

Características clínico-epidemiológicas de pacientes pediátricos con envenenamiento por mordedura de araña loxosceles

María del Carmen Sánchez-Villegas¹, Concepción Nazario-Santiago², Alejandro Alagón-Cano³, Guadalupe Márquez-Ávila⁴, María Teresa Ramos-Cervantes⁵, Jorge Loría-Castellanos⁶

Pren. Méd. Argent.
Noviembre 2014
Vol. 100 - N° 9
605-613

INTRODUCCIÓN

El loxoscelismo es un envenenamiento producido por la inoculación del veneno de la araña *Loxosceles* (violinista, solitaria, reclusa, parda, café). Se clasifica como local y sistémico. El loxoscelismo cutáneo puede manifestarse desde una placa eritematosa plana hasta una lesión necrótica hundida de profundidad variable de evolución benigna. La forma sistémica cursa además de la lesión dermonecrotica local con hemólisis, insuficiencia renal aguda hasta falla orgánica múltiple puede condicionar la muerte. El diagnóstico es clínico. El tratamiento tiene controversias, la terapia principal es de soporte. La literatura internacional menciona que la población pediátrica es en extremo susceptible a sufrir este envenenamiento, con manifestaciones y complicaciones incluso mayores que la población adulta.⁽¹⁻¹⁰⁾

Hablando de epidemiología, Zavaleta y Sanabria en Perú, realizaron un estudio donde se revisaron casuísticas reportadas de hospitalizaciones ocurridas en el periodo 1943-1997 encontrándose 476 casos reportados, el 74% correspondieron al síndrome cutáneo necrótico y 26% al síndrome sistémico o cutáneo viscerohemolítico. La mortalidad se asoció al síndrome sistémico con insuficiencia renal, siendo la letalidad mayor en pacientes menores de 13 años.⁽¹¹⁾

En el 2001 Valverde realizó un trabajo descriptivo retrospectivo en que se incluyeron 20 casos registrados de loxoscelismo atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo desde enero del 2001 a noviembre del 2003. Se encontró que el 55% de los pacientes fueron

del sexo femenino. El grupo etáreo más afectado fue el de 21 a 40 años. Tres pacientes fueron menores de 10 años (15%). El lugar de procedencia fue predominantemente urbano-marginal. La forma cutánea fue la más común (60%). La distribución topográfica de los pacientes fue en extremidades inferiores en el 45%. La frecuencia estacional fue más común en verano-otoño con 70%. Recibieron terapia con suero antiloxoscelico 11 pacientes (55%). Finalmente, solo se identificó y capturó la araña en 1 paciente (5%).⁽¹²⁾

Otros estudios semejantes fueron realizados por: Malaque, Castro-Valencia, Cardoso y Franca, analizaron 359 de Loxoscelismo atendidos en el Hospital Vital Brasil, el Instituto Butantan, São Paulo, Brasil, entre 1985 y 1996. La araña se identificó en 14% de los casos. No se observó ninguna diferencia de género. Los accidentes se produjeron principalmente en las zonas urbanas (73%). Sólo el 11% buscó atención médica dentro de las primeras 12 horas después de la mordedura. El Loxoscelismo cutáneo fue presentación clínica más común (96%), las manifestaciones más frecuentes fueron: dolor (76%), eritema (72%), edema con induración (66%), equimosis (39%). Buscan atención médica en 72 horas después de la mordedura. La hemólisis se confirmó en 4 casos (1,1%). También se observaron rash cutáneo generalizado, fiebre y dolor de cabeza en el 48% del total de pacientes. Ninguno de ellos tuvo insuficiencia renal aguda o fallecimiento. El tratamiento implicó uso de antivieno, dapsona y esteroides.⁽¹³⁾

Estudios similares se han realizado en Chile, España, Uruguay, Brasil, Argentina y Estado Unidos; con resultados

