

## Casos clínicos.

### LOXOCELISMO CUTANEO-VISCERAL Y CORTISONA (\*)

#### Relato de un caso.

Por los Dres. JULIO MENEGHELLO y EUGENIA EMPARANZA

Hospital M. Arriarán, Cátedras de Pediatría de los Profs. A. Baeza Goñi y Julio Meneghello R.

En Chile han sido descritos dos tipos fundamentales de aracnoidismo, que corresponden a las entidades nosológicas conocidas bajo el nombre de latroductismo y loxocelismo. El primero de estos cuadros clínicos es producido por la picadura del *Latrodectus mactans*, araña rural que vive especialmente en las sementeras y que condiciona una enfermedad de pronóstico a veces reservado, cuyos síntomas más destacados son intenso dolor local y compromiso general de tipo nervioso, con gran astenia, profunda tristeza, contracturas musculares y alteraciones viscerales de diverso tipo. Con menor frecuencia ha sido descrito en nuestro país (V. Bertin, 1950) el loxocelismo o aracnoidismo, producido por la picadura del *Loxosceles laeta*, variedad de araña casera, que habita generalmente en las casas viejas, en bodegas y desvanes.

Se han señalado dos formas clínicas principales de loxocelismo: el tipo cutáneo o mancha gangrenosa, de pronóstico ordinariamente benigno y el tipo cutáneo visceral o sistémico, de evolución muchas veces fatal y que origina ictericia, hemoglobinuria y hematuria.

Aun no se ha explicado en forma satisfactoria el mecanismo por el cual el *Loxosceles* provoca indistintamente síntomas locales o generales; se supone que podría tratarse de variaciones cualitativas del veneno o de un paso directo del mismo a la sangre, por la inoculación que los quelíceros realizarían en algún

vaso sanguíneo de la piel, Macchiavello (1947) estima que sólo un 3% de las picaduras de *Loxosceles laeta* pueden originar este cuadro. La sintomatología del aracnoidismo cutáneo-visceral se caracteriza porque a los fenómenos locales propios de la mancha gangrenosa (edema rubicundo y doloroso, que experimenta posteriormente fenómenos de necrosis y constitución de escara, que al desprenderse origina una úlcera de evolución tórpida) se agregan graves alteraciones viscerales traducidas en hematuria, albuminuria acentuada, hemoglobinuria, ictericia y gran compromiso general con hiperhidrosis, cefalea y colapso. A veces la muerte se produce en forma precoz, a las 36 ó 72 horas y no se alcanza a comprobar la evolución clásica de las alteraciones locales propias de la mancha gangrenosa. Es importante destacar que en los últimos años ha aumentado la frecuencia de este cuadro, en especial durante los meses estivales. Entre nosotros, Ureta y Espinoza (1944) han realizado un estudio sobre este tipo de aracnoidismo y han aportado el análisis de 7 observaciones de loxocelismo, 2 de ellas de evolución fatal.

En el curso del presente año hemos tenido oportunidad de observar 1 caso de aracnoidismo cutáneo-visceral, con grave compromiso general y cuya evolución favorable puede ser relacionada con la administración de cortisona.

(\*) Agradecemos al Dr. H. Ducci el habernos facilitado el producto Cortone Merck.

### Caso clínico.

Se trata de una niña de 8 años de edad, ingresada al hospital por haber sido picada 12 horas antes por una araña, mientras jugaba en la cama. Una hora después de la picadura acusó intenso dolor en el brazo izquierdo y aumento de volumen progresivo, de color violáceo, en la zona afectada.

En el ingreso se comprobó una enferma en buen estado nutritivo, consciente y quejumbrosa, con 38° de temperatura, pulso 100, regular y de buena tensión. En la cara posterior del brazo izquierdo, en toda su extensión, se apreciaba edema duro, violáceo y caliente; en la parte inferior existía una pequeña vesícula. El resto del examen era negativo y el hígado se palpaba a 1 cm.

