

Loxoscelismo en el niño. Análisis de 15 casos

Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán (1973-1978)
Antofagasta-Chile

Dr. Jorge Gutiérrez Puelma* y Sr. Hernán Sagua Franco**

El araneismo o aracnidismo es un cuadro tóxico de gravedad variable provocado en el hombre por el veneno de algunas especies de arañas, que en Chile son: *Latrodectus mactans* (araña del trigo) y *Loxosceles laeta* (araña de los rincones). En general las arañas no atacan es-

potáneamente al hombre y sólo lo hacen cuando ellas mismas son agredidas y su importancia médica está determinada por las lesiones tóxicas ocasionadas por el veneno (Pizzi y col., 1975; Schenone y col., 1965; Schenone y cols., 1975).

En el caso particular de *Loxosceles laeta*, la especie domiciliaria, el accidente de la mordedura e inoculación de veneno, es el responsable del Loxoscelismo, cuadro clínico que puede evolucionar bajo dos formas: cutáneo simple y cutáneo visceral o sistémico (Gajardo-Tobar,

*Servicio de Pediatría. Hospital Regional, Dr. Leonardo Guzmán.

**Unidad de Parasitología. Departamento. Ciencias de la Salud. Universidad de Chile, Sede Antofagasta.

1963; Reyes y col., 1964; Schenone y col., loc. cit.).

Siendo relativamente benigna la forma cutánea simple en su evolución y pronóstico, la forma cutáneo-visceral se presenta con alta letalidad específica (26,3%) según lo demuestra Schenone y col., (1975) en su estudio.

La alta frecuencia relativa de casos de Loxoscelismo en niños¹⁵ a nivel local respecto a nuestra población infantil (51.459 niños, Censo INE (1978) nos ha motivado para analizar la casuística del Servicio de Pediatría del Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán, en el período comprendido entre enero de 1973 y diciembre de 1978.

MATERIAL Y METODO

En un intento de contribuir a precisar algunos aspectos clínicos y epidemiológicos del loxoscelismo en niños, se revisaron las fichas clínicas de todos los pacientes hospitalizados en el

Servicio de Pediatría del Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán, desde enero de 1973 a diciembre de 1978, período en que de las 133.706 atenciones del Servicio de Emergencia Pediátrica, 1.730 correspondieron a picaduras de artrópodos y entre éstas se tabularon y analizaron los datos de 10 pacientes con loxoscelismo cutáneo simple y 5 con loxoscelismo cutáneo visceral comprobados.

RESULTADOS

Como referencia de la magnitud del problema, queremos establecer que de una población infantil de 51.459 niños que estima el Instituto Nacional de Estadística (INE) para la ciudad de Antofagasta, 133.706 requirieron atenciones en el Servicio de Emergencia Pediátrica, de los cuales 1.730 (1,3%) lo hicieron por picaduras de artrópodos. De éstos fueron hospitalizados quince pacientes (0,9%) por presentar un cuadro de loxoscelismo (Tabla 1).

Tabla 1
LOXOSCELISMO EN EL NIÑO
ATENCIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIATRICA
ANTOFAGASTA. CHILE 1979

Atenciones	1973	1974	1975	1976	1977	1978	Total
Emergencias pediátricas	12.958	22.116	19.979	27.003	27.173	24.477	133.706
Picaduras de Artrópodos	135	246	199	228	410	512	1.730
Hospitalizaciones por loxoscelismo comprobado*.	1	2(1)	1	1	3(2)	2(2)	10(5)

*Los números entre paréntesis () corresponden a los casos de Loxoscelismo cutáneo-visceral.

En relación con la forma clínica y letalidad, los resultados aparecen en la Tabla 2, desta-

Tabla 2
LOXOSCELISMO EN EL NIÑO
FORMA CLINICA Y LETALIDAD. ANTOFAGASTA.
CHILE 1979

Forma clínica	Casos		Letalidad	
	Nº	%	Nº	%
Loxoscelismo cutáneo	10	66,7	—	—
Loxoscelismo cutáneo-visceral.	5	33,3	1	20,0
Totales	15	100,0	1	20,0

cando que la tercera parte de los casos⁵ presentó loxoscelismo cutáneo-visceral y en este mismo grupo la letalidad fue de 20%, en tanto que la letalidad general fue de 6,7%. (Tabla 2).