1 Toxicóloga clínica. Área de Toxicología. Hospital General Centro Médico La Raza

2 Especialista en Pediatría. Hospital General Centro Médico La Raza

3 Laboratorio de Biotecnología, Universidad Nacional Autónoma de México

4 Especialista en pediatría, HGR 25.

5 Encargada de la División de Investigación en Salud. Hospital General Centro Médico La Raza

6 Especialista en Urgencias, Toxicólogo Clínico. División de Proyectos Especiales en Salud

equivalentes.⁽¹⁴⁻²²⁾

En México la mayoría de los reportes de loxocelismo se han limitado a casos clínicos o series cortas, de tal forma, no se cuenta con un soporte epidemiológico que demuestre el impacto en la Salud Pública del proceso de Loxoscelismo. Es impreciso el registro por varios factores que incluyen los diagnósticos diferenciales extenso de las lesiones dermonecroticas, factores relacionados a la identificación del arácnido y la falta de estudios que avalen la importancia clínica de dicho problema.⁽²³⁻²⁶⁾

Motivo para la realización de este estudio

METODOLOGIA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, autorizado por el Comité Local de Investigación en donde se analizaron los expedientes clínicos correspondientes a los pacientes atendidos en el Centro de Información y Asistencia Toxicológica del Hospital General Gaudencio González Garza del Centro Médico La Raza, con el diagnóstico de envenenamiento por Araña Loxosceles o Loxoscelismo en el período comprendido del 01 de enero del 1997 al 30 de abril del 2013.

Las variables de estudio fueron, edad, género, hora de presentación, área geográfica y estación del año en que se presentaron los casos, oportunidad de atención, manifestaciones clínicas locales y sistémicas, forma de diagnóstico, tratamiento y mortalidad. Se empleó estadística descriptiva.

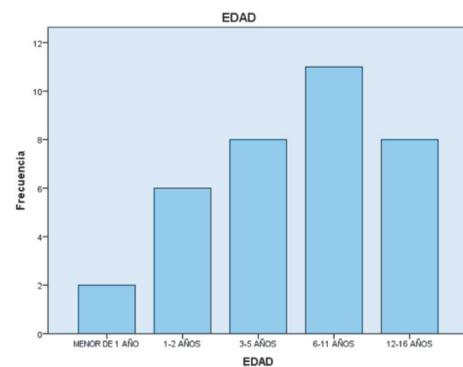
RESULTADOS

En el periodo de 6 años analizado, un total de 105 pacientes tuvieron diagnóstico inicial de Loxoscelismo, no obstante se eliminaron 70 ya que el diagnóstico final lo descartó (prurigo por insectos, celuli-

tis, Latrosectismo, dermatitis por contacto, herpes, entre otros); de tal forma, se incluyeron un total de 35 pacientes.

Predominó el género femenino (51.4%). Se presentaron casos desde menos de un año hasta 16 años, aunque predominó el grupo de 6 a 11 años (Gráfica 1)

Gráfica 1: "Distribución por edad de los 35 pacientes analizados pos mordedura los loxosceles



El lugar de ocurrencia del accidente más frecuente fue el hogar (62.9%), seguido de la escuela y la vía pública (8.6% cada uno). (Cuadro I)

Cuadro I: Distribución por lugar de de exposición de los 35 pacientes analizados por mordedura de loxosceles

LUGAR DE EXPOSICION		
	Frecuencia	Porcentaje
HOGAR	22	62.9
ESCUELA	3	8.6
VIA PUBLICA	3	8.6
DESCONOCE	7	20.0
Total	35	100.0

Aunque se presentaron casos en todas las estaciones del año, fueron más frecuentes en la primavera (34.2%) y el verano (25.7%)

Respecto al lugar de procedencia del paciente se encontró que el 37.1% fueron referidos de unidades pertenecientes al propio Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 31.4% fueron referi-

dos de una unidad médica no IMSS, el 22.9% iban directamente de su domicilio y 8.6% correspondieron a valoraciones por Videoconferencia.

El 65.71% correspondieron al Distrito Federal, el 28.57% al Estado de México y el 5.72% a Zacatecas y Sonora. Del Distrito Federal la Delegación con mayor porcentaje de casos fue Azcapotzalco con 8 casos. (Gráfica 2)

Gráfica 2: Distribución por ubicación geográfica y variante clínica de los 35 pacientes analizados sobre mordedura por loxosceles