**Evolución y tratamiento:** Desde las primeras horas de la hospitalización se advirtió agravación progresiva del estado general, gran postración, somnolencia y aparición de ictericia y petequias en la piel; la orina era hematurica y el edema del brazo se había extendido y sobre él aparecían flictenas.

mos días por espacio de otros 3 días. Horas después de iniciado este tratamiento se apreció cierta mejoría, pero aun en la misma noche la enferma seguía grave, inconsciente, delirante, con manifestaciones de colapso (pulso superficial y enfriamiento distal). Veinticuatro horas más tarde se recuperó la conciencia, persistía siempre la hematuria, se habían acentuado los signos de colapso y en la lesión local habían aparecido nuevas flictenas hemorrágicas. A partir del cuarto día de hospitalización (segundo día de tratamiento) se comprobó una mejoría progresiva del estado general, desaparición del colapso y atenuación de la ictericia. La hematuria desapareció al fin de la primera semana, asimismo en este periodo se comprobó la desaparición de edema (suprapúbico, de los muslos y cara), que había aparecido en concomitancia con la cortisonoterapia. Las lesiones locales se fueron reduciendo paulatinamente, regresaron las flictenas y se delimitó una zona amplia en la cara posterior del brazo, que experimentó necrosis, que obligó a la extirpación quirúrgica de los tejidos



Aspecto de la lesión local al tercer día de hospitalización. Se puede apreciar el intenso edema del brazo y la formación de flictenas de contenido hemorrágico.

Doce horas después del ingreso se practicó sustitución sanguínea parcial, extrayéndose 1,500 cc de sangre y se inyectaron consecutivamente 2,300 cc, junto con 500 cc de una mezcla de sueros fisiológico, glucosado y lactato de sodio. En el segundo día de hospitalización la enferma permanecía grave, con leve reacción a los estímulos externos; había aparecido temblor de la extremidad superior derecha. La ictericia de piel y conjuntivas era intensa. El edema se había extendido hasta el hombro, las flictenas habían aumentado en número y algunas tenían contenido hemorrágico. En estas condiciones de extrema gravedad se indicó cortisona, a la dosis de 200 miligramos cada 12 horas, durante 2 días, para continuar con la mitad de la dosis en los 2 días siguientes y luego administrar la droga a razón de 100 miligra-

necrosados y requirió de un injerto cutáneo (ver gráfico).

**Exámenes de laboratorio:** Hemograma (1er. día): Eritrocitos: 2,600,000; Hb.: 6.9 g. Leucocitos: 28,600; Bac.: 12; Segm.: 80; Linf.: 8. Plaquetas normales. Prueba de Coombs (—). V. S. Gl: 14 mm.

Hemograma (2° día): Eritrocitos: 4,700,000. Hb.: 15 g. Leucocitos: 14,600; Juv.: 6; Bac.: 43; Seg.: 39; Linf.: 12.

Hemograma (3er. día): Eritrocitos: 4,540,000. Hb.: 14.5 g. Leucocitos: 30,000; Juv.: 1; Bac.: 19; Seg.: 67; Linf.: 12. Alteraciones degenerativas en los neutrófilos. Plaquetas: 8,800.

Bilirrubinemia (1er. día): Total: 2.7 mil %; directa 1: 0.26 mil %.

Bilirrubinemia (2° día): Total: 3.46 mil %; directa 1: 0.68 mil %.

