

LATRODECTISMO, UN ENVENENAMIENTO POCO COMÚN CON REPERCUSIONES POTENCIALMENTE GRAVES

S. Núñez Díaz, A. Domínguez González, G. Ruiz Benítez de Lugo y Comyn,
A. Martín Martín

Servicio de Urgencias
Complejo Hospitalario Nuestra Sra. de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Aún siendo su incidencia baja, las condiciones climáticas de la Península Ibérica y las Islas Canarias aconsejan el conocimiento del cuadro del latrodectismo por los servicios de urgencias. Se presenta un caso de picadura por viuda negra en el que el paciente identifica sobre fotografías al arácnido. Se constata la pertinencia del tratamiento con diazepam y gluconato cálcico al 10% y el carácter de prueba diagnóstica del mismo. Finalmente, se realiza una pequeña revisión sobre el cuadro tratado.

Palabras clave: *Latrodectismo. Viuda Negra.*

Introducción

Se entiende por latrodectismo al cuadro clínico que se desencadena tras el envenenamiento por la araña «viuda negra» (*latrodectus mactans*). Comprende un conjunto de síntomas musculares y disfunciones neurológicas que pueden poner en peligro la vida del paciente. En el periodo comprendido entre 1950 y 1960 se produjeron 63 muertes por la picadura de este animal en EEUU¹. Por otro lado, este cuadro puede llevar a diagnósticos erróneos, por lo que el conocimiento de los síntomas y la realización de una historia clínica minuciosa que sugiera la picadura de la araña nos dará la llave del diagnóstico.

Correspondencia: Salvador Núñez Díaz. Complejo Hospitalario Ntra. Sra. de la Candelaria. Carretera El Rosario, s/n. 38010 Santa Cruz de Tenerife

A continuación presentamos un caso clínico que ayudará a revisar la clínica y el tratamiento en el Servicio de Urgencias.

Caso clínico

Un paciente de 54 años fue evacuado en helicóptero de la isla de La Gomera hacia el Hospital Ntra. Sra. de Candelaria de S.C. de Tenerife por presentar un cuadro etiquetado, en principio, como reacción anafiláctica por picadura de una araña.

El paciente relató que se encontraba trabajando en el campo cuando instantes después de levantar un tronco, una araña negra le picó en el hombro izquierdo.

El cuadro clínico comenzó 2 horas después de la picadura, con intenso dolor muscular a nivel de región dorso-lumbar y abdomen. El enfermo carecía de antecedentes clínicos de interés y a su llegada a nuestro Servicio de Urgencias impresionaba de gravedad, presentaba sudoración profusa y rubor facial. Sus constantes vitales fueron: TA 170/90, frecuencia de 92 por min. y 36,3 de temperatura. En la exploración general, destacaba a la auscultación, roncus y sibilancias en ambos campos pulmonares; el abdomen mostraba cierta contractura muscular que parecía voluntaria. En el hombro izquierdo, en la zona de la picadura, se apreciaba un pequeño eritema con algunas lesiones petequiales puntiformes. No se observaron adenopatías regionales y el resto de la exploración no mostró más datos significativos.

En la analítica practicada destacó en el hemograma una leucocitosis de 20.000 células con un 90 % de neu-

trófilos con el resto de las series normales; en la bioquímica la creatinquinasa total fue 760 U/l, una glucemia de 176 mg/dl y amilasa 105 u/l. El resto de pruebas complementarias realizadas (gasometría, sedimento, EKG, Rx) fueron normales.

Ante la evidencia de la picadura de un arácnido, se le pidió al paciente que lo identificara a través de unas fotografías llegándose a la conclusión de que el envenenamiento fue producido por una «viuda negra».

El tratamiento empleado inicialmente consistió en analgésicos, diacepán y sueroterapia de mantenimiento; siendo su resultado poco satisfactorio hasta que fue introducido el gluconato cálcico al 10 % que mejoró la clínica del paciente. Este no precisó oxigenoterapia, se le aplicó profilaxis antitetánica y permaneció 72 horas en la sala de observación de nuestro Servicio, evolucionando favorablemente sin incidencias.

