

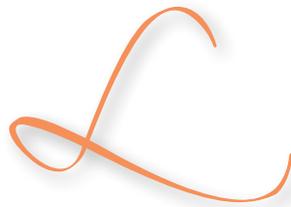
MANEJO AVANZADO EN UNA LESIÓN POR LOXOSCELISMO CUTÁNEO: IMPORTANCIA DE UNA INTERVENCIÓN OPORTUNA

AUTORAS

Polette Sepúlveda Palma, Daffne Oteíza Plaza.

Enfermeras, Centro Médico Hospital del Trabajador. Santiago, Chile.

Correspondencia a Polette Sepúlveda: psepulveda@hts.cl



La *Loxosceles Laeta*, más conocida como araña de rincón, es la especie de mayor distribución en Sudamérica y la más importante en nuestro país.

Las mordeduras por arácnidos en Chile constituyen un problema de salud pública debido a su magnitud, prevalencia e impacto social. Entre los años 2014 y 2016 se registraron 17 muertes en el país debido a ello¹. Las zonas del cuerpo más frecuentemente afectadas son el muslo, el tronco y la zona proximal de los brazos, siendo el sexo femenino el que concentra el mayor número de casos².

La forma de presentación más frecuente es el loxoscelismo cutáneo (LC) que corresponde a 83,3% de los casos y se caracteriza por alteraciones vasculares graves en la piel, áreas de vasoconstricción y hemorragia, que llevan a una isquemia local y una placa necrótica. El centro de la lesión es de apariencia pálida, rodeado por un área roja, edematosa y que evoluciona a un color azul-violáceo, de aspecto acartonado, denominada placa livedoide.

El loxoscelismo cutáneo-visceral ocurre cuando el veneno alcanza la circulación sistémica, siendo la forma más grave de loxoscelismo, con una mortalidad de 1 a 3%¹.

El LC es generalmente benigno; sus manifestaciones más frecuentes son dolor, edema y eritema. El cuadro clínico describe un dolor tipo urente, con hiperestesia peri lesional y edema duro o elástico. Progresa con un halo de vasoconstricción e isquemia que se extiende alrededor de la lesión, pudiéndose formar después una ampolla en alrededor de 50% de los casos. La placa livedoide se establece a las 24 horas como una placa violácea central, halo pálido y borde eritematoso. La zona isquémica central puede evolucionar a necrosis y formar una escara, la que al desprenderse, da paso a una úlcera. La mordedura tiende a curar por segunda intención entre ocho a catorce semanas³.

Palabras clave: *Loxosceles laeta*, loxoscelismo, loxoscelismo cutáneo, curación avanzada, úlcera venosa, antioxidante, etapa inflamatoria.

Propósito: Describir la intervención con curaciones avanzadas (CA) de un paciente que presenta úlcera por loxoscelismo cutáneo, demostrando la importancia de la intervención oportuna por parte del equipo de enfermería.

Fuente de financiamiento: Todos los insumos y el costo total de las curaciones avanzadas fueron asumidos por la paciente.

Declaración de conflictos de interés: Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Las autoras han obtenido el consentimiento informado de la paciente mencionada en este caso, una copia de éste documento queda en poder de la paciente.

METODOLOGIA

Paciente sexo femenino R.O.R de 56 años. Tabaquismo (+), 5- 6 cigarrillos diarios, alergias (-). Se



desempeña como housekeeper del área de aseo en Hospital, por lo que se encuentra supervisando constantemente diversos lugares dentro del recinto.

Acude a consulta médica el día 6 de agosto refiriendo que al ponerse su chaqueta de trabajo siente una punzada en el brazo izquierdo, no dándole importancia al comienzo. Evoluciona con dolor, eritema e impotencia funcional del brazo afectado. Al evaluarla en consulta médica, presenta lesión de aspecto livedoide aproximadamente de 10cm de extensión. Médico deriva a Urgencia para descartar loxoscelismo cutáneo.

En Urgencia es diagnosticada de loxoscelismo cutáneo, dejando indicación de tratamiento endovenoso con betametasona 8mg por 1 vez, clorfenamina 10mg por 1 vez y Ketorolaco 60mg por 1 vez; evoluciona con menor dolor y se da de alta con indicaciones de betametasona 0.25mg y tratamiento antibiótico con claritromicina además de control SOS.