Respecto a la distribución por sexo y edad, 10 pacientes corresponden al sexo femenino (66,7%) y 5 (33,3%) al masculino. Observándose una mayor incidencia; en niños menores de 10 años (Tabla 3).

La frecuencia estacional de los casos se distribuyó mayoritariamente durante el período estival, aunque se presentaron casos en todas las estaciones del año. Los casos de mayor gravedad clínica ocurrieron en pleno verano (Tabla 4).

Tabla 3
LOXOSCELISMO EN EL NIÑO
DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD
ANTOFAGASTA. CHILE. 1979

Grupos de edades (Años)	Casos		
	Hombres	Mujeres	Total
0-5	1 (1)	3 (1)	4 (2)
6-10	2	3 (1)	5 (1)
11-15	1	- (2)	1 (2)
Totales	4 (1)	6 (4)	10 (5)

Tabla 4
LOXOSCELISMO EN EL NIÑO
DISTRIBUCION ESTACIONAL. ANTOFAGASTA
CHILE. 1979

Estación	Nº casos
Verano	7 (3)
Otoño	1 (2)
Invierno	1 (-)
Primavera)	1 (-)
Totales	10 (5)

En relación con algunos aspectos clínicos de la casuística, se presentan los resultados en las Tablas: 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11.

En este sentido podemos destacar que el sitio de mordedura en 10 pacientes fue en las zonas descubiertas de extremidades superiores e inferiores (Tabla 5) en tanto que los principales

Tabla 5
LOXOSCELISMO EN EL NIÑO
SITIO DE MORDEDURA. ANTOFAGASTA
CHILE. 1979

Sitio de mordedura	Casos	
	Nº	%
Extremidades superiores	5	33,3
Extremidades inferiores	5	33,3
Cara	3	20,0
Abdomen	1	6,7
Tórax	1	6,7
Total	15	100,0

síntomas y signos que fueron motivo de hospitalización, son el lancetazo urente¹⁰, ede-

ma⁸, dolor⁶, eritema violáceo⁵ y placa cutánea⁵ (Tabla 6).

Tabla 6
LOXOSCELISMO EN EL NIÑO
PRINCIPALES SINTOMAS Y SIGNOS QUE
FUERON MOTIVO DE HOSPITALIZACION.
ANTOFAGASTA. CHILE, 1979

Síntomas y signos que motivaron la hospitalización	Casos	
	Nº	%
Lancetazo urente	10	66,7
Edema	8	53,3
Dolor	6	40,4
Placa cutánea	5	33,3
Eritema violáceo	5	33,3
Hemoglobinuria	4	26,7
Compromiso general	3	20,0
Prurito local	3	20,0

Por otra parte, el tiempo transcurrido entre el accidente y la hospitalización fue en 8° pacientes antes de las 24 horas (Tabla 7).

Tabla 7
LOXOSCELISMO EN EL NIÑO
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL ACCIDENTE
Y LA HOSPITALIZACION. ANTOFAGASTA
CHILE, 1979

Tiempo transcurrido (en horas)	Casos	
	Nº	%
0-12	4	26,7
13-24	4	26,7
más de 24	7	46,7
Total	15	100,0

Tabla 8
LOXOSCELISMO EN EL NIÑO
PRINCIPALES SINTOMAS Y SIGNOS LOCALES
VERIFICADOS EN LAS PRIMERAS 48 HORAS
ANTOFAGASTA. CHILE, 1979

Síntomas y signos	Casos	
	Nº	%
Edema	14	93,3
Dolor	13	86,7
Eritema	12	80,0
Placa livedoide	10	66,7
Prurito	6	40,0

Entre los síntomas y signos locales verificados en las primeras 48 horas, destacó el edema¹⁴, dolor¹³, eritema¹² y placa livedoide¹⁰. (Tabla 8). Mientras que los principales síntomas y signos generales que presentaron los 10 pacientes con loxoscelismo cutáneo en las primeras 48 horas, fueron de escasa relevancia, destacando la fiebre en 5 de ellos, con temperaturas no superiores 38°C. (Tabla 9). En cam-

Tabla 9
LOXOSCELISMO EN EL NIÑO
PRINCIPALES SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES
EN LOXOSCELISMO CUTANEO PRESENTADOS
EN LAS PRIMERAS 48 HORAS
ANTOFAGASTA. CHILE, 1979

Síntomas y signos	Casos	
	Nº	%
Fiebre	5	50,0
Prurito	3	30,0
Malestar general	3	30,0
Intranquilidad	2	20,0
Sin síntomas	2	20,0
Náuseas y vómitos	1	10,0

bio las principales manifestaciones generales, presentadas por los 5 pacientes con loxoscelismo cutáneo-visceral comprobado, en las primeras 48 horas fueron: Hemoglobinuria, hematuria, ictericia y fiebre en los cinco casos y compromiso sensorial en sólo cuatro (Tabla 10).