	LOXOSCELISMO		Total
	LOCAL	SISTÉMICO	
ATIZAPAN	1	0	1
AZCAPOTZALCO	8	0	8
BENITO JUAREZ	4	1	5
CUAJIMALPA	1	0	1
ECATEPEC	2	1	3
GUSTAVO A MADERO	3	1	4
IZTAPALAPA	1	0	1
MIGUEL HIDALGO	1	0	1
NAUCALPAN	2	0	2
NEZAHUALCOYOTL	1	1	2
PANTITLAN	0	1	1
SONORA	0	1	1
TLAHUAC	2	0	2
TLALPAN	0	1	1
TOLUCA	1	0	1
ZACATECAS	0	1	1
Total	27	8	35

En el 82.9% de los casos no se aplicó ninguna medida inicial por familiares, en los restantes las medidas más utilizadas fueron calor, hielo, alcohol y lidocaína. (Cuadro II)

Cuadro II: Medidas iniciales empleadas en los 35 pacientes analizados sobre mordedura por loxosceles

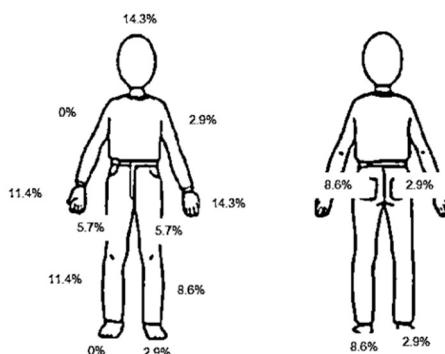
	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNO	29	82.9
CALOR LOCAL	2	5.7
HIELO	1	2.9
LIDOCAINA CREMA	1	2.9
OXIDO DE ZINC	1	2.9
ALCOHOL	1	2.9
Total	35	100.0

Se estimó que el tiempo transcurrido entre las manifestaciones clínicas y la primera atención médica fueron un mínimo de 2 horas y un máximo de 96 horas, con una media de 40.89 +/- 11.23horas.

Tan sólo en el 5.7% de los casos se identificó el arácnido.

La región anatómica más afectada de forma inicial fueron las extremidades pélvicas (45.7%), seguido de extremidades torácicas (28.5%), glúteos (14.2%) y región facial (11.4%). (Gráfica 3)

Gráfica 3: Distribución por región anatómica afectada en los 35 pacientes analizados sobre mordedura por loxosceles



En el 77.1% de los casos (16 casos femeninos y 11 masculinos) se presentó la variante clínica local del loxoscelismo; en tanto que el 22.9% correspondieron a la sistémica (2 femeninos y 6 masculinos).

En lo que respecta a los datos clínicos presentados por los pacientes encontramos que las lesiones locales (Placa Live-doide, Placa Eritematosa plana y Ede-

matoso Facial,) se presentaron asociadas a una expresión sistémica en el 22.8% de los casos.

Las manifestaciones gastrointestinales (náuseas, vómito y diarrea) se identificaron relacionadas a las formas sistémicas en el 50% de los casos, no así en las formas locales.

La presencia del edema fue catalogada como de intensidad leve (extensión < 10cm) en 6 pacientes (17.1%), moderado (extensión 10-20cm) en 22 pacientes (62.9%) y severo (extensión > 20cm) en 5 pacientes (14.3%). Solo 2 pacientes no presentaron edema (5.7%). En el 62.9% de los casos se desarrolló una ampolla hemorrágica.

El dolor se presentó en todos los pacientes, siendo el tiempo mínimo de presencia 3 horas y máximo por 72 horas con una media de 41.06 horas.

Se desarrolló úlcera dermonecrótica en el 57.14% (15 en la forma local y 5 en la sistémica) de los pacientes, con un tiempo mínimo de aparición a las 4 horas y máximo de 12 días. Siendo su distribución como se muestra a continuación:

Específicamente en el loxocelismo sistémico, la manifestación más frecuente fueron la leucocitosis (100%), hipotensión (87.5%), acidosis metabólica (75%) y cefalea, desorientación y dificultad respiratoria (50% cada uno)

En lo que respecta a los estudios paraclínicos y de gabinete realizados encontramos que la biometría hemática, pruebas de coagulación y química sanguínea se realizaron en el 100% de los pacientes, la radiografía de tórax en el 28.6%, electrocardiogramas en 22.9%, gasometrías en 22.9%, hemocultivos en 31.4%, cultivos diversos en 22.9%, prueba de ELISA específica para la detección de fosfolipasa D fue realizada a través de un frotis de la piel periférica a las lesiones dermonecróticas solamente en el 14.3% de los casos (todas resultaron positivas) y solo a un 2.9% se le practicó toma de biopsia, la cual reportó

necrosis isquémica de epidermis y dermis, sin datos de Vasculitis.

