida como araña reclusa parda mediterránea), es una de más venenosas de Europa. Origina lesiones de forma excepcional¹. Tras la picadura puede causar edema local y, al cabo de 24-48 horas, una placa violácea con áreas pálidas y hemorrágicas, que finalmente se limita a un área dérmica necrótica concreta, que corresponde al estadio final del proceso.

La picadura por *L. rufescens* puede llegar a producir necrosis muy extensa, con formación de úlceras de difícil cicatrización. En ocasiones genera lesiones deformantes que requieren intervención quirúrgica^{2,3}, e incluso pérdida parcial o total del área necrótica¹.

Estas arañas se alimentan de pequeños insectos; no suelen ser agresivas y solo atacan si se sienten amenazadas. Inyectan su veneno a través de sus quelíceros, dos apéndices con una potente musculatura y una afilada uña distal que clavan a su presa. El veneno proviene de una glándula en la zona cefálica; tiene una acción esencialmente proteolítica y necrótica (disuelve los tejidos y causa muerte celular³).

Se denomina loxoscelismo al síndrome clínico causado por la picadura de las arañas del género *Loxosceles*. Este síndrome puede producir tres principales patrones clínicos:

- Loxoscelismo dermonecrótico (85 %). Se caracteriza por dolor, edema y eritema al cabo de 6-8 horas de la mordedura, que progresa con vasoconstricción e isquemia alrededor de la lesión. El dolor es intenso y los síntomas generales incluyen fiebre y eritema generalizado.
- Loxoscelismo edematoso (5 %). Algunos autores lo consideran dentro del tipo anterior. Suele representar la forma más benigna, con edema de alivio espontáneo.
- Loxoscelismo sistémico (10 %). Se acompaña de alteraciones metabólicas, daño renal agudo, pulmonar y hematológico (anemia hemolítica y trastornos de la coagulación). Suele ser letal en más del 15 % de los casos. Se manifiesta al cabo de 6-24 horas tras la picadura y generalmente es precedido por fiebre. La principal causa de muerte en estos pacientes es la insuficiencia renal aguda y la coagulación intravascular diseminada^{4,5}.

La *L. rufescens* es de color marrón. Su cuerpo presenta unas rayas oscuras, que recuerdan la forma de un violín. Puede llegar a medir 30 mm. Tiene 4 pares de ojos. Pueden encontrarse

detrás de cuadros, espejos y muebles cercanos a la pared (por eso llamada araña de rincón), persianas...⁶.

El loxoscelismo cutáneo (lesión dermonecrótica) comienza con una lesión en el sitio de la picadura. Durante los tres primeros días puede aparecer necrosis, ulceración y una zona central roja, eritematosa, rodeada de un blanco indurado y otro violáceo más externo, seguido de una costra necrótica a partir del 5º-7º día, que se desprende y deja una zona ulcerada que cierra por segunda intención, generalmente con cicatriz. La zona afectada es muy dolorosa, y en ocasiones se produce un cuadro general con fiebre, cefalea, mialgias, fracaso renal o manifestaciones por trastornos de la coagulación^{2,6}.

Las lesiones en el abdomen, muslos y zona glútea son de mayor tamaño. Se asocian a mayores secuelas. En raras ocasiones las lesiones locales son tan intensas que requieren desbridamiento quirúrgico e injertos cutáneos, como en nuestro caso.

La fisiopatología del cuadro clínico se debe al efecto de varias enzimas, como la esfingomielinasa-D (activa el complemento, las células polimorfonucleares y las plaquetas, y es responsable de la necrosis y la hemólisis), que actúa en los vasos y da lugar a edema, adelgazamiento del endotelio vascular, acumulación de células inflamatorias, vasodilatación, coagulación intravascular, degeneración de las paredes vasculares y hemorragias. En los cuadros sistémicos es muy frecuente la hemólisis con manifestaciones viscerales, producida por la modificación de los componentes de la membrana eritrocitaria y vascular⁷.

El tratamiento se basa en medidas para reducir los efectos inflamatorios locales: hielo, inmovilización, analgesia y cobertura antibiótica para evitar la sobreinfección. También se han empleado otros tratamientos como la dapsona, la colchicina, el oxígeno hiperbárico y los corticoides, pero hay escasa experiencia. Se aconseja el abordaje quirúrgico en fases tardías, cuando se delimita el tejido necrótico; incluye desbridamiento, extirpación y reconstrucción, en su caso^{7,8}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bohórquez L. Un turista galés pierde dos dedos de una mano tras la mordedura de una araña en Ibiza. EL PAÍS; 2021. <https://elpais.com/sociedad/2021-08-10/un-turista-gales-pierde-dos-dedos-de-una-mano-tras-la-mordedura-de-una-arana-en-ibiza.html>.
2. Rivera Pérez MA, Villalobos López JA, Valle Leal JG. Sistema de presión negativa en loxoscelismo cutáneo-visceral. Reporte de un caso. Rev Cir. 2022; 75(4): 299-302.
3. Garriga S, Montero M, Nogué S. Picadura por *Loxosceles rufescens*. Rev Toxicol. 2006; 23(2-3): 156-7.
4. Pichardo-Rodríguez R. Injurias renales agudas en loxoscelismo, aspectos inmuno-histopatológicos. Rev Fac Med Hum. 2018; 18(2): 103-4.
5. Moranchel-García L, Pineda-Galindo LF, Casarrubias-Ramírez M, Mendoza-Álvarez SA, Olvera-Acevedo A, Alfaro-Mejía JA, et al. Evolución clínica de pacientes con loxoscelismo sistémico y dermonecrótico en un hospital de tercer nivel. Med Int Mex. 2017; 33(1): 18-27.

6. Barra F, Vivanco P, Mix A. Loxoscelismo: revisión de la literatura a propósito de un caso. *Ars Med.* 2022; 47(2): 29-35.
7. Rodríguez-Jara P, Montes-Carmona JF, Albarracín-Arjona B, Infante-Cossio P. Picadura por araña *Loxosceles* en labio inferior. *Rev Esp Cirugía Oral Maxilof.* 2017; 39(2): 117-9.
8. Martínez Martín M, Álvarez Poveda JL, Nicot Martínez ME, Moreno Martínez Y. Picadura de araña marrón (*Loxosceles laeta*). Presentación de un caso. *Rev Inf Cient.* 2018; 97(2): 369-76.