Tabla 10
LOXOSCELISMO EN EL NIÑO
PRINCIPALES MANIFESTACIONES GENERALES
VERIFICADAS EN LOXOSCELISMO CUTANEO
VISCERAL DENTRO DE LAS PRIMERAS
48 HORAS. ANTOFAGASTA. CHILE, 1979

Manifestaciones	Casos	
	Nº	%
Hemoglobinuria	5	100
Hematuria	5	100
Ictericia	5	100
Fiebre	5	100
Compromiso sensorial	4	80

Respecto a la conducta terapéutica, se utilizó antihistamínico inyectable (Cloropropiridamina), en los 10 pacientes con loxoscelismo cutáneo y corticoesteroides (Hidrocortisona) en los 5 casos de loxoscelismo cutáneo-visceral, agregándose en estos últimos pacientes, hidratación parenteral, diuréticos, transfusiones y antibióticos cuando lo requirieron (Tabla 11).

COMENTARIO

El análisis de los 15 pacientes pediátricos con loxoscelismo en sus formas cutáneas simple¹⁰ y cutáneo-visceral⁵ nos han permitido actualizar y evaluar numerosos factores clínicos y epidemiológicos de esta patología que se presenta con grados variables de gravedad, tanto a

Tabla 11
LOXOSCELISMO EN EL NIÑO
TRATAMIENTO SEGUIDO EN 10 CASOS DE LOXOSCELISMO CUTANEO
Y EN 5 CASOS DE LOXOSCELISMO CUTANEO VISCERAL.
ANTOFAGASTA. CHILE. 1979

Terapia	Lox. cutáneo	Lox. cutáneo	Total
	Nº casos	visceral Nº casos	
Antihistamínicos	10	4	14
Antibióticos	8	4	12
Corticoesteroides	6	5	11
Hidratación parenteral.	2	5	7
Diuréticos	—	5	5
Transfusiones	—	3	3
Tranquilizantes	1	—	1
Oxígeno	—	1	1

nivel de adultos, como de niños que son mordidos por araña del género *Loxosceles*.

En nuestra casuística, los pacientes de sexo femenino predominan, tanto en número¹⁰ como en la forma clínica grave⁴, agrupándose el número mayor de niños entre 0-10 años, aún cuando 2 de los 5 casos de loxoscelismo cutáneo-visceral se presentaron en niños mayores de 10 años (tabla 3).

Los casos se presentaron durante todo el año, aunque con baja incidencia en los meses fríos, como igualmente con formas predominantemente cutáneo simple. En tanto que durante el período estival se concentra el mayor número de casos, incluyendo los que evolucionan a loxoscelismo sistémico, lo que también concuerda con lo encontrado por Schenone y col., (1975) (Tabla 4).

De acuerdo al estudio de fichas y al diagnóstico de egreso, nuestros pacientes se pueden clasificar 10 con la forma cutánea simple y 5 con la cutánea visceral (Tabla 2), los primeros respondieron al tratamiento y evolucionaron con buen pronóstico, tal como lo señalan otros autores nacionales y extranjeros (Gajardo-Tobar, loc. cit.; Schenone y col., 1965; Delgado; 1969).

De los 5 pacientes que se clasificaron como loxoscelismo sistémico, 1 falleció a las 13 horas de su ingreso, en tanto que los 4 restantes, con el esquema de tratamiento utilizado en el Servicio de Pediatría, evolucionaron convenientemente desde el punto de vista general, aun cuando la placa necrótica tuvo su curso habitual. Tabla 2.

En los pacientes en estudio, la mordedura fue preferentemente en las extremidades superiores⁵ e inferiores⁵, en las zonas descubiertas, reflejando el accidente el tipo de vestimenta del niño en época estival, en esta ciudad. Las otras localizaciones de la mordedura fueron: cara³, abdomen¹ y tórax¹. Tabla 5.