Discusión

La «viuda negra» (*Latrodectus mactans*; del griego *latrodectus* significa «picadura asesina») es un arácnido peligroso de amplia distribución geográfica que abarca todas las latitudes excepto las de climas fríos, siendo más numerosa su presencia en los países cálidos y templados.

La hembra, por su mayor tamaño (hasta 15 mm de largo y hasta 40 mm cada una de sus patas extendidas) y duración (2-3 años de vida) que el macho, es la que produce los envenenamientos. Se caracteriza por presentar un cuerpo globuloso, negro y brillante. Algunas especies de Norteamérica presentan un dibujo en reloj de arena en la cara ventral de color rojo; otras, unas pintas rojas en la misma zona, como es el caso de algunas especies mediterráneas. La «viuda negra» en Canarias es completamente negra, tal como muestra la figura 1.



Fig. 1. Hembra de «viuda negra». Cortesía del Profesor Pedro Oromí. Facultad de Biología de la Universidad de La Laguna.

Estos arácnidos tejen unas telarañas densas e irregulares y es fácil encontrarlas en lugares oscuros, secos y alrededor de casas y edificios, debajo de piedras y pilas de leña, entre grietas, hendiduras y escombros.

Las arañas surgen periódicamente en gran número; así en España hubo una epidemia de estos arácnidos en 1833 y 1841; y en Cerdeña en 1839².

El cuadro clínico es producido por el veneno, que en ocasiones puede ser más tóxico que el de las serpientes. Se trata de una neurotoxina que afecta a las sinapsis neuromusculares. Consta de siete proteínas de peso molecular entre 5.000 y 130.000 cuya fracción tóxica parece ser la misma en las distintas especies (*alpha*-latrotoxina); de ahí que el antídoto contra una especie neutraliza el veneno de otra especie distinta^{2, 3}.

El veneno actúa desestabilizando la membrana de la neurona provocando el vaciamiento completo de las vesículas sinápticas que contiene noradrenalina y acetilcolina, provocando un bloqueo a nivel de la sinapsis de los nervios motores^{4, 5}.

En el lugar de la picadura suele aparecer una pequeña zona eritemato-habonosa y manchas rojizas que muchas veces puede pasar inadvertida. A los 30 min. aproximadamente de la picadura se presenta dolor en el miembro afectado con adenopatía local. Más tarde comienzan los espasmos musculares en tórax, abdomen y muslos, que van aumentando progresivamente pudiendo terminar en una contractura abdominal importante, fibrilación muscular, contracciones tónicas y temblores, estableciéndose así un cuadro de miopatía hipertóxica o *latrodectismo*⁶.

Además es frecuente encontrar al paciente con sudoración, rubor facial y blefaroconjuntivitis, lo que constituye las «fascias *latrodectismica*»; así como angustia, agitación, taquicardia, hipertensión, sialorrea y priapismo. Los síntomas van disminuyendo gradualmente y desaparecen en tres días, pero en casos severos pueden persistir durante 15 días⁷. La muerte sucede en un 4 % y se produce por parálisis de los músculos respiratorios y por edema agudo de pulmón¹.

Las pruebas complementarias son inespecíficas y es frecuente encontrar leucocitosis e hiperglucemia, propio de un estado de estrés o alarma; la CK puede estar elevada por las contracturas musculares y la RX de tórax puede ser útil para descartar el edema agudo de pulmón⁸.

Este síndrome miotóxico ha llegado a ser confundido con cuadros de abdomen agudo, tétanos, psicosis aguda, fracaso renal agudo, meningitis e incluso con infarto agudo de miocardio^{9, 10, 11}.

Tratamiento

Las primeras medidas a tomar van encaminadas a restablecer o mantener las constantes vitales del paciente, por lo que se procederá a la obtención de las mismas; canalización de una vía venosa para obtención de analítica general y sueroterapia; monitorización cardíaca y oxigenoterapia si precisara. Una vez estabilizado el paciente se realizará un EKG y Rx de tórax.