De las pruebas microbiológicas, 11 fueron hemocultivos negativo para el desarrollo de microorganismos; 7 urocultivos con un resultado positivo (Cándida) y un cultivo de secreción de la lesión dermonecrótica (pseudomona aeruginosa).

Hablando del tratamiento empleado se indicó antibiótico en el 100%, en el 91.4% de los casos se empleó esteroide, en el 74.3% dapsone, analgésico en 94.3%, enoxaparina en 28.6%, inmunoglobulina en 25.7%, y se requirió tratamiento quirúrgico en 28.5%.

Específicamente en el caso del uso de Dapsona, 17 pacientes desarrollaron úlcera dermonecrótica a pesar de su uso; el 15.3% de estos pacientes presentaron metahemoglobinemia con un valor promedio de 16.5%.

Se administraron 21 dosis de antiveneno específico, es decir, el 60% de los pacientes afectados recibió terapia antiveneno, en un promedio de 31.94 horas de haber sufrido el envenenamiento; en 12 de estos pacientes no desarrolló úlcera dermonecrótica.

El tiempo de estancia hospitalaria fluctuó entre 1 y 90 días, con una media de 16.76 +- 18 días.

El 80% de los pacientes evolucionaron de forma satisfactoria. De las secuelas reportadas el 37.1% fue de tipo estética siendo la cicatriz la más frecuente; 8.6% estética y funcional (cicatriz, limitación al movimiento y amputación en un caso), 2.9% solo funcional. El 51.4% de los casos no presentó ninguna secuela. Sólo se registró una defunción ocasionada por loxocelismo sistémico siendo el choque mixto la causa.

El 54.3% de los pacientes fueron refferidos a hospitalización, el 22.9% a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica y el 22.9% se egresaron a domicilio directamente de urgencias.

DISCUSIÓN

El primer caso de *Loxoscelismo* reportado en México ocurrió en 1969 y a partir de entonces se han generado publicaciones de casos aislados.

El Centro de Información y asistencia Toxicológica del Centro Médico Nacional La Raza recibe solicitudes de apoyo de diversos estados de la República Mexicana por ser un hospital de 3er nivel de atención médica. La cobertura de atención se genera a partir de interconsultas escritas, llamadas telefónicas, internet o videoconferencias.

Aunque la frecuencia de casos reportados pareciera escasa, tendríamos que considerar que únicamente se consideraron casos pediátricos del Centro, así como que el *loxocelismo* aún se encuentra subdiagnosticado en nuestro medio.

De forma muy similar a lo reportado por la literatura, la presentación local es más frecuente (9-12)

No es de extrañar que la procedencia de los pacientes fuera predominantemente el hogar, situación que debería hacernos reflexionar sobre las medidas de prevención a implementar en las mismas a fin de limitar nuevos casos.

Es de llamar la atención el que las versiones sistémicas del *loxocelismo* se hayan presentado en los pacientes referidos de provincia, tendríamos que considerar si en esto influyó el atraso en realizar el diagnóstico, la solicitud de valoración o atención médica especializada. (7-13)

Contrario a lo reportado por otras series en donde la región más afectada suele ser las extremidades superiores, nuestro estudio reportó una notoria frecuencia de afección a extremidades inferiores; probablemente el resultado esté relacionado con las actividades propias de la infancia.

Solo en 2 casos fue identificado el arácnido responsable, porcentaje muy por debajo de lo que refieren otros estudios nacionales e internacionales, situación posiblemente asociada a las caracte-

terísticas lucífugas y de desplazamiento rápido propias del arácnido; esto seguramente influyó en el atraso en el diagnóstico y consecuentemente en el tratamiento. (6-10, 20-26)

El lugar y la hora donde ocurrieron los accidentes no pudieron precisarse de acuerdo a los informes descritos en los expedientes, solo un caso en el que se identificó el arácnido condicionando una mordedura a nivel facial se describe que ocurrió al medio día. La literatura describe que los accidentes ocurren más frecuentemente durante la noche cuando el paciente se encuentra durmiendo, al vestirse o al momento de calzarse.