En atención a lo tardío de la hospitalización (50% después de las 24 horas), se pudo comprobar que al indicarse ésta, los síntomas y signos predominantes fueron: lancetazo urente¹⁰, edema⁸, eritema violáceo⁵ y placa cutánea⁵. Tabla 6. Esta situación creemos se presentó por las características propias del paciente pediátrico, en el cual es generalmente la madre quien constata la iniciación de las enfermedades, además en 2 de los 5 casos de loxoscelismo cutáneo-visceral los pacientes consultaron pre-

viamente a la hospitalización, siendo enviados a su domicilio en observación.

La evolución dentro de las primeras 48 horas entre los 15 pacientes hospitalizados, permite verificar que los principales síntomas y signos locales fueron: edema (93,3%) y dolor (86,7%), (Tabla 8), lo que concuerda con lo presentado por Schenone y col., (1975) en 87,3% y 97,4% respectivamente para los mismos síntomas. Sin embargo, entre nuestros pacientes el eritema se encontró en el 80,0%, mientras que en la casuística de Schenone y col., (1975) sólo aparece en el 13,5% de los casos. En 10 pacientes (5 cutáneos simples y 5 cutáneo-visceral) en el sitio de la mordedura se observó un edema que se extendió rápidamente, tomando luego toda la zona edematosa un tono de color amoratado, apareciendo sobre ellas pequeñas flictenas, llenas de un líquido amarillento, verificándose además prurito intenso y dolor.

En relación a los síntomas y signos generales entre los pacientes con loxoscelismo cutáneo dentro de las primeras 48 horas, aparecen sin significancia importante, excepto sensación febril en 5 casos, que no sobrepasó los 38°C, todos estos pacientes evolucionaron satisfactoriamente, siendo dados de alta en buenas condiciones generales (Tabla 9).

Entre los pacientes con loxoscelismo sistémico, las manifestaciones generales de mayor relevancia fueron las clásicas de esta patología, es decir, hemoglobinuria, hematuria, ictericia, fiebre (38-39°C); y sólo en 4 de ellos síntomas nerviosos (excitación, somnolencia, cefalalgia, delirio). (Tabla 10).

La conducta terapéutica en los pacientes con loxoscelismo cutáneo se basó fundamentalmente en la utilización de antihistamínicos, en 10 casos. En 4 de ellos se recurrió a corticosteroides por evolucionar con placa necrótica. La infección secundaria de las mordeduras se controló en 8 pacientes con antibioterapia específica.

En relación a loxoscelismo cutáneo visceral, el tratamiento se fundamentó en el uso de medicamentos que permitieron controlar la hemólisis, corregir anemia y mantener una buena función renal. Agregándose a este esquema hidratación parenteral y antibióticos. Tabla 10. Además de requerirse del cuidado intensivo de enfermería pediátrica.

CONCLUSIONES

Se estudian clínicas y epidemiológicamente 15 niños con loxoscelismo comprobado hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán. Antofagasta-Chile en el período comprendido entre enero de 1973 y diciembre de 1978.

En nuestra casuística la tercera parte correspondió a la forma clínica cutáneo-visceral.

La letalidad general fue de un 6,7% (1 de 15 casos), en tanto que para el tipo cutáneo visceral⁵ esta letalidad asciende a un 20%.

La distribución por sexo, variación estacional, sitio de mordedura, son similares a las publicadas por autores nacionales.

Mayor frecuencia en sexo femenino (66,7%).

Mayor incidencia de gravedad en meses calurosos de diciembre a mayo (86,7%).

Sitio de mordedura más frecuente en extremidades (66,7%).

El tratamiento consistió fundamentalmente en: antihistamínico para los pacientes con loxoscelismo cutáneo y corticoesteroides, aprovechando su acción antihemolítica en los pacientes con loxoscelismo cutáneo visceral, en quienes además, con el fin de mantener una buena función renal, se utilizaron diuréticos y transfusiones de glóbulos rojos para corregir anemia y, cuando correspondió antibióticos, complementados con un estricto y cuidadoso manejo de enfermería, tanto de las manifestaciones locales como generales en este tipo de pacientes.

Respecto a la seroterapia específica no se llegó a utilizar el suero antiloxosceles (Instituto Butantan), no existiendo experiencia local en este sentido.

El estudio realizado, permite concluir que los resultados obtenidos no se diferencian mayormente de los publicados en la literatura nacional, aunque con algunos matices propios del paciente pediátrico.