El tratamiento farmacológico básico consiste en el empleo de diazepam y gluconato cálcico al 10 % a una dosis de 1-2 ml/kg. El uso de este último fármaco constituye además una prueba diagnóstica puesto que la no mejoría del paciente haría dudar del diagnóstico. En el caso clínico expuesto el empleo de este fármaco fue determinante para que el enfermo experimentara una mejoría manifiesta.

También puede ser útil el metocarbamol, relajante muscular cuya dosis endovenosa es de 1-3 g/día. Siendo la velocidad de administración no superior a 300 mg/min¹².

Otros tratamientos a considerar son aquéllos dirigidos a controlar la tensión arterial y complicaciones cardiovasculares; y la administración de la profilaxis antitetánica. El uso de corticoides es discutido y el de los antibióticos parece no estar justificado.

En casos graves o en los expuestos en la tabla I, puede usarse el antídoto, que se extrae de suero de origen

TABLA I. Índices para la hospitalización y el empleo del antídoto después del envenenamiento por «viuda negra»²

Dificultad respiratoria. Síntomas y signos cardiovasculares. Hipertensión excesiva para la edad. Agotamiento prolongado pese a los relajantes musculares y al calcio. Enfermos con síntomas, menores de 16 años o mayores de 65 años. Historia de hipertensión, enfermedades cardiovasculares anteriores. Embarazadas con síntomas de envenenamiento.

equino. Este producto puede administrarse por vía intramuscular o endovenosa; previamente debe realizarse una prueba dérmica para prevenir una reacción anafiláctica. Otros autores reservan el antídoto para casos de riesgo vital debido a las graves reacciones de hipersensibilidad que pudiera ocasionar⁵.

Conclusiones

El latrodectismo es un envenenamiento muy raro, pero dada la gran distribución del arácnido que lo produce, puede ocurrir en cualquier momento; la península Ibérica y, concretamente, las Islas Canarias presentan un clima apropiado para el desarrollo de la *Latrodectus mactans*. Conociendo los síntomas y con una historia clínica sugerente puede instaurarse un tratamiento precoz que va a aliviar rápidamente al paciente, al mismo tiempo que se pueden evitar errores diagnósticos y la demora de tiempo que ello supone.

Bibliografía

1. Kenneth P. Ramming. Mordeduras y picaduras. Tratado de Patología Quirúrgica de Davis-Christopher 1980; 337-338.
2. Christopher Allen. Picaduras de arañas venenosas. Clínicas de Medicina de urgencia de Norteamérica. 2: 285-292.
3. Grasso A. Alpha-latrotoxin: preparation and effects on calcium fluxes. FEMS Microbiol Immunol 1992; 5: 131-7.
4. Rainer F. Foelix. Biology of Spiders 1982; 43-47.
5. Binder LS. Acute arthropod envenomation. Incidence, clinical features and management. Med Toxicol Adverse Drug Exp 1984; 4: 163-73.
6. Miller TA. Latrodectism: bite of the black widow spider. AM Fam Physician 1992; 45: 181-7.
7. Theodore Savory. Arachnida 1977; 292-293.
8. Visser LH. Pulmonary edema from spider bite. A case report. S. ATP Med J 1989; 5: 338-9.
9. Torregiani F. Diagnosi differenziale fra abdome acuto e latrodectismo. Minerva Chir 1992; 45: 303-5.
10. Brown AF. Delayed diagnosis of red back spider envenomation: a timely reminder. Med J Aust 1984; 151: 705.
11. Keiner-Baumgartner. Clack widow spider bite in the Negev. Harefuam 1991; 120: 25-60.
12. Torregiani F. Revisione del latrodectismo e morso di malmignatta (*Latrodectus tredecimguttatus*) in Italia. Minerva Med 1990; 5: 147-54.