



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Picadura de la araña reclusa

Bite of recluse spider

Mercedes Sendín-Martín*, Antonio José Durán-Romero, Julián Conejo-Mir Sánchez[◇]
y Jose Bernabeu-Wittel[◇]

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Disponible en Internet el 23 de enero de 2021



Figura 1 Imagen de la lesión cutánea en forma de placa anular con escara necrótica central en cara interna del muslo izquierdo de la paciente.

Niña de 5 años de edad que acude a urgencias por fiebre de 48 h de evolución y lesión cutánea en el muslo izquierdo con crecimiento centrifugo. A la exploración presentaba una placa eritematosa indurada con una escara necrótica central (fig. 1). Su madre refería haber encontrado una araña entre las sábanas de la paciente, aportando con su



Figura 2 Imagen de la araña encontrada entre las sábanas de la paciente, que aportó su madre mediante su teléfono móvil.

teléfono móvil iconografía de la misma (fig. 2). Se realizaron un estudio analítico urgente que mostró leucocitosis con neutrofilia y un hemocultivo que resultó negativo, decidiéndose el ingreso de la paciente con diagnóstico de celulitis tras picadura de araña reclusa. Fue tratada con antibióticos orales empíricamente, antiinflamatorios y cuidados locales de la herida. Tras el inicio del tratamiento antibiótico desapareció la fiebre, resolviéndose los días siguientes la lesión cutánea, sin dejar cicatriz.

Las arañas del género *Loxosceles* se conocen como arañas reclusas o arañas violinistas debido a la morfología dorsal de su cefalotórax¹. Hay más de 130 especies de *Loxosceles*, con distribución mundial². Estas arañas causan lesiones necróticas a través de una enzima denominada esfingomielinasa D¹. Los síntomas tras la picadura suelen dividirse entre hallazgos locales en el lugar de la picadura, y hallazgos sis-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mercedessendin@gmail.com

(M. Sendín-Martín).

[◇] Ambos autores han contribuido por igual al desarrollo del trabajo.

témicos como fiebre o náuseas. De forma más infrecuente pueden aparecer efectos potencialmente mortales como la coagulación vascular diseminada o la rabdomiólisis³. No hay métodos diagnósticos específicos, por lo que adquiere gran importancia la sospecha clínica. El tratamiento incluye curas locales de la herida, así como dapsona, corticoides o antidotos (p. ej., fragmentos Fab) en pacientes con síntomas sistémicos o complicaciones asociadas.

Bibliografía

1. Swanson DL, Vetter RS. Loxoscelism. Clin Dermatol. 2006;24:213–21.
2. Cabrerizo S, Docampo PC, Cari C, Ortiz de Rozas M, Díaz M, de Roodt A, et al. Loxoscelism: Epidemiology and clinical aspects of an endemic pathology in the country. Arch Argent Pediatr. 2009;107:152–9 [Article in Spanish].
3. Morales-Moreno HJ, Carranza-Rodriguez C, Borrego L. Cutaneous loxoscelism due to *Loxosceles rufescens*. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016;30:1431–2, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.13274>.