**Título:** “Caracterización clínica y epidemiológica de 200 pacientes con loxoscelismo cutáneo y cutáneo visceral”.

**Título abreviado:** Caracterización 200 casos de loxoscelismo

**Autores:** Katherine Droppelmann MD1, Paula Majluf-Cáceres MD1, Natalia Sabatini-Ugarte MD1, Elizabeth Valle MD1, Hernán Herrera MD2 David Acuña MD3.

1 Departamento de Dermatología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

2 Escuela de Medicina, Universidad de Santiago de Chile, Magíster en Epidemiología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

3 Sección de Medicina de Urgencia, Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Autor correspondiente: David Acuña Ramírez. Dirección: Teléfono: 982689777. Correo electrónico: dgacuna@uc.cl

Número de tablas: 4

Número de palabras: 2450

**Resumen**

**Introducción:** El loxoscelismo es un problema importante de salud pública en Chile y Sudamérica, por la mayor tasa de compromiso cutáneo-visceral asociado a *Loxosceles laeta*. El diagnóstico de loxoscelismo es fundamentalmente clínico, sin criterios diagnósticos establecidos. Existe poca evidencia para apoyar cualquiera de los tratamientos usados en el tratamiento del loxoscelismo.**Objetivo:** Caracterizar la clínica y epidemiología del loxoscelismo en pacientes atendidos en el Servicio de Urgencia y Dermatología de la Red de Salud UC-Christus entre los años 2013 y 2017. **Método:** Estudio observacional, retrospectivo. Se seleccionó a los pacientes registrados en el sistema de ficha clínica electrónica con diagnóstico confirmado de loxoscelismo. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, exámenes de laboratorio y tratamiento. **Resultados:** Se incluyeron 200 pacientes. Un 94,5% presentó loxoscelimo cutáneo y un 5,5% cutáneo-visceral. El 72,7% de los pacientes con loxoscelismo cutáneo-visceral presentó síntomas sistémicos (p<0,001)**.** Los pacientes con síntomas sistémicos tuvieron un riesgo 18,7 veces mayor de presentar loxoscelismo cutáneo-visceral (p <0,0001). Los pacientes con loxoscelismo cutáneo-visceral presentaron con mayor frecuencia alteraciones en los exámenes de laboratorio. No todos los pacientes con hematuria presentaron loxoscelismo cutáneo-visceral. La mayoría de los pacientes requirió analgesia. En ningún paciente se utilizó suero anti-loxosceles. **Discusión:** Quedan muchas interrogantes por responder respecto al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Se requieren estudios que validen criterios diagnósticos para loxoscelismo, que evalúen las mejores variables predictoras de compromiso visceral, y que evalúen la respuesta a tratamientos.

**Abstract**

**Introduction:** Loxoscelism is an important public health problem in Chile and South America, due to the higher rate of cutaneous-visceral compromise associated with *Loxosceles laeta*. The diagnosis of loxoscelism is mostly clinical without established diagnostic criteria. There is little evidence to support any treatment used in loxoscelism. **Objective:** To characterize the clinic and epidemiology of loxoscelism in consulting patients in the Emergency and Dermatology Services of the Red de Salud UC-Christus between 2013 and 2017. **Method:** Observational, retrospective study. Patients registered in the electronic clinical record system with confirmed diagnosis of loxoscelism were analyzed. Epidemiological, clinical, laboratory tests and treatment variables were analyzed. **Results:** 200 patients were included. 94.5% presented cutaneous loxoscelism and 5.5% cutaneous-visceral loxoscelism. 72,7% of patients with cutaneous-visceral loxoscelism presented systemic symptoms (p <0.001). Patients who developed systemic symptoms had 18.7 increased risk of developing cutaneous-visceral loxoscelism. Patients with cutaneous-visceral loxoscelism presented with more frequency alterations in the laboratory. Not all patients with hematuria had cutaneous-visceral loxoscelism. Most patients required analgesia. Anti-loxosceles serum was not used in any patient. **Discussion:** Many questions remain to be answered regarding the diagnosis and treatment of the disease. Studies are required to validate diagnostic criteria for loxoscelism, predictors for visceral involvement and response to treatment.

**Key words:** Loxoscelism, *Loxosceles Laeta*

**Introducción**

Existen dos síndromes clínicos clásicos causados por mordeduras de araña: latrodectismo (causado por Latrodectus spp), y loxoscelismo (causado por Loxosceles spp)1,2.

La distribución de las arañas del género *Loxosceles* es amplia. La *Loxosceles reclusa* es la causante de la mayoría de los casos en Norteamérica3-12. La *Loxosceles laeta*, *intermedia* y *gaucho* son causantes de la mayoría de los casos en Sudamérica13.

La presencia de *L. laeta* en nuestro país, determina que el loxoscelismo sea un problema relevante de salud pública, por la mayor tasa de compromiso cutáneo-visceral asociado al veneno de esta araña (propiedades necrosantes, hemolíticas, vasculíticas y coagulantes)14-16. Las características de estas lesiones fueron descritas en 1934 en Chile por el Dr. Atilio Macchiavello, describiendo la mordedura de la *L. laeta* como la mancha gangrenosa de Chile, dando a conocer los tipos clínicos que dependen de la gravedad de la inoculación del veneno y publicando en 1947 una imagen de la lesión del veneno necrotizante de este arácnido, dando sus características y evolución en el tiempo17,18.

En el año 2005 el Centro de Atención Toxicológica de la Pontificia Universidad Católica de Chile atendió 2.831 llamados telefónicos de pacientes con sospecha de loxoscelismo, confirmándose 287 de ellos19. En el Hospital Clínico de la Universidad de Chile se siguieron y confirmaron 250 casos hospitalizados entre los años 1955 y 2000, con 56 casos pediátricos20.

