

DEBRIDAMIENTO OSMÓTICO EN PACIENTE CON LOXOSCELISMO CUTÁNEO

AUTORA

María Nelly Cáceres Sandoval

Enfermera, Fundación Instituto Nacional de Heridas, Santiago de Chile

Correspondencia a: ncaceres@inheridas.cl

*L*oxosceles Laeta (nombre científico de la araña de rincón) es nativa de América del Sur, muy común en Chile, Argentina, Perú, Bolivia, Uruguay, Paraguay, sur y este de Brasil. Se han encontrado especies en algunos países de América del Norte y Central, pero no logra establecerse. Se caracteriza por el color marrón, tiene 6 ojos, lo que permite diferenciarla del resto de las arañas (8 ojos), mide entre 8 y 30 mm, la hembra es más grande que el macho y considerada más peligrosa, se activa durante la noche, principalmente en épocas de calor, su hábitat es principalmente domiciliario, se establece en lugares con poca luz, como closet o armarios, durante su ciclo de vida puede cambiar hasta 3 veces su cobertura externa (exoesqueleto) antes de alcanzar la adultez, una especie detectada debe hacer sospechar la presencia en un área de 60 m² de otra araña¹.

El cuadro anafiláctico producido por la inoculación del veneno de la araña a través de su mordedura se denomina Loxocelismo. El veneno inoculado puede provocar lesiones de variada extensión y dimensiones, que van desde un eritema pequeño hasta una necrosis 72 horas después, terminando en una escara a la semana; este cuadro se denomina Loxocelismo Cutáneo Necrótico y puede ameritar la intervención quirúrgica denominada escarectomía (injerto posterior). Cuando el veneno alcanza la circulación sistémica se habla de Loxoscelismo Cutáneo Visceral, que requiere atención inmediata ya que puede provocar la muerte^{2,3}.

Existe una variante menos frecuente denominada Loxocelismo cutáneo edematoso, en el que el daño del tejido es menor y predomina el edema^{1,3}.

Palabras claves: Desbridamiento, loxosceles laeta, ringer lactato, PHMB.

Propósito: Evaluar el efecto de un apósito hiperosmótico y bacteriostático en una herida con colonización crítica con placa necrótica producida por Loxosceles Laeta.

Fuente de financiamiento: Financiado por el paciente.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Autora obtiene consentimiento informado del paciente referido al caso clínico.

Declaración de conflictos de interés: La autora declara no tener conflictos de interés.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 56 años, IMC sobrepeso, fumadora, anemia, Dislipidemia, reside en la ciudad de Chimbarongo (Sur de Chile), sufre mordedura de Loxosceles Laeta en antebrazo izquierdo el 26/6/21, concurre a servicio de urgencia que le corresponde, siendo derivada al Hospital de San Fernando, con diagnóstico de sospecha de loxoscelismo cutáneo, donde se indica tratamiento ambulatorio de Cefadroxilo y Prednisona y control SOS. Luego de 48 horas vuelve a consultar por aumento de volumen en la zona de la lesión, dolor y hematuria; el 29/6/21, en Hospital de San Fernando se confirma diagnóstico de loxocelismo cutáneo-visceral, se deriva a Hospital de Chimbarongo para hospitalización y continuar tratamiento (corticoides y Cloxacilina x 7 días), en vista de evolución favorable es dada de alta el 4/7/21 con los diagnósticos de celulitis antebra-

zo izquierdo, loxoscelismo cutáneo-visceral, es derivada a la Atención Primaria para curaciones.

Posteriormente recibe diferentes curaciones que no logran resultados favorables, a los 16 días de evolución acude a la Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH). Al ingreso presenta 80% de tejido necrótico duro, difícil de retirar y el resto esfacelo difícil de remover, con exudado turbio, dimensiones 25cm de largo y 18cm de ancho, EVA 7, piel perilesional sana, sin aumento de temperatura, con piel tibia, aún con restos de flictenas alrededor de la zona necrosada, **Fotografía 1**, su VACAB corresponde a Colonización Crítica con exudado escaso.

