LOXOSCELISMO CUTÂNEO: RELATO DE CASO

Bertoncini, L.A.[1]; Stangler, N.H.A.[1]; Barotto, A.M.[1]; Resener, M. C.[1]; Zannin, M. [1,2]
Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina-CIT/SC/SUR/SES e HU/UFSC;
Depto de Patologia e Toxicologia-PTL/CCS/UFSC-Florianópolis/SC
leabertoncini@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O acidente provocado por *Loxosceles,* conhecida como aranha-marrom, é denominado Loxoscelismo. O habitat intradomiciliar da *Loxosceles* facilita a ocorrência de acidentes em humanos. O diagnóstico se baseia na história e exame clínico, associado à identificação do agente.

São aranhas pequenas, atingindo até 1 cm de corpo e 3 cm de envergadura. Apresentam coloração marrom, que é uniforme entre as espécies, têm hábitos noturnos e não são agressivas.

OBJETIVO

Descrever as características de um quadro cutâneo grave de *Loxosceles sp,* visando diagnóstico e tratamento precoces.

RELATO DE CASO

Paciente de 36 anos, feminino, residente na região Oeste/SC, procurou atendimento médico com história de picada de aranha na região medial da coxa esquerda nove horas após a picada. Paciente relatou que ao vestir a calça sentiu a picada e viu uma aranha pequena na calça. No local da picada apresentava uma lesão de 5 cm com hiperemia extensa com halo isquêmico, equimose central e edema. Uma lesão considerada característica no envenenamento por *Loxosceles sp*. Ausência de icterícia.

Os exames da admissão foram: Hg:11,80; Ht:35,9; Leuc:10.500; Plaq:176.000; BT:0,71; BD:0,29 e BI:0,42. E o tratamento inicial foi: prednisona 40 mg/dia e dexametasona creme.

Após 35 horas, os exames foram: Hg:10.80, Ht:33.10; Leuc:7.100; BT:1,10; BD:0,39 e BI:0,7. A lesão evoluiu com necrose e aumento da área hiperemiada. Frente à evolução, foram administradas cinco ampolas de soro antiloxoscélico (SALOX).

Após 48 horas do acidente, os exames foram: Ht:33,3; Hb:11,2; Leuc:7300; Plaq:54000; He:3.74; BT:0,76; BD:0,32; BI:0,44; Cr:1,19 e U:28,5. Mesmo com o SALOX, a lesão evoluiu com bolha de conteúdo sanguinolento, progressão da necrose e infecção secundária. Recebeu antibioticoterapia. Foi realizado desbridamento da lesão 23 dias após o acidente.

Após 30 dias de acompanhamento, lesão limpa em franca recuperação.

Após 9 horas do acidente

Após 24 horas do acidente

Após 12 dias do acidente

Após 31 dias do acidente

Evolução após desbridamento da lesão

Apoio UFSC
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROEXTENSÃO/PRPE/UFSC
DEPTO DE PATOLOGIA - PTL/CCS/UFSC
CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS - CIT/SC
GOVERNO DE SANTA CATARINA

LOXOSCELISMO CUTÂNEO: RELATO DE CASO

DISCUSSÃO

O acidente com *Loxosceles sp* predomina na região Sul do Brasil. Ocorrem especialmente nos meses quentes e chuvosos e estão frequentemente relacionados aos atos de vestir e dormir, atingindo com maior frequência a região proximal de membros e tronco

O Loxoscelismo cutâneo é o mais comumente observado.

veneno da *Loxosceles sp* contém uma enzima, a Esfingomielinase D, responsável pela agregação plaquetária e ativação da via do complemento com hemólise e necrose cutânea. A picada é inicialmente pouco valorizada por ser pouco dolorosa. É comum a queixa de manifestações inespecíficas como febre, mal estar geral, fraqueza, náusea, vômitos, mialgia. A instalação da lesão é lenta e progressiva e, quando característica, apresenta dor local, edema endurado, eritema, lesões hemorrágicas focais (equimóticas/violáceas) mescladas com áreas pálidas de isquemia, com necrose de grau variável ou bolha serosanguinolento ou hemorrágica. A evolução pode resultar em cicatriz deprimida, retrátil, de difícil cicatrização.