El diagnóstico de loxoscelismo normalmente es clínico. La presencia de una lesión cutánea e historia epidemiológica compatible, suelen considerarse suficientes para establecer un diagnóstico de probable. Se puede tener certeza del diagnóstico cuando la araña es identificada y examinada por un experto21, 22.

Se han descrito dos cuadros clínicos asociados a la mordedura de esta araña. El loxoscelismo cutáneo (LC) (83,3% del total de casos) y el loxoscelismo cutáneo-visceral (LCV) (13-16% del total de casos)2.

El LC es un cuadro limitado, generalmente benigno, caracterizado por dolor, edema y eritema cutáneo (primeras 6 a 8 horas de la mordedura), que puede tener una ampolla central, y progresa a un halo de vasoconstricción e isquemia que se extiende alrededor de la lesión. A los 5-7 días se forma la placa livedoide que evoluciona con ulceración y necrosis. El tejido necrótico se desprende después de 2-3 semanas, dejando una úlcera con tejido granulatorio que puede tardar semanas o meses en cicatrizar14, 23. La forma cutánea se puede asociar a síntomas sistémicos inespecíficos (hasta el 50% de los casos en las primeras 24-48 hrs). También se ha descrito una variante edematosa de LC1,24, 25.

El LCV se caracteriza por compromiso sistémico, caracterizado por compromiso del estado general, cefalea, mialgias, náuseas, vómitos, ictericia y fiebre. Estos síntomas se presentan normalmente dentro de las primeras 24 horas. En los exámenes se evidencia hemólisis, hematuria, hemoglobinuria, ictericia, insuficiencia renal, anemia. El compromiso sistémico no se correlaciona con la severidad de las manifestaciones cutáneas1,2,11,14,26.

No existen exámenes de laboratorio que confirmen el diagnóstico de LCV, pero lo más importante es determinar la presencia de hemólisis, hemoglobinuria o hematuria19.

Se han descrito diversos tratamientos para el loxoscelismo, pero hay poca evidencia para apoyar cualquiera de ellos, incluido el papel del suero antiloxosceles y el momento de su uso1,14.

A pesar de que el loxoscelismo es un problema importante de salud pública en Chile y que genera gran impacto en la población, no existen muchos datos estadísticos que muestren la real incidencia del problema. Falta mucha información respecto a la epidemiología y tratamiento.

En este contexto se diseñó un estudio, en el que se analizaron los datos de las fichas clínicas de los pacientes con LC y LCV consultantes en los departamentos de Dermatología y en el Servicio de Urgencia de la Red de Salud UC-Christus entre los años 2013 y 1017.

El objetivo principal fue caracterizar la clínica y epidemiología del LC y LCV en pacientes atendidos durante este período.

Además, los datos obtenidos en este estudio podrían orientarnos a realizar futuros estudios prospectivos respecto y ver qué variables se podrían estudiar para poder contribuir al manejo y/o diagnóstico de estos casos.

**Material y Método**

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Se realizó un estudio observacional retrospectivo, para lo cual se analizaron todas las consultas por sospecha de mordedura de araña de rincón en el Servicio de Urgencias y Dermatología de la Red de Salud UC-Christus, registrados en el sistema de ficha clínica electrónica “ALERT”, entre enero del año 2013 y diciembre del 2017. Se seleccionaron a aquellos pacientes registrados con diagnóstico confirmado de LC (descripción clínica cutánea clásica o mordedura + examen morfológico del arácnido compatible). Se seleccionaron y consideraron como LCV a aquellos pacientes con clínica cutánea clásica o mordedura + examen morfológico del arácnido compatible + diagnóstico explícito en la ficha clínica de LCV + evolución compatible. En los pacientes seleccionados se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, fecha de la mordedura, ubicación geográfica, horas de evolución antes de la consulta, zona de la mordedura, signos clínicos de presentación, infección secundaria, resultados de exámenes de laboratorio solicitados, tipo de loxoscelismo y tratamiento realizado. Además, se determinó la proporción de cuadros cutáneos clásicos, cutáneos edematosos y cutáneos-viscerales.

***Análisis estadístico***

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables consideradas, expresando como proporciones las variables categóricas y como media las variables continuas. Para analizar la relación entre las variables categóricas se utilizó el estadístico Chi2. Se consideró significativo todo valor p menor o igual a 0,05. Los análisis estadísticos fueron realizados en el programa estadístico STATA versión 14.

**Resultados**

Se revisaron un total de 348 casos entre enero del año 2013 y diciembre del año 2017. De los 348 casos, se incluyeron 200 casos según los criterios diagnósticos establecidos. 148 casos fueron excluidos porque no cumplían con los criterios diagnósticos de loxoscelismo o por información incompleta en la ficha clínica.

Las edades de los pacientes fluctuaron entre los 3 y 87 años, con una media de 40 años. Un 55,5% de los pacientes fue de sexo femenino. La mayor proporción de individuos fueron adultos con LC clásico. El 81.5% del total de pacientes refirió una moderdura o visualizó la araña. La mayoría de las mordeduras ocurrieron en los meses de Noviembre, Diciembre, Enero y Febrero**.** La localización más frecuente fue extremidades inferiores, seguida por extremidades superiores y abdomen (**Tabla 1).**

Un 94,5% de los pacientes presentaron LC (89,5% LC clásico y 5% LC edematoso), y un 5,5% LCV **(Tabla 1).** No hubo muertes por loxoscelismo. Con respecto a los subtipos cutáneo y cutáneo visceral, no existieron diferencias estadísticamente significativas entre adultos (94,7% y 5,4%) y niños (92,3% y 7,7%), ni entre hombres (91% y 9