

# Picadura por araña *Loxosceles* en labio inferior<sup>☆</sup>

## *Loxosceles* spider bite in lower lip



### Introducción

El loxoscelismo es una enfermedad causada por la picadura de una araña del género *Loxosceles*, que incluye más de 70 especies en el mundo<sup>1,2</sup>. Algunas pueden presentar riesgo sanitario para las personas, como la *Loxosceles reclusa* (EE.UU.) y *Loxosceles laeta* (Chile), de distribución americana que no se encuentran de forma natural en España, aunque pueden ser introducidas de manera accidental, probablemente mediante la venta y distribución de plantas tropicales<sup>1-5</sup>. La especie que habita en la península ibérica es la araña parda mediterránea o *Loxosceles rufescens*, que no es endémica, sino que presenta una distribución circunmediterránea en áreas de clima tropical<sup>2</sup>. Pueden encontrarse al aire libre, pero preferentemente se hallan en lugares oscuros, secos y cálidos, como el interior de las casas escondidas en rincones o tras cuadros<sup>1,2,6</sup>.

### Caso clínico

Una mujer de 70 años, entre cuyos antecedentes personales destacaba un cáncer de mama operado 14 años antes, acudió a urgencias de otro hospital por un dolor intenso en labio inferior acompañado de tumefacción y edema en labio, mentón y zona submandibular que le había despertado repentinamente por la noche. Se trató inicialmente con corticoides iv y analgesia, y se remitió a su domicilio. Cuatro días más tarde, la paciente llegó a urgencias de nuestro hospital al describir que la lesión se le había vuelto «negruzca y amarillenta». La lesión no era dolorosa ni presentaba fiebre ni otros síntomas acompañantes. En el interrogatorio la paciente refirió haber visto arañas recientemente en su vivienda. Este cuadro se contextualizaba en una epidemia de picaduras por la araña *Loxosceles reclusa* en la misma zona geográfica. En los 15 días previos se habían diagnosticado 7 casos de picaduras en miembros superiores e inferiores en urgencias.

A la exploración se apreció una lesión única de unos 2 cm, de aspecto necrótico y bien delimitada, que ocupaba el tercio lateral de la piel, bermellón y comisura del hemilabio inferior izquierdo rodeada de un halo blanco y violáceo (fig. 1a). Intraoralmente se observó en continuidad una lesión pálida en mucosa con signos de necrosis y exudado fibrinoso que no se desprendía al raspado (fig. 1b). Se solicitaron pruebas de laboratorio, se tomó biopsia y se instauró tratamiento con amoxicilina/clavulánico vo. Ante la sospecha de picadura de araña, se consultó con el servicio de enfermedades infecciosas. Se realizó el diagnóstico diferencial con lesiones cutáneo-mucosas necróticas, como celulitis, vasculitis, úlceras diabéticas, insuficiencia vascular, reacciones

medicamentosas, quemaduras térmicas o químicas, infecciosas o traumáticas, descartándose todas ellas. A los 7 días, bajo anestesia local se realizó un desbridamiento del tejido necrótico. La clínica sugerente y el contexto epidemiológico, junto con los resultados de laboratorio y anatomía patológica y el diagnóstico diferencial, llevó al diagnóstico probable. A los 2 meses, dada la escasa repercusión estética y funcional del defecto cicatricial, no fue necesaria la reconstrucción del labio (fig. 2).

### Discusión

El síndrome producido tras la picadura de la *Loxosceles reclusa* es llamado loxoscelismo o aracnoidismo<sup>1</sup>. Se caracteriza por una ulceración necrótica de la piel causada por la toxicidad de las enzimas proteolíticas de su veneno, siendo el principal componente la esfingomielinasa-D que activa el complemento, células polimorfonucleares y plaquetas, responsable de la necrosis y hemólisis<sup>1-8</sup>. La picadura produce desde reacciones leves autolimitadas hasta necrosis tisular localizada (loxoscelismo dermo-cutáneo) y, en raras ocasiones, toxicidad sistémica potencialmente mortal (loxoscelismo sistémico o cutáneo-víscero-hemolítico) con fallo renal, hemólisis, coagulación intravascular diseminada y muerte<sup>1-3,6</sup>. La especie ibérica *Loxosceles rufescens* no llega a presentar síntomas tan extremos, y suelen ser cuadros de loxoscelismo cutáneo leve, en personas especialmente sensibles.