Las medidas de rescate iniciales aplicadas (calor local, hielo, alcohol, etc.) ocasionaron que los cambios inflamatorios se enmascararan, lo que derivó en que la mayoría de los pacientes atrasaran la solicitud de atención y consecuentemente influyeran negativamente en su evolución.

Tanto el *loxoscelismo* local como sistémico, estuvieron asociados a manifestaciones simultáneas que podemos englobar en tres grupos: forma edematosa facial, placa livedoide y placa eritematosa plana. Solo en 2 casos de las formas sistémicas se encontraron lesiones a distancia y contralateral del sitio inicial de inoculación. Estos hallazgos concuerdan con otros autores. (15-18, 22-25)

El órgano blanco de la afectación del *loxoscelismo* es el endotelio, el cual se ve afectado por la acción de la fosfolipasa D. Al momento de la inoculación se produce liberación de fosfoceramida, activación de leucocitos polimorfonucleares, liberación de mediadores químicos de la inflamación, óxido nítrico como factor predisponente de la hipotensión y activación de las interleucinas IL1, 6, 10; el endotelio presenta un proceso inflamatorio generándose en la microvasculatura, quimiotaxis de leucocitos PMN, ésta reacción en cadena afecta a diversos órganos y sistemas; fisiopatología que se asoció tanto a las afecciones renales, he-

matológicas y cardiovasculares de nuestros pacientes como seguramente a la causa de defunción. (1-8)

Considerando los diagnósticos diferenciales de celulitis o sepsis como condicionantes de lesiones dermonecróticas se requiere del estudio microbiológico a través de cultivos de las lesiones locales y hemocultivos. En los pacientes de este estudio, se realizaron hemocultivos y cultivos diversos en 18 pacientes (51.4%), reportados asépticos.

En el 2004 se generó una prueba diagnóstica por método de ELISA en el Instituto de Biotecnología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); una prueba que identifica la esfingomielinasa en el tejido periférico a las lesiones dermonecróticas y es positiva durante las primeras 72hrs postexposición, tiempo que se estima de vida media del veneno loxoscélico en los tejidos. En nuestro estudio esta prueba se realizó en 5 pacientes (14.3%) todas fueron positivas a la presencia de esfingomielinasa, en 4 pacientes sistémicos y uno local, se tomaron en promedio a los 4 días de evolución. Si bien es cierto que la intervención terapéutica no depende del resultado de una prueba biológica, esta puede constituirse como un invaluable apoyo en el proceso diagnóstico

Es una realidad que el tratamiento ha tenido diversas controversias, se ha utilizado esteroides, antihistamínicos, descargas eléctricas en la región afectada, dapsona, colchicina, oxígeno hiperbárico, Antivenenos, etc.; No obstante y dado el conocimiento de la vasculitis por daño endotelial y la observación de una respuesta favorable reportado en la literatura, sigue siendo recomendable el empleo de esteroide, dapsona, inmunoglobulinas y antivenenos específicos. ^(10-17,21-26)

A partir del 2009 en este Centro de Intoxicados se utilizó la terapia antiveneno polivalente intravenosa. En esta serie se empleó en 21 pacientes. Las formas locales de loxoscelismo tratadas con Antiveneno limitaron el desarrollo de una

úlceras dermonecróticas profundas en el 75% de los casos. En las formas sistémicas recibieron antiveneno en 6 casos, solo uno falleció y la terapia fue administrada a los 6 días de evolución. El tratamiento de la forma sistémica no fue basado exclusivamente en la administración del antiveneno, estos pacientes recibieron pulsos de metilprednisolona e Inmunoglobulina para abatir la respuesta inflamatoria. En 4 casos si desarrollaron una úlcera dermonecrótica, 3 ameritaron injerto quedando con secuelas estéticas. En promedio en este grupo se aplicó a las 78 horas de evolución. Es claro que la administración del antiveneno no evita que una forma local vire a una forma sistémica, pero si limita el desarrollo profundo de una úlcera dermonecrótica, así como la mortalidad en ambas versiones.