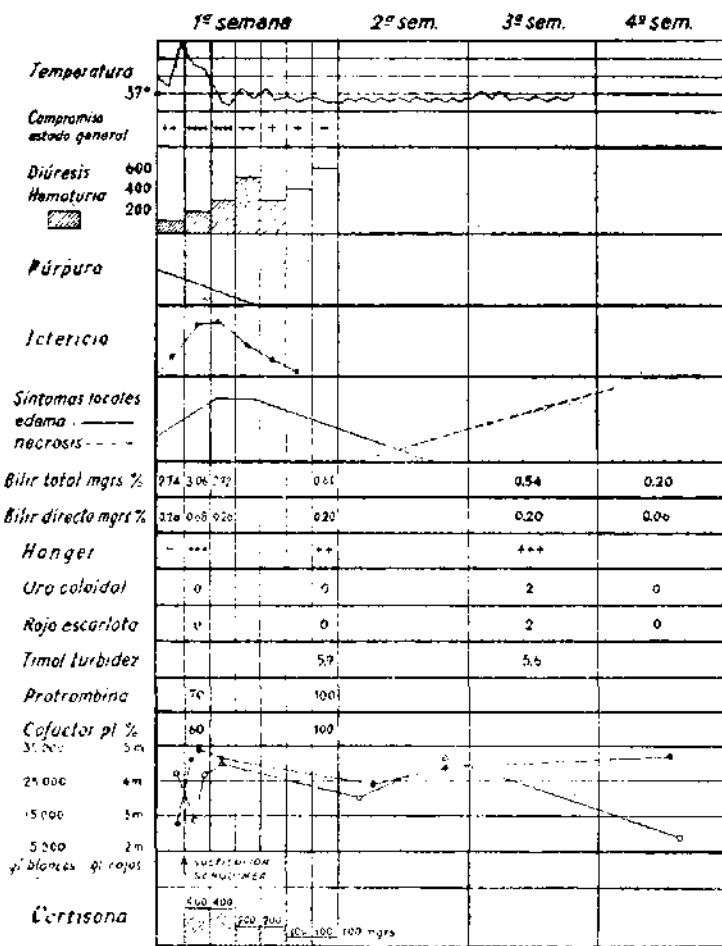
Pruebas de floculación (2º día): Hanger: +++. Oro coloidal: 0. Rojo escarlata: 0. Timol, turbidez: 10.5.

Otros exámenes: Colesterol: 206 mil %; fosfatasas: 13.10 U. Protrombina: 70 %. Factor lábil: 60 %. Uremia: 0.75 g %.

**Comentario.**

En los últimos 8 años se han observado en el Hospital Manuel Arriarán 15 casos de aracnoidismo, 2 de ellos produ-

mente, 5 pacientes presentaron una forma grave y siguieron una evolución fatal; en 2 de ellos se advirtió ictericia y en todos se señalaba la presencia de hematuria en los informes de anamnesis y durante la evolución intrahospitalaria. El fallecimiento fué precoz y ocurrió en las primeras 24 horas de la hospitalización. Los hallazgos anatómo-patológicos de estos casos fatales de aracnoidismo consistieron principalmente en lesiones



cido por picadura de Latrodectus mactans y el resto condicionado por arañas domésticas, que en algunos casos se identificaron como Loxosceles laeta; de 13 casos de aracnoidismo cutáneo, 4 tuvieron sintomatología exclusivamente local y evolución benigna; otros 4 presentaron síntomas locales de cierta intensidad, que se acompañaron de algunas manifestaciones de orden general; final-

degenerativas intensas de los parénquimas y fenómenos hiperhémicos y hemorrágicos.

La observación que hemos relatado correspondía a una forma clínica grave; en consecuencia cabía esperar un pronóstico sombrío de nuestra enferma, por lo que después de haber practicado en ella la sustitución sanguínea recurrimos a la administración de cortisona. Hemos

considerado justificado el uso de esta droga en este cuadro mórbido de gran compromiso general, que no cuenta hasta la fecha con una terapéutica eficaz; además, el antecedente de que en Chile (Bertin, 1950) un caso semejante al nuestro fué tratado con éxito atribuido a la cortisona, nos indujo a emplearla. Por otra parte, las manifestaciones de orden tóxico que presentó la paciente, unidas a la sospecha clínica de una hepatitis, que podría explicar en parte la intensa ictericia, y los fenómenos de hemólisis, evidentes en la hematuria y en la misma anemia, permitían esperar una respuesta terapéutica de la administración de cortisona.