La actividad de la araña es nocturna, por lo que la mayoría de las picaduras ocurren mientras la persona duerme, al comprimir la araña contra la piel, como ocurrió con nuestra paciente<sup>1,2,6</sup>. El lugar de picadura más frecuente es el miembro inferior, aunque se han reportado casos excepcionales en cara y labio superior<sup>1,4,5,7,9</sup>.

El loxoscelismo cutáneo (lesión dermo-necrótica) se caracteriza por una lesión en piel, generalmente única<sup>3</sup>. Inicialmente no es dolorosa, pero en pocas horas se asocia a dolor, prurito, sensación de quemadura, edema y eritema<sup>1-4,6</sup>. Entre el 1.º-3.º día puede aparecer necrosis, ulceración y aparición de un centro rojo eritematoso rodeado de un blanco indurado y otro violáceo más externo, seguido de una costra necrótica entre el 5.º-7.º día, que se desprende, dejando expuesta una zona ulcerada que cierra por segunda intención, generalmente dejando cicatriz<sup>4,6,7</sup>. Las lesiones en abdomen, muslos y zona glútea son de mayor tamaño, y se asocian a mayores secuelas<sup>2,4</sup>.

Con el cuadro clínico sugerente, y los hallazgos clínicos y epidemiológicos se puede establecer el diagnóstico, incluso si la araña no es capturada o identificada<sup>1,3,6-8</sup>. Rara vez se

<sup>☆</sup> Premio a la mejor comunicación Póster tipo B (sin defensa oral) en el 23 Congreso Nacional de Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, Oviedo, 4-6 de junio de 2015.



**Figura 1 – a) Zona de necrosis delimitada que afecta a piel, bermellón y comisura del labio inferior, rodeada de un halo blanco y otro violáceo externo; b) Visión intraoral, donde se observa necrosis en la mucosa.**



**Figura 2 – Resultado a largo plazo tras la extirpación del tejido necrótico. Vista exterior (a) e intraoral (b).**

basa en la identificación de la araña, ya que ésta no suele localizarse<sup>1,3,5,7,8</sup>. En nuestro caso, se diagnosticó en el contexto de una epidemia local. La presencia de más de una lesión va en contra del diagnóstico, pues rara vez la araña muerde múltiples veces<sup>2,3</sup>. No existen pruebas serológicas confirmatorias disponibles<sup>1-6</sup>. El diagnóstico diferencial se ha de establecer con infecciones subyacentes (*Streptococcus*, *Staphylococcus*, herpes simple y zóster, micosis, sífilis, tuberculosis, leishmaniasis, pioderma gangrenoso), quemaduras químicas o enfermedades sistémicas o inmunodeficiencias (síndrome de Steven-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, eritema nudoso, eritema multiforme, púrpuras)<sup>2-4,6</sup>.

El tratamiento se basa en medidas de soporte para reducir los efectos inflamatorios locales (hielo, inmovilización), analgesia y cobertura antibiótica para evitar la sobreinfección<sup>1-7</sup>. En países sudamericanos se dispone de un suero antiveneno producido a partir de IgG de caballo que puede ser útil en las primeras horas<sup>2</sup>. Otros tratamientos empleados han sido la dapsona, la colchicina, el oxígeno hiperbárico y

los corticoides, con escasa evidencia que permitan formular recomendaciones<sup>1-4,7</sup>. El manejo quirúrgico se aconseja en fases tardías, cuando se delimita el tejido necrótico, e incluye el desbridamiento, extirpación y reconstrucción en su caso<sup>4-9</sup>.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dyachenko P, Ziv M, Rozenman D. Epidemiological and clinical manifestations of patients hospitalized with brown recluse spider bite. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006;20:1121-5.
2. Swanson DL, Vetter RS. Loxoscelism. *Clin Dermatol*. 2006;24:213-21.
3. Tarullo DB, Jacobsen RC, Algren DA. Two successive necrotic lesions secondary to presumed *Loxosceles* envenomation. *Wilderness Environ Med*. 2013;24:132-5.
4. Madion DC, Marshall MK, Jenkins CD, Kushner GM. Brown recluse spider bite to the face. *J Oral Maxillofac Surg*. 2005;63:1774-8.
5. Sams HH, Hearsh SB, Long LL, Wilson DC, Sanders DH, King LE Jr. Nineteen documented cases of *Loxosceles reclusa* envenomation. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44:603-8.
6. Rhoads J. Epidemiology of the brown recluse spider bite. *J Am Acad Nurse Pract*. 2007;19:79-85.