En México no existe un estudio clínico epidemiológico a gran escala sobre el envenenamiento por mordedura de araña *Loxosceles* que establezca el marco situacional del problema, para dimensionar la gravedad que entraña el comportamiento sistémico y las necesidades de recursos de diagnóstico y terapéutico, que alerten a los médicos de primer contacto en identificar y tratar de forma oportuna un proceso de loxoscelismo con la finalidad de mejorar el pronóstico y la calidad de vida de un paciente víctima de esta intoxicación

Con todas sus posibles limitaciones, este estudio se constituye como un avance informativo respecto al comportamiento del loxoscelismo dentro de un Centro Toxicológico en México. Seguramente se encontrarán diferentes áreas de oportunidad para trabajar en la prevención y atención de estos pacientes.

CONCLUSIONES

El envenenamiento por mordedura de araña *Loxosceles* aunque es una enfermedad poco frecuente en la población pediátrica, puede tener importantes re-

percusiones que hacen meritorio un juicio abordaje.

La piedra angular en la atención de estos pacientes es la sospecha diagnóstica, que limite el tiempo de establecer una atención especializada.

Tanto la prueba diagnóstica por método de ELISA como el empleo de Antivenenos específicos pueden ser de invaluable ayuda en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Saracco AS, De Roodt AR. Loxoscelismo. R U B A. 2008;4:80-86 .
2. Tay ZJ, 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.
3. Cabrerizo S, Docampo PC, Caria P, De Rozasa M, Díaz M, De Roodt A, Curci O. Loxoscelism: report of a viscerocutaneous case with favorable resolution. Arch Argent Pediatr. 2009;107:256-258
4. Quero HA, Zárate AR, Pérez BA. Aracnoidismo necrótico. Bol Méd Hosp Infant Méx. 2004;61:160-163
5. Zambrano A, González J, Callejas G. Desenlace fatal por loxoscelismo cutáneo visceral. Rev Méd Chile. 2005; 133: 219-223
6. Baldovino R. Loxoscelismo cutáneo: a propósito de un caso clínico. Arch Pediatr Urug. 2012; 83: 273-277
7. McDade J, Aygun B, Ware RE. Brown Recluse Spider (Loxosceles reclusa) Envenomation Leading to Acute Hemolytic Anemia in Six Adolescents. J Pediatr 2010; 156: 155-157 .
8. Better Richard. Bities and Sting of medically important venomous Arthropods. Int J Dermatol. 1998; 37: 481-496.
9. Luna GL, Ugarte BC, Soto ME, Ávila CMC. Caso clínico-patológico Picadura por arácnido. Rev Fac Med UNAM. 2000; 43:80-86
10. Álvarez HG, Rascón AA, Hurtado VJ. Loxoscelismo Sistémico Fatal en un paciente pediátrico lactante Reporte de un caso. Bol Clin Hosp Infant Edo Son. 2008; 25: 105-109
11. Sanabria H, Zavaleta A. Panorama Epidemiológico del Loxoscelismo en Perú. Rev Med Exp INS. 1997. XIV(2)
12. Valverde J. Aspectos clínicos y epidemiológicos del loxocelismo Hospital Regional Docente de Trujillo enero 2001 a noviembre 2003. Dermatol Peru. 2003;14:15-19.
13. Malaque CM, Castro VJE, Cardoso JL, Franca FO, Barbaro KC, Fan HW. Clinical and Epidemiological features of definitive and presumed Loxoscelism in Sao Paulo Brazil. Rev Inst Med trop S Paulo. 2002;44:139-143
14. Ríosa JC, Pérez M, Sánchez P, Bettini M, Mieres JJ, Paris E. Caracterización clínico-epidemiológica telefónica de la mordedura por araña de rincón, en un centro de información toxicológica de Chile durante el año 2005. Rev Méd Chile. 2007; 135: 1160-1165
15. Portilla CJ, Maresca QM, Hoyos SB, García BJI, Vélez MJ. Lesión necrótica palpebral por picadura de araña. Arch Soc Esp Oftalmol. 2005; 80:105-108
16. Zambrano A, González J, Callejas G. Desenlace fatal por loxoscelismo cutáneo visceral. Rev Méd Chile. 2005; 133: 219-223
17. Baldovino R. Loxoscelismo cutáneo: a propósito de un caso clínico. Arch Pediatr Urug. 2012; 83: 273-277
18. Da Silva PH, Da Silveira BR. Brown Spider and Loxoscelism. Review. Toxicon 2004; 44:693-709
19. Di Nardo, LC, González CA, Bertrand R. Picadura por arácnidos del género *Loxosceles*. Bol Epidem Brasil. 2004; 5: 6-8