Dependendo da fase evolutiva da lesão, algumas afecções dermatológicas como picadas de inseto, dermatite alérgica, abscesso cutâneo, lesões herpéticas, ectima gangrenoso, fasciíte necrosante, leishmaniose cutânea devem ser levadas em consideração como diagnóstico diferencial.

Não há, na rotina, exames específicos para o diagnóstico; mas é orientado solicitar Hemograma completo Billirrubina Total e Frações (BTF) e Desidrogenase Lática (DHL) visando acompanhamento de evolução para hemólise.

Não existem evidências e consenso quanto ao melhor tratamento. A recomendação do Manual do Ministério da Saúde consiste em 5 ampolas de SALOX ou soro antiaracnídico até 36 horas do acidente**,** prednisona, anti-histamínico e analgesia.

Na grande maioria dos casos o prognóstico é bom. O tempo necessário para cicatrização da úlcera, por segunda intenção, está relacionado à perda tecidual, podendo demorar meses para a cicatrização completa em casos de lesões extensas e profundas.

CONCLUSÃO

A importância do diagnóstico precoce em relação ao acidente provocado por aranha-marrom é fundamental para conduta e recuperação clínica/laboratorial ideais ao paciente. Dessa forma, o reconhecimento da aranha-marrom, da evolução clínica do Loxoscelismo e do espaço geográfico mais comum dos acidentes, por parte dos profissionais da saúde, é de extrema necessidade.

	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	TRATAMENTO
LEVE	- Lesão incaracterística - Sem comprometimento do estado geral - Sem sinal de hemólise - A identificação da aranha é necessária para confirmação do caso	- Sintomático - Orientar o paciente a retorno diário, a cada 12 horas.
MODERADO	- Lesão provável ou "característica" (com placa marmórea < 3cm); - Com ou sem comprometimento do estado geral - Sem sinal de hemólise	Prednisona: 5 dias: - Adulto: 40 mg/dia - Criança:0,5-1mg/kg/dia (máximo 40 mg/dia) Sintomático
GRAVE	- Lesão "característica"(com placa marmórea > 3cm); - Com ou sem comprometimento do estado geral - Sem sinal de hemólise	SALox/SAA IV: 5 ampolas Prednisona: 7 dias - Adulto: 40mg/dia - Criança: 05-1mg/kg/dia (máximo 40 mg/dia) Sintomático

Fonte: Protocolo clínico por acidente por aranha do genêro Loxosceles - portalsaude.saude.gov.br adaptado

BIBLIOGRAFIA

1.PROTOCOLO CLÍNICO POR ACIDENTE POR ARANHA DO GENÊRO LOXOSCELES. Disponível em: portalsaude.saude.gov.br/.../Protocolo-cl--nico---ACIDENTE-POR-ARANHA-DO-GENERO-LOXOSCELES.

2.MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. MANUAL DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS. BRASÍLIA: FUNASA, 2001.

3.CARDOSO, J. L. C. et al. Animais Peçonhentos no Brasil: biologia, clínica e terapêutica dos acidentes. São Paulo: Sarvier, 2003.

4.SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. Acidentes Loxoscélicos: Protocolo Técnico e Fluxo de Atenção em Curitiba. Curitiba: 2002.C

5.COUTINHO, I.; Rocha, S.; Ferreira, M.E., Vieira, R.; Cordeiro, M. R.; Reis, J.P.; Loxoscelismo Cutâneo em Portugal: Causa Rara de Dermonecrose Cutaneous Loxoscelism in Portugal: a Rare Cause of Dermonecrosis; Acta Med Port 2014 Sep-Oct;27(5):654-657.

6. SEZERINO UM, Zannin M, Coelho LK, Gonçalves J, Grando M, Mattosinho SG, et al. A clinical and epidemiological study of Loxosceles spider envenoming in Santa Catarina, Brazil. Trans R Soc Trop Med Hyg..