RESUMEN

Se analizan 15 casos de Loxoscelismo en pacientes pediátricos del Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta, hospitalizados entre 1973 y 1978.

En 10 casos el compromiso fue sólo cutáneo (66,7%) y en 5 cutáneo-visceral (33,3%). Hubo una mayor frecuencia en el sexo femenino, 10 casos (66,7%), y en los meses de

calor (diciembre a mayo), 13 casos (86,7%). La letalidad de las formas graves se presentó en estos meses. El sitio de mordedura más frecuente fue en las extremidades en zonas descubiertas, 10 casos (66,7%).

Los 5 pacientes con loxoscelismo cutáneo-visceral presentaron hemoglobinuria, hematuria, ictericia y fiebre. Sólo 1 caso no tuvo compromiso sensorial. De estos pacientes falleció 1, lo que hace una letalidad específica de 20%.

El tratamiento consistió en antihistamínicos para los casos de loxoscelismo cutáneo y corticoesteroides en los pacientes con loxoscelismo sistémico, además en estos enfermos se utilizaron diuréticos, transfusiones y antibióticos. Respecto a seroterapia específica no se utilizó el suero antiloxosceles en ningún paciente.

Se analiza y revisa la literatura nacional y extranjera referente al tema.

SUMMARY

Fifteen loxoscelism clinical children cases were analysed in Dr. Leonardo Guzmán Hospital Regional of Antofagasta, patients been in the sanatorium from 1973 to 1978.

In ten cases (66,7%), the clinical type was cutaneous and five cases (33,3%) showed a viscero-cutaneous type. There was a higher percentage of female cases, (66,7%) corresponding to 10 children and also a higher percentage during the hot months (December to May), at that time there were thirteen cases (86,7%). Lethal cases occurred during these months. Naked areas of the limbs were frequently bitten, this was detected in ten cases (66,7%).

The five patients affected by viscero-cutaneous loxoscelism showed: hemoglobinuria, hematuria, jaundice and fever. Only one child didn't have sensorial problem. Just one, out of the five patients died; this makes a 20% of lethal cases.

Treatment consisted in antihistamines for the cutaneous loxoscelism and corticosteroid therapy for the viscero-cutaneous loxoscelism's patients, besides were used in these patients, diuretics, transfusions, and antibiotic therapy. Respect to specific serotherapy didn't use antiloxosceles serum nobody.

National and foreign literature on this topic has been checked and analysed.

REFERENCIAS

- ¹ *Delgado, A.* Loxoscelismo. I. Formas clínicas del síndrome cutáneo. *Rev. Soc. Peruana Dermatol.* 3:73-78. 1969.
- ² *Gajardo-Tobar, R.* La clínica del aracnismo. *Bol. Hosp. Viña del Mar.* 19:179-201. 1963.
- ³ *Instituto Butantan.* Secretaria de Estado da Saude. Coordenadoria de Servicios Técnicos Especializados. Normas gerais para tratamento dos accidentes humanos por animais peconhentos. 1:2-13. 1977.
- ⁴ *Pizzi, T.* Estudio histopatológico del aracnismo necrótico por *Loxosceles laeta*. *Bol. Chile. Parasit.* 30: 34-36, 1975.
- ⁵ *Reyes, H. y Schenone, H.* Algunos aspectos epidemiológicos y clínicos del loxoscelismo en Chile. *Proc. 7th Int. Cong. Trop. Med. Mal.* 4:194-195, 1964.

- ⁶ *Schenone, H.; Fanta, E.; Zamora, A.* Loxoscelismo cutáneo visceral en el niño. *Pediatría* 8:257-260, 1965.
- ⁷ *Schenone, H. y Letonja, T.* Notas sobre la biología y distribución geográfica de las arañas del género *loxosceles*. *Bol. Chile. Parasit.* 30:27-29, 1975.
- ⁸ *Schenone, H.; Rubio, S.; Villarroel, F.; Rojas, A.* Epidemiología y curso clínico del Loxoscelismo. Estudio de 133 casos causados por la mordedura de la araña de los rincones (*Loxosceles laeta*). *Bol. Chile. Parasit.* 30:6-17, 1975.
- ⁹ *Ureta, Emilio.* Latrodectismo, Loxoscelismo y aracnoidismo benigno. *Rev. Méd. Chile.* 72:699-702, 1944.