20. De Roodt RA, Salomón DO. Envenenamiento por Araña del Género *Loxosceles*. Medicina- Buenos Aire. 2002; 62:83-94
21. Cabrerizo S, Docampo PC. Loxoscelismo: Epidemiología y clínica de una patología endémica en el país. Arch. Argen Pediatr. 2009;107:152-159
22. Rhoads J. Epidemiology of the brown recluse spider bite. J Am Acad Nurse Pract. 2007; 19:79-85
23. Escalante GP, Montoya CMA, Terroba LVM, Nava JAR, Escalante FI. Loxoscelismo local dermonecrótico en niños mordidos por la araña *Loxosceles reclusa* (araña "violinista"). Gac Med Mex. 1999;135: 110-117
24. Sánchez-Villegas MC, Rodríguez-Álvarez D, Ortega-Carrillo C, Alagón-Cano A, Zaldívar-Cervera J, Loria-Castellanos J, Urzúa-Rodríguez NA. Loxoscelismo sistémico en una mujer embarazada. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52(1):98-103
25. Dorantes B.C., Sánchez V.M.C., Tesis "Frecuencia de Intoxicaciones por algunos animales ponzoñosos en el Hospital General Gaudencio González Garza, estudio de 5 años" (Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas). IMSS IPN. 2011.
26. Baeza CH, León AC, Medellín UDS, Salinas JM, Portillo AJ. Miodermonecrosis por loxoscelismo letal. Acta Pediatr Mex 2007;28:59-62

RESUMEN

Objetivo. Describir las características clínico-epidemiológicas de la población pediátrica con envenenamiento por mordedura de araña violinista.

Métodos: Estudio observacional autorizado por el Comité de Investigación que analizó los pacientes que con diagnóstico de envenenamiento por

mordedura de Araña *Loxosceles* fueron atendidos en el Centro de Información y Asistencia Toxicológica del Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" del CMN La Raza de 1997 al 2013.

Resultados: Se atendieron 35 pacientes, 51.4% femeninos. El 31.4% se ubicaron entre los 6-11 años. El hogar (62.9%) y la primavera (34.28%) fueron los más reportados. El 22.9% procedían de su domicilio. El 34.1% fueron valorados previamente en una Unidad no IMSS. Solo en 5.71% se identificó el arácnido. Las extremidades inferiores fueron la región más afectada. El 77.1% de los casos correspondieron a la presentación local y el 22.9% a la sistémica. En 20 pacientes se desarrolló una úlcera dermonecrótica. La afección sistémica más frecuente fue a nivel hematológico y renal. Sólo en 5 pacientes se realizó confirmación con la prueba de ELISA. El tratamiento más utilizado para la forma local fue esteroide, dapsone y analgésico, en tanto que para la forma sistémica fue enoxaparina, inmunoglobulina, antibióticos y tratamiento quirúrgico. Se administraron 21 dosis de antiveneno específico. El 80% presentó resolución o mejoría del cuadro clínico. El 37.1% de las secuelas fueron estéticas. Se registró una defunción secundaria a choque mixto.

Conclusiones: Aunque el envenenamiento por araña *Loxosceles* es poco frecuente en la población pediátrica, sus potenciales complicaciones, que incluyen la muerte, hacen meritorio un juicioso abordaje diagnóstico-terapéutico.

Palabras clave: Aracnoidismo, loxoscelismo, urgencias, toxicología, pediatría.

SUMMARY

*Many spiders bite, but there are only two major venomous species in America: the black widow (*Lactrodectus mactans*) and*

the brown spiders (Loxosceles). Loxosceles species, the brown or fiddle spiders are small, nocturnal, who live in homes and clothing and bite when disturbed.

They inject a venom containing necrotizing, hemolytic and spreading factors. A sudden mild pain at the bite may be followed within hours to days by a painful necrotic ulcer extending to the underlying tissues. The aims of this report were to describe the clinico-epidemiological characteristics of a

pediatric population with poisoning by bites of "fiddle spiders".

Thirty-five patients were studied; of them, 51.4% were females.

The most frequently treatment employed for the local form were steroids, the sulfa drug dapsona, and analgesics. For the systemic form was used enoxaparine, immunoglobulin, antibiotics, and surgical management. The results obtained are presented and commented.