



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-423 - Abordaje, Diagnóstico y Tratamiento de una Necrosis Séptica de Miembro Inferior secundaria a picadura de Araña Reclusa Parda

Morales González, Álvaro; Guillén Paredes, María Pilar; Martínez Fernández, Josefa; Pardo García, José Luis

Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, Caravaca de la Cruz.

Resumen

Introducción: La picadura de araña reclusa parda (*Loxosceles reclusa*) es una entidad poco frecuente en nuestro medio, pero es importante incluirla en el diagnóstico diferencial de una celulitis, dado que la evolución puede ser fatal para el paciente, no sólo poniendo en riesgo la viabilidad del miembro afecto sino también la vida del individuo debido a las manifestaciones sistémicas.

Caso clínico: Varón de 43 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por cuadro de dolor en pie derecho, junto con signos de Celso, tras picadura de arácnido en las 48 horas previas, asociado a fiebre, náuseas, vómitos, artralgias, cefaleas y orina oscura. Exploración física: fiebre de 38 °C, orina colúrica, resto de constantes normales. Se observa una lesión papular en pliegue interdigital de 4º y 5º dedo de pie derecho asociada a una celulitis incipiente en el dorso del pie. Analíticamente presenta leucocitosis de 29.720/ μ L (85% polimorfonucleares); PCR: 14,7; lactato: 1,1; CPK: 138; urea: 32; creatinina: 0,98; resto de parámetros normales. Radiografía de tórax normal. eco-doppler de miembros inferiores que descarta signos de trombosis venosa profunda. Ingresa para tratamiento conservador con antibioterapia empírica, (amoxicilina-clavulánico) y tratamiento local (miembro elevado, frío local, compresión). Pasadas 24h, dicha celulitis progresa por el dorso del pie y cara anterior de la pierna. Posteriormente, aparece una gran flictena que abarca el dorso del pie de unos 15 x 5 cm de superficie con una característica necrosis de piel y tejido celular subcutáneo, acompañado de una linfangitis. Ampliamos espectro con Vancomicina a fin de cubrir *Staphilococo aureus* meticilín resistente (SAMR) tras lo cual, el paciente evoluciona de forma lenta pero favorable, con mejoría del estado general, afebril, sin síntomas sistémicos y con disminución progresiva de la celulitis, así como de la flictena del dorso del pie. El paciente es alta al 12º día. En revisiones asintomático, con fuerza y movilidad conservadas.

Discusión: Las manifestaciones clínicas tras la picadura son amplias. El dolor generalmente se presenta en las primeras horas y suele aumentar de intensidad de forma progresiva. Suele ir acompañado de prurito y eritema, en las primeras seis horas. Y a las 24 horas, aparece una zona-anillo eritematoso, violáceo alrededor de la picadura que se convertirá en una úlcera isquémica a las 48-72 horas, al igual que ocurrió en nuestro caso. Estas úlceras isquémicas pueden alcanzar gran longitud, hay casos de hasta 30 cm de diámetro y suelen requerir desbridamiento quirúrgico y, en ocasiones, injertos cutáneos, aunque la severidad de las lesiones cutáneas no se correlaciona con el desarrollo de toxicidad sistémica. El cuadro anafiláctico producido por el veneno se llama

loxoscelismo, que si no se controla puede provocar un fallo sistémico, y ocurre en el 14% de las picaduras. El diagnóstico es puramente clínico basado en la combinación de signos, síntomas junto con la anamnesis del enfermo, pues no existe ninguna prueba de laboratorio para identificar el cuadro. El tratamiento de la herida consiste en curas locales, mantener el miembro elevado, tratamiento analgésico, antihistamínico, vacuna antitetánica en caso de no estar correctamente vacunado y tratamiento antibiótico.