Paciente ingresa a la unidad de CA del Centro Médico HTS el día 21 de agosto de 2018. Al descubrir apósitos se evidencia exudado escaso, se realiza valoración de la lesión, que presenta placa necrótica acartonada con una extensión de 6cm de longitud x 3cm de ancho, Fotografía 1a,



se evalúa con profundidad máxima debido a la presencia de necrosis. Bordes se encuentran eritematosos, presentando calor local en zona afectada. De acuerdo a la clasificación según Diagrama de Valoración de carga bacteriana en heridas y úlceras (VACAB), la lesión queda clasificada como herida infectada.

Se realiza CA comenzando con lavado de la zona con clorhexidina jabonosa al 2% dejando actuar por 3 minutos, luego se irriga con abundante cloruro de sodio 0.9% y se realiza desbridamiento quirúrgico con bisturí, logrando remover aproximadamente 70% de la placa necrótica. En lecho se observa tejido graso desvitalizado, se desbrida con pinza quirúrgica y bisturí; paciente refiere leve dolor EVA 3/10 y se alcanza una profundidad de 2cm, Fotografía 1b, se vuelve a irrigar con cloruro de sodio 0.9% y se deja carboximetilcelulosa con plata en lecho de la herida. En el resto de la placa necrótica se deja hidrogel, se utiliza protector cutáneo en bordes de la lesión, se cubre con gasas no tejidas y se fija con venda de gasa y tela de rayón. Se da indicación de no mojar apósitos, mantener extremidad en alto, suspender tabaquismo y mantener analgesia. Se cita 2 veces por semana.

El 26 de septiembre de 2018 es evaluada por cirugía plástica y se indica programar injerto en

brazo izquierdo, pero la paciente prefiere esperar un tiempo más antes de realizar la cirugía. En la curación se retiran apósitos con exudado moderado a abundante, observándose disminución de extensión del lecho de la herida con 3cm de longitud, 2cm de ancho x 1.5 cm de profundidad, 90% de tejido granulatorio y 10% de tejido graso desvitalizado, Fotografía 2; en esta oportunidad se realiza CA con limpieza por 15 minutos con polihexanida con betaína, con pinza y bisturí se desbrida aproximadamente 90% del tejido desvitalizado, como apósito primario se deja alginato de calcio y se cita dos veces por semana. Debido a su buena evolución, la paciente decide esperar unas semanas más con curaciones y diferir la realización del injerto.

Luego de 2 meses de CA y con una muy buena adherencia de la paciente a las indicaciones entregadas, se observa una excelente evolución de la lesión, la que presenta 100% de tejido granulatorio, una extensión de 2cm de longitud x 1.5cm de ancho y 0.3cm de profundidad, presentando exudado escaso. Se realiza curación con tull de silicona, presenta piel perilesional con leve descamación por lo que se aplican ácidos grasos hiperoxigenados y se comienza a citar 1 vez por semana.

FOTOGRAFÍA
3

29/11/2018



RESULTADOS

El día 29 de noviembre paciente asiste a curación. Al descubrir la herida se observa 100% de la lesión cicatrizada, Fotografía 3, por lo que se aplica ácidos grasos hiperoxigenados y se da de alta, aconsejándole seguir hidratando su piel con ellos.

Luego de 30 CA realizadas, en conjunto con el compromiso que presentó la paciente al seguir

al pie de la letra las indicaciones tanto médicas como de enfermería, en 3 meses se logró que la lesión cicatrizara.

CONCLUSIONES

El diagnóstico oportuno de loxoscelismo cutáneo permite planificar un adecuado tratamiento médico y de enfermería para el cuidado de la herida, evitando así las posibles complicaciones que se puedan presentar.

A través de un buen manejo de la lesión con CA realizadas por enfermeras entrenadas y el apoyo del equipo de salud, se logró la cicatrización de la herida, con el consiguiente retorno de la paciente a sus actividades de la vida diaria, superando las expectativas médicas y adaptándose a la decisión de la paciente de no realizar cirugía de injerto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Apt W., Denegri M., Jofré L., Noemí I., Tassara R., Torres M. Ministerio de Salud. Guía para el Manejo de Mordedura de Araña de los Rincones - *Loxosceles laeta* Chile, 2016.
2. Del Puerto C., Saldías C., Fuentes M., Downey C., Andino R. Experiencia en loxoscelismo cutáneo y cutáneo visceral de manejo hospitalario: clínica, evolución y propuesta terapéutica. Departamento de Dermatología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, 2018.
3. Tambourgi D., Paixão D., Gonçalves R., Fernandes M., Magnoli E., Morgan P., van den Berg C., *Loxosceles sphingomyelinase* induces complement-dependent dermonecrosis, neutrophil infiltration, and endogenous gelatinase expression. *J Invest Dermatol* 2005; 124: 725-31.