

Um Caso de Loxoscelismo em Portugal

A Case of Loxoscelism in Portugal

Marta Fonseca¹ , Maria João Fernandes¹ , Sara Irina Almeida² , Miguel Araújo² , Clara Matos¹ , Zélia Neves¹ 

Resumo:

Em Portugal, existem duas espécies de aranha conhecidas como possíveis causadoras de doença em humanos, sendo uma delas a *Loxosceles rufescens*. A sua picada está associada ao desenvolvimento da síndrome denominada de loxoscelismo que pode assumir diversas formas, desde alterações cutâneas locais a anemia hemolítica, falência renal aguda ou coagulação intravascular disseminada.

Apresentamos o caso de uma mulher que, após a mordedura de uma aranha identificada como aranha violino, desenvolveu um quadro de alterações cutâneas com posterior envolvimento sistémico com anemia hemolítica grave. Recuperou após corticoterapia em alta dose.

Realçamos a importância da sensibilização para esta entidade, muitas vezes desconhecida, que deverá ser considerada no diagnóstico diferencial de lesões cutâneas típicas. Isto permitirá a rápida instituição de terapêutica, prevenindo a evolução para formas mais graves e potencialmente fatais da doença.

Palavras-chave: Anemia Hemolítica; Picada de Aranha/complicações.

Abstract:

Two species of spiders are well known to cause pathologic symptoms in humans, in Portugal. *Loxosceles rufescens* is one of them. The spider bite is associated with the development of loxoscelism, a syndrome which can present with local skin changes, as well as haemolytic anaemia, kidney failure or intravascular disseminated coagulation.

We present the case of a woman who developed skin alterations with progression to systemic involvement with severe haemolytic anaemia, after being bitten by a brown recluse spider. Recovery occurred after high dose corticosteroid therapy.

We emphasize the importance of rising awareness of this entity often forgotten in the differential diagnosis and rapid initiation of treatment to prevent its evolution into more serious and potentially fatal outcomes.

Keywords: Anemia, Hemolytic; Spider Bites/complications.

Introdução

As aranhas são animais comuns, quer em meio rural quer urbano.¹ Apesar da grande maioria das espécies serem venenosas, as suas quelíceras de reduzidas dimensões não conseguem perfurar a pele humana.² Das espécies descritas em Portugal, aquelas cujo veneno tem toxicidade comprovada em humanos são as *Latrodectus tredecimgattatus* e a *Loxosceles rufescens*.^{1,3}

O diagnóstico de envenenamento por mordedura de aranha pressupõe a identificação da aranha por taxonomista associada à clínica típica.⁴ Pela dificuldade de captura do animal após a picada, na maior parte dos casos o diagnóstico é baseado em evidências circunstanciais. Por essa razão, nenhuma morte em Portugal foi atribuída à espécie *Loxosceles* spp.¹ O envenenamento pela mordedura desta aranha está associado a uma síndrome chamada loxoscelismo, que pode ter um atingimento sistémico.⁵ Na sua forma mais simples caracteriza-se por uma lesão dermatonecrotica no local da picada, por vezes com descamação cutânea associada podendo evoluir para uma reação sistémica. Nessas circunstâncias, o envolvimento hematológico é comum, na forma de anemia hemolítica que pode ser grave ou coagulação intravascular disseminada sendo também frequente o envolvimento renal, por vezes com falência renal aguda e necessidade de terapêutica de substituição.⁶ O tratamento é baseado em terapêutica de suporte.^{4,6}

Caso Clínico

Descrevemos o caso de uma mulher, 48 anos, natural do Brasil, residente em Portugal desde há 4 meses, com história médica conhecida de tiroidite de Hashimoto, obesidade e neoplasia do ovário com tratamento cirúrgico, medicada habitualmente com levotiroxina 1,75 mcg/dia. Negava o conhecimento de alergias.

Encontrava-se em meio urbano, junto a uma zona de árvores, quando sentiu a queda de uma aranha para a região cervical posterior, seguido da sensação de picada. Descreve o aracnídeo com cerca de aproximadamente 1 cm, castanho de pernas finas, que identificou por fotografias como uma aranha violino (Fig. 1).

¹Serviço de Medicina 3, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

²Serviço de Urgência, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

<https://doi.org/10.60591/crspmi.115>



Figura 1: *Loxosceles rufescens* (ou aranha violino).³

Nas 24 horas seguintes à picada, desenvolveu tumefação e dor local, cefaleia, mal-estar geral, sensação distérmica, náuseas, exantema pruriginoso e lipotímia, motivo pelo qual recorreu ao serviço de urgência (SU). Apresentava-se com exantema maculopapular pruriginoso no tronco e membros inferiores e uma ferida na região cervical posterior com discretos sinais inflamatórios. Teve alta medicada com hidroxizina 25 mg, prednisolona 15 mg/dia e cefuroxima 500 mg bid. Por agravamento do exantema com micropústulas, associado a astenia e mialgias intensas, regressa ao SU 3 dias depois (Fig. 2).