7. Jarvis RM, Neufeld MV, Westfall CT. Brown recluse spider bite to the eyelid. *Ophthalmology*. 2000;107:1492-6.
8. Sánchez-Olivas MA, Valencia-Zavala MP, Sánchez-Olivas JA, Sepúlveda-Velázquez G, Vega-Robledo G. Cutaneous necrotic loxoscelism. A case report [Article in Spanish]. *Rev Alerg Mex*. 2011;58:171-6.
9. Dare RK, Conner KB, Tan PC, Hopkins RH. Brown recluse spider bite to the upper lip. *J Ark Med Soc*. 2012;108:208-10.

Pablo Rodríguez-Jara\*, Jose-Francisco Montes-Carmona, Beatriz Albarracín-Arjona y Pedro Infante-Cossio

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pablorodriguezjara@gmail.com](mailto:pablorodriguezjara@gmail.com) (P. Rodríguez-Jara).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2016.02.004>  
1130-0558/

© 2016 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

# Teratoma quístico maduro benigno parotídeo: una entidad extremadamente rara



## Benign cystic teratoma mature parotid: An extremely rare entity

### Introducción

El teratoma es un tumor de origen embrionario, compuesto por células germinales pluripotenciales. Entre sus componentes podemos encontrar restos de tejidos u órganos provenientes de las 3 capas embrionarias: ectodermo, mesodermo y endodermo. Pueden ser benignos o malignos, que suelen estar compuestos por áreas de tejidos embrionarios inmaduros en grado variable.

La localización más habitual del teratoma es la sacrococcígea (57%), seguida del ovario y el testículo (28%)<sup>1</sup>. La localización parotídea es extremadamente rara, habiéndose descrito tan solo 8 casos en la literatura.

El objetivo de esta publicación es presentar un caso clínico de teratoma quístico benigno maduro, así como aportar una revisión de la literatura sobre el diagnóstico y tratamiento de este tipo de tumores.

### Caso clínico

Mujer de 21 años que acudió a consulta de cirugía maxilofacial por presentar una tumoración indolora a nivel parotídeo izquierdo de unos 8 meses de evolución. La exploración física puso de manifiesto una lesión sólida a nivel de glándula parotídea, no adherida a planos profundos. Se solicitó una ecografía

con punción-aspiración con aguja fina (PAAF) en la que se detectó un nódulo parotídeo bien definido de unos 25 mm de diámetro máximo, predominantemente quístico, con un polo sólido en su interior de 9 mm. No mostraba vascularización con el Doppler color (fig. 1A); la PAAF no fue concluyente. Ante estos hallazgos ecográficos, se completó el estudio con una tomografía computarizada (TC) de cuello con contraste intravenoso. En la TC se apreciaba una tumoración bien definida de unos 22 mm, localizada en el lóbulo superficial de la parótida izquierda, que contenía grasa en su interior, y un nódulo sólido redondeado de 8 mm en su pared posterior (fig. 1A). Todo ello era compatible por imagen con teratoma quístico parotídeo.

Ante estos resultados se propuso, a la paciente, intervención quirúrgica, que aceptó. Se realizó una parotidectomía suprafacial conservadora del nervio facial con resección en bloque de la lesión. Al final de la cirugía se realizó una monitorización de todas las ramas del nervio facial para comprobar su integridad y función. El espécimen quirúrgico obtenido tras la resección presentaba un fragmento de epidermis con folículos pilosos (fig. 1B).

El resultado anatomopatológico confirmó el diagnóstico definitivo de teratoma quístico maduro benigno de glándula parotídea izquierda, en el que se hallaron células epidérmicas, mesenquimales, adipocitos, glándulas sebáceas y condrocitos maduros. No se observaron atipias (fig. 2).