Plan de acción: Remover tejido necrótico, controlar la carga bacteriana, proteger la piel perilesional

Manejo Local: Aseo de piel perilesional con Espuma Limpiadora, se aplica solución limpiadora al lecho de la herida (Polihexanida con Betáina) para controlar carga bacteriana, retiro de restos de flictenas existentes en el área afectada y escarectomía con bisturí en la placa necrótica, la cual se encuentra muy adherida por lo que no es posible removerla, se protege la piel perilesional con ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) y



se aplica como apósito primario, apósito hiperosmótico a base de Ringer y PHMB (Polihexamitelineno de Biguanidina) con la finalidad de ayudar al desbridamiento y controlar carga bacteriana. Se cubre con apósito tradicional especial y se fija con venda semielasticada más cinta de rayón. Su frecuencia de curación fue 2 veces por semana, con educación para la paciente sobre ejercicios pasivos, evitar tomar elementos pesados y mantener extremidad en alto. Se indica Vitamina C 500 mg al día, analgesia SOS y aumento de agua a 30cc por kilo de peso y alimentos ricos en albúmina (con creatinina normal). Se deriva a nutricionista y kinesiólogo.

Al 7° día de iniciado el tratamiento, se evidencia esfacelo blando y solo un 10% de tejido necrótico, **Fotografía 2**. Se mantiene con las indicaciones de inicio. A los 14 días presenta un 25% aproximadamente de tejido esfacelado, blando, fácil de retirar y el resto es tejido de granulación, **Fotografía 3**, por lo que se decide continuar con el mismo esquema de limpieza, desbridamiento quirúrgico y protección de la piel, pero se cambia a hidrogel amorfo y Diaquilcarbamoil (DACC) con curaciones 2 veces por semana, porque continuaba con Colonización Crítica y con exudado escaso.



RESULTADOS:

En solo 14 días la paciente ya no tenía tejido necrótico sin someterla a una intervención quirúrgica, no tenía dolor y una disminución de la lesión de 25x18 cm a 8x9cm gracias a un buen protocolo de curación avanzada, con una evaluación estricta de la carga bacteriana y elección de un apósito hiperosmótico que ayudó a desprender el tejido necrótico en un corto tiempo y controló la carga bacteriana. Las últimas curaciones cuando estaba con colonización baja se realizaron con tull de silicona una vez por semana. A los 4 meses la paciente se fue de alta, **Fotografía 4**, con interconsulta a rehabilitación con kinesióloga para evitar retracción del tejido.



DISCUSIÓN

El caso descrito pone de manifiesto la utilidad de la aplicación de un plan de curación avanzada basado en potenciar los procesos fisiológicos de

cicatrización, partiendo por favorecer el desbridamiento en una lesión extensa, con tejido necrótico, permitiendo una mejora significativa en un corto período de tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barutch, W. A., Denegri, M., Jofré, L., Hauck, I. N., Tassara, R., Torres, M., Urarte, E., & Viovy, A. (2016). Guía para el Manejo de Mordedura de Araña de los Rincones - *Loxosceles laeta*. MINSAL. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/11/LOXOSCELES-FINAL.pdf>
2. Del Puerto, C., Saldias, C., Curi, M., Downey, C., & Andino, R. (2018). Experiencia en loxoscelismo cutáneo y cutáneo visceral de manejo hospitalario: clínica, evolución y propuesta terapéutica. Repositorio. Pontificia universidad católica de chile. <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/50195>
3. Scielo, Revista Clínica de Medicina de Familia versión On-line ISSN 2386-8201 versión impresa ISSN 1699-695X, vol.5 no.1 Barcelona feb. 2012, <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100015>

Las LPP **ahora** se pueden prevenir



Novamed®

El **único** AGHO* con **silicona**, que permite aplicar apósitos hidrocelulares adhesivos en las zonas de riesgo

Bimedica.

AGHO (Ácido graso hiperoxigenado)

LBF
Insumos Médicos