Figura 3: Escara de inoculação, com placa necrótica central.

Na observação médica estava vígil e orientada com tensão arterial (TA) 105/63 mmHg e frequência cardíaca (FC) 90 batimentos por minuto (bpm), sem necessidade de oxigénio suplementar, temperatura timpânica (TT) 36,5°C. No local na mordida apresentava uma placa necrótica com eritema perilesional (Fig. 3). Para além do exantema papular generalizado com micropústulas, apresentava igualmente destacamento da epiderme da região glútea e coxas e edema peri-órbitário, dos lábios e mucosa oral (Fig. 4). As análises (Tabela 1) revelaram elevação dos parâmetros inflamatórios, citocolestase hepática com hiperbilirrubinémia e hiperlactacidémia de 3 mmol/L.

Evoluiu com hipotensão, febre (TT 38,4°C), hipoxemia discreta e agravamento do exantema com edema generalizado. Por suspeita de choque séptico, foi transferida para a Unidade de Cuidados Intermédios. Iniciou fluidoterapia vigorosa, antibioterapia empírica (piperacilina-tazobactam 4,5 g tid, vancomicina 1 g/dia e clindamicina 900 mg tid),

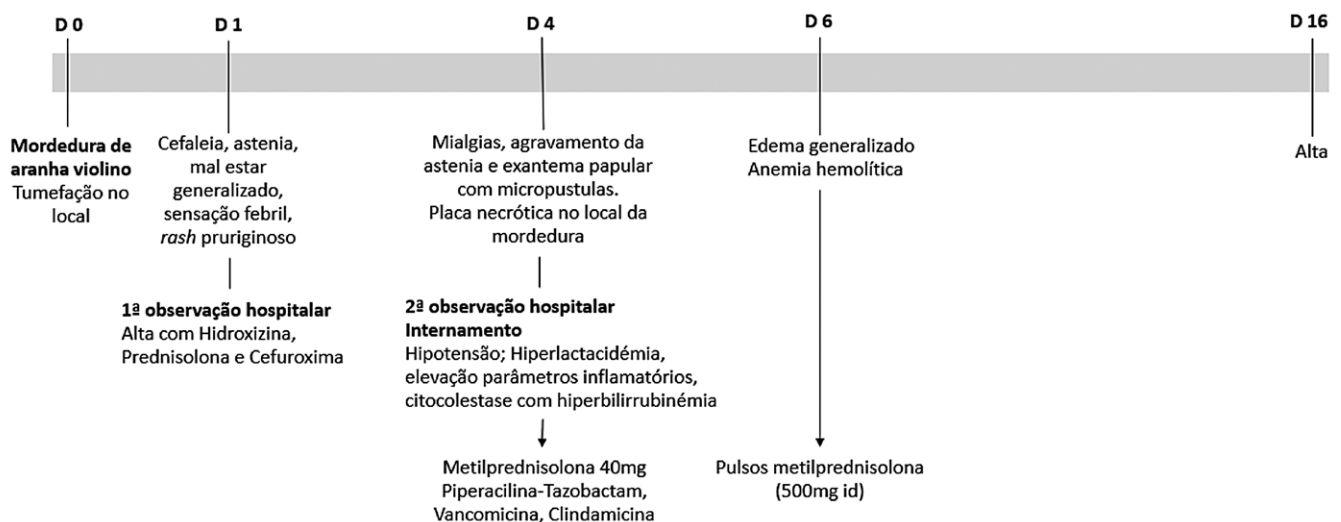


Figura 2: Evolução temporal dos sinais e sintomas desenvolvidos e momento de instituição terapêutica.



Figura 4: Reação cutânea: **A.** exantema e edema peri-orbitário; **B.** exantema papular com micropustulas (coxas); **C.** exantema papular com micropustulas e destacamento da epiderme (região glútea).

Tabela 1: Resultados laboratoriais na primeira observação médica e decorrer do internamento.