Es sabido que en algunas infecciones con gran compromiso tóxico (Smadel, 1951; Woodward, 1951) en hepatitis (Rifkin, 1952) y en fenómenos hemolíticos (Meyer, 1951; Best, 1951), la cortisonoterapia influye a veces favorablemente el curso de estas afecciones. Debemos señalar que la hemólisis en nuestro caso no tenía las características inmunológicas propias de los cuadros en que se ha descrito acción favorable de la cortisona. Nuestra impresión general es que sin explicarnos exactamente el modo de acción de esta droga, hemos asistido a una mejoría de los síntomas generales de aracnoidismo, después de indicar este método de tratamiento. Merece destacarse que las manifestaciones locales siguieron una evolución tórpida e independiente de la administración de cortisona.

#### Sumario.

Se exponen las características clínicas más importantes del loxocelismo cutáneo-visceral y se señala la gravedad especial que acompaña a las formas con intenso compromiso general, ictericia, hematuria, hemoglobinuria y alteraciones circulatorias.

Se relata la observación de una enferma de 8 años, que presentó manifestaciones típicas de loxocelismo cutáneo-visceral (intensas lesiones locales y aparición de ictericia, hematuria, anemia marcada y compromiso general) y en que se practicó exanguino-transfu-

sión y se administró cortisona durante 7 días, a la dosis global de 1.5 gramo, observándose durante el tratamiento con esta droga una notoria mejoría de los síntomas de orden tóxico y una evolución favorable de la enfermedad.

#### Summary.

The most important clinical characteristics of visceral-cutaneous loxocelism are reviewed and the authors stress the special severity of those cases with great general involvement, jaundice, hematuria, hemoglobinuria and circulatory symptoms.

They report a case of an 8 year old girl who had typical manifestations of visceral-cutaneous loxocelism (extensive local lesions, jaundice, hematuria, marked anemia) in whom a replacement transfusion was done and who received a total dose of 1.5 grams of Cortisone during 7 days. During treatment with this drug a great improvement of the toxic symptoms was noticed as well as a favorable course of the illness.

#### Bibliografía.

- BEST, W.; LIMARZI, L. and PONCHER, H. — Acquired Hemolytic Anemia treated with Corticotropin. *J. A. M. A.* 147: 9, 1951.
- BERTIN, V. — Consideraciones sobre aracnoidismo en Chile. *Rev. Chil. de Hig. y Med. Prev.* 12: 34, 1950.
- MACCHIAVELLO, A. — Aracnoidismo cutáneo o mancha gangrenosa de Chile. *Puerto Rico. J. Pub. Health and Trop. Med.* 22: 467-510, 1947.
- MEYER, F. — Idiopathic Acquired Hemolytic Anemia in an Infant. Successful treatment with Corticotropin. *Am. J. Dis. Child.* 82: 721, 1951.
- RIFKIN, H.; MARKS, L.; HAMMERMAN, D.; BLUMENTHAL, M.; WEISS, A. and WEINGARTEN, B. — Use of Corticotropin and Cortisona in Acute Homologous Serum Hepatitis. *Arch. Int. Med.* 89: 1, 1952.
- SMADEL, J.; LEY, H. and DREKCS, F. — Treatment of Typhoid Fever. Combined Therapy with Cortisone and Chloramphenicol. *Ann. Int. Med.* 34: 1, 1951.
- URETA, E. y ESPINOZA, J. — Aracnoidismo en Chile. *Rev. Chil. Ped.* 7: 489, 1944.
- WOODWARD, T. E.; MALL, H. E.; DIAZ, R.; RIVERA, J. and HIGHTOWER, A. — Treatment of Typhoid Fever. Control of Clinical Manifestations with Cortisone. *Ann. Int. Med.* 34: 10, 1951.