A propósito del loxoscelismo en Chile

Clinical diagnosis and treatment of loxocelism

Sr. Editor: La alarma pública que se ha producido por la detección de algunos casos de loxoscelismo en Antofagasta, hace que me permita enviarle una síntesis sobre dicho tema. El loxoscelismo es el envenenamiento producido por la mordedura de la araña *Loxosceles laeta*, conocida como «araña de los rincones». Es de color pardo, con el abdomen más oscuro que el resto del cuerpo y extremidades. Su cuerpo mide 10-15 mm de largo y 42-45 mm con las patas extendidas. Siendo predominantemente doméstica, ha sido encontrada en entretechos, rincones de habitaciones, detrás de cuadros en las paredes, en closets, estantes y cara inferior de muebles, sitios donde teje su tela en la cual deposita sus huevos en capullos que ella construye y en ocasiones en prendas de vestir que han estado colgadas en las paredes^{1,2}. Ha sido hallada en 645 (29,5%) de 2.189 viviendas rurales y urbanas de 29 sectores ubicados entre las V y VI regiones. El número de arañas fue mayor en sectores rurales: 1 a 122, con un promedio de 8,4% arañas por vivienda infestada. De 5.449 arañas capturadas, 97% lo fue en el interior de las viviendas infestadas y 3% en paredes o tabiques exteriores. En ninguna casa se había producido accidente por su mordedura³.

La mayoría de los accidentes ocurre en la noche, mientras la persona duerme, o en el momento de vestirse en la mañana. Aunque el accidente puede ocurrir en cualquiera estación del año, su mayor frecuencia es en verano y primavera. El loxoscelismo puede presentarse como forma cutánea (LC) (81-84%) o como forma sistémica o cutáneo-visceral (LCV) (16-19%)^{1,2}.

El cuadro clínico local se inicia con sensación de clavadura urente y aumento de volumen, e intranquilidad. Las áreas cutáneas más frecuentemente afectadas son las correspondientes a las extremidades, cara, tórax, cuello y abdomen. Las manifestaciones locales más frecuentes son dolor (91%), edema (85%) y placa livedoide (83%). La placa livedoide consiste en una mancha violácea pálida dura de aspecto equimótico inicial, que se va tornando más oscura con el transcurso de las horas, quedando bien delimitada en las primeras 24 h de evolución. Su diámetro varía entre 3 y 355 mm, presenta un diseño irregular de su contorno y coloración (rosado pálido, rojo, violáceo), coloración que progresivamente se oscurece y se transforma en una placa necrótica¹. No se acompaña de compromiso ganglionar regional.

En el LCV, además de las manifestaciones locales ya descritas, en las primeras 24 h se observan palidez, ictericia moderada, hipertermia, compromiso de conciencia, anemia hemolítica masiva, hematuria y hemoglobinuria (orina de color café caoba)².

La concurrencia precoz del paciente a centros asistenciales y el diagnóstico oportuno son cruciales. El tratamiento consiste en la administración parenteral (el veneno produce alteraciones de las mucosas gástrica e intestinal), de antihistamínicos y/o corticoides (de demostrada acción antiinflamatoria general en LC) en dosis de acuerdo con el peso del paciente y la severidad de las manifestaciones clínicas^{1,2}, hecho corroborado en estudios experimentales en conejos⁴. El suero antiloxoscélico es de dudosa eficacia: en la mayoría de los casos la totalidad del veneno inyectado en el

momento de la mordedura se fija y actúa en la epidermis o ingresa al torrente circulatorio a través de algún pequeño vaso sanguíneo superficial y va a producir una hemólisis intravascular masiva, situaciones en las que el suero no va a ser útil.

No existe relación entre el tamaño de la lesión local y el compromiso visceral. Debe tenerse presente que el veneno de *L laeta* es dermatotóxico (LC y LCV) y hemolítico cuando ingresa al torrente circulatorio (LCV). No afecta otras estructuras como músculos y articulaciones.

Dr. Hugo Schenone F.

Suárez Mujica 2172, Santiago

REFERENCIAS

1. SCHENONE H. Cuadros tóxicos producidos por mordeduras de araña en Chile: latrosectismo y loxoscelismo. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 437-44.
2. SCHENONE H, SAAVEDRA T, ROJAS A, VILLARROEL F. Loxoscelismo en Chile. Estudios epidemiológicos, clínicos y experimentales. *Rev Inst Med Trop. S Paulo* 1988; 31: 403-15.
3. SCHENONE H, ROJAS A, VILLARROEL F, SUÁREZ G. Prevalence of *Loxosceles laeta* in houses in central Chile. *Am J Trop Med Hyg* 1970; 16: 564-7.
4. SCHENONE H, LETONIA T, SCHENONE D. Estudio preliminar del tratamiento del loxoscelismo sistémico (cutáneo-visceral) experimental en el conejo con metilprednisolona inyectable. *Bol Chil Parasitol* 1979; 34: 84-6.