	Valores de referência e unidade	D1 de picada	D4 de picada	D6-8 de picada (Agravamento clínico)	D16 de picada (Alta hospitalar)
Hemoglobina	12-15 g/L	15,3	13,9	6,4	10,7
Leucócitos	4-10 x10 ⁹ /L	16,5	19,1	27,1	16,7
Plaquetas	150-410 x10 ⁹ /L	257	268	181	383
INR	<1,2	1	-	1	1
aPTT	20,6-29,5 seg	24,9	-	20	18,5
D-dímeros	<500 µg	-	10302	16453	-
Fibrinogénio	1,8-3,5 g/L	-	-	7,1	-
Creatinina	0,5-0,9 mg/dL	0,74	0,72	0,62	0,87
Ureia	<50 mg/dL	9,5	25,8	29,7	36,9
PCR	<0,5 mg/dL	7,8	10,96	12,33	0,32
CK	26-192 U/L	-	61,82	60,29	24
AST	<32 UI/L	-	42	44	27
ALT	<33 UI/L	-	69	55	54
GGT	<40 UI/L	-	294	265	199
FA	35-105 UI/L	-	169,42	138	84,05
LDH	135-214 UI/L	-	-	653	341
Bilirrubina total	<1,2 mg/dL	-	3,49	4,74	0,41
Bilirrubina direta	<0,2 mg/dL	-	-	2,33	-
Albumina	3,97-4,94 g/dL	-	-	2,45	3,25
Haptoglobina	30-200 mg/dL	-	-	<10	-

ALT: alanina aminotransferase; aPTT: tempo de tromboplastina ativado; AST: aspartato aminotransferase; CK: creatinina cinase; FA: fosfatase alcalina; GGT: gamaglutamiltransferase; LDH: desidrogenase láctica; PCR: proteína C reativa.

corticoterapia sistêmica (metilprednisolona 40 mg/dia), além de anti-histamínico com clemastina 2 mg tid. Analiticamente (Tabela 1) desenvolveu anemia hemolítica, com queda gradual de hemoglobina (valor mínimo de 6,4 g/L), com teste Coombs direto positivo (poliespecífico e C3d), mantendo cinética ascendente dos parâmetros inflamatórios e de citocolestase. Foi admitida reação imunológica à picada de aranha, tendo iniciado pulsos de metilprednisolona 500 mg/dia.

Realizou transfusão de uma unidade de concentrado eritrocitário após a toma de corticoide diária, com rendimento transfusional e sem agravamento da hemólise. O edema generalizado apresentou igualmente melhoria paulatina, paralelamente com resolução das microvesículas cutâneas, mantendo apenas o destacamento da epiderme de predomínio nas coxas e dorso. As hemoculturas colhidas na admissão não isolaram qualquer agente, pelo que a antibioterapia foi descalada para ceftriaxone 2 g/dia e clindamicina, que a doente cumpriu, respetivamente, por 7 e 8 dias. A ferida no local da inoculação apresentou boa evolução, com resolução dos sinais inflamatórios. Analiticamente foi igualmente objetivada a descida dos parâmetros inflamatórios.

A doente nunca apresentou disfunção renal ou critérios de coagulação intra-vascular disseminada.

Teve alta ao 16º dia de internamento, assintomática. Manteve seguimento em consulta externa de Medicina Interna em redução progressiva de corticoterapia que cumpriu durante um total de 22 dias. Verificou-se normalização dos valores laboratoriais, sem recrudescência do quadro.

Discussão

As aranhas-violino (*Loxosceles* spp), assim conhecidas pela sua característica mancha mais clara no dorso fazendo lembrar um violino, habitam em climas temperados e tropicais, escuros e secos, podendo mesmo habitar no interior de residências de meio urbano.^{1,5} No sul da Europa são as aranhas *L. rufescens* as mais comuns.³ O envenenamento pela mordedura desta aranha está associada a uma síndrome chamada loxoscelismo.⁶ O loxoscelismo cutâneo caracteriza-se pela evolução lenta da ferida resultante da mordedura da aranha até necrose local, podendo estar associados sintomas sistêmicos ligeiros como cefaleia, náuseas, vômitos, rash cutâneo e febre.^{6,7} É indolor no momento da picada, tornando-se dolorosa algumas horas após. No local surge inicialmente um halo eritematoso com centro descorado com uma vesícula, que evoluiu em dias para placa violácea e posteriormente escara necrótica.⁸ Uma forma mais grave chamada loxoscelismo cutâneo-hemolítico ou cutâneo-visceral ocorre em 10%-15% dos casos e caracteriza-se por hemólise mediada por complemento, insuficiência renal aguda grave e coagulação intravascular disseminada, para além da lesão dermatonecrotica.⁵ A gravidade da lesão cutânea não se relaciona com o desenvolvimento de loxoscelismo sistémico.²

No caso apresentado a doente identificou o aracnídeo como aranha violino e o quadro clínico que desenvolveu vai de encontro ao descrito como loxoscelismo sistémico. Inicialmente com sintomas locais e sistêmicos ligeiros, apresentou um agravamento marcado nas 24-48 horas seguintes à picada da aranha, com hemólise mediada pelo complemento.

O tratamento é pouco consensual.⁵ Está descrita a utilização de analgesia e anti-histamínicos nos casos ligeiros, podendo ser equacionada antibioterapia como profilaxia de infeção do local da mordedura nos casos mais graves.^{4,6} Os corticoides sistêmicos parecem ter um efeito benéfico nas formas sistêmicas.⁶ No caso descrito, a instituição de metilprednisolona em alta dose poderá ter contribuído para a resolução da anemia hemolítica, bem como evitado a evolução a progressão para lesão renal aguda ou coagulação intravascular disseminada. O desbridamento cirúrgico só está recomendado nas feridas extensas e de evolução muito prolongada pelo maior risco infeccioso.^{5,6} Casos raros necessitaram de plasmaferese para interrupção do ciclo de hemólise, o que não se verificou neste caso.⁶

As aranhas *L. rufescens* existem no nosso país e são passíveis de causar doença em humanos. Os casos de doença grave são raros, necessitando de um elevado grau de suspeição clínica, quer para a sua identificação como para o diagnóstico diferencial com outras entidades potencialmente fatais. Esta identificação deve ser feita precocemente para início atempado de terapêutica adequada evitando a evolução para as formas mais graves e potencialmente ameaçadoras de vida de loxoscelismo. ■

Declaração de Contribuição

MF, MJF, SIA, MA – Pesquisa bibliográfica e elaboração do texto.

CM – Pesquisa bibliográfica, elaboração e revisão do texto

ZN – Elaboração e revisão do texto

Todos os autores aprovaram a versão final a ser submetida

Contributorship Statement

MF, MJF, SIA, MA – Bibliographical research and drafting of the text.

CM – Bibliographical research, drafting and revision of the text.

ZN – Drafting and revision of the text.

All authors approved the final draft

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Patient Consent: Consent for publication was obtained.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e SPMI Case Reports 2023.

Reutilização permitida de acordo com CC BY. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Case Reports 2023. Re-use permitted under CC BY. No commercial re-use.

Correspondence / Correspondência:

Marta Fonseca - martainefonseca@gmail.com

Serviço de Medicina 3, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

IC19, 2720-276 Amadora

Recebido / Received: 2022/12/24

Aceite / Accepted: 2023/02/21

Publicado online / Published online: 2023/11/29

REFERÊNCIAS

1. Cardoso P, Almeida AP. Envenenamento por aranhas em Portugal, verdade ou mito? *Acta Med Port.* 2010; 23: 33-8
2. Andersen RJ, Campoli J, Johar SK, Schumacher KA, Allison EJ. Suspected Brown Recluse Envenomation: A case report and review of different treatment modalities. *J Emerg Med.* 2011; 41:e31-7. doi: 10.1016/j.jemermed.2009.08.055
3. Abbot DM, Brunetti E, Barruscotti S, Brazzelli V. Brown recluse (*L. rufescens*) can bite in Northern Italy, too: first case report and review of the literature. *BMJ Case Rep.* 2019;12:e230000. doi:10.1136/bcr-2019-230000
4. Sams HH, Hearsh SB, Long LL, Wilson DC, Sanders DH, King LE. Nineteen documented cases of *Loxosceles reclusa* envenomation. *J Am Acad Dermatol.* 2001; 44:603-8. doi:10.1067/mjd.2001.112380
5. Lopes PH, Squaiella-Baptistao CC, Marques MO, Tambourgi DV. Clinical aspects, diagnosis and management of *Loxosceles* spider envenomation: literature and case review. *Arch Toxicol.* 2020, 94:1461-77. doi: 10.1007/s00204-020-02719-0
6. Vetter RS. Spiders of the genus *Loxosceles* (Araneae, Sicariidae): a review of biological, medical and psychological aspects regarding envenomations. *J Arachnol.* 2008, 36:150-163
7. Glenn JB, Lane JE, Clark EK. Arachnid envenomation from the brown recluse spider. *Clin Pediatr.* 2003;42:567-70. doi: 10.1177/000992280304200615
8. Robb CW, Hayes BB, Boyd AS. Generalized vasculitic exanthem following *Loxosceles reclusa* envenomation. *J Cutan Pathol.* 2007; 34: 513-4. doi: 10.1111/j.1600-0560.2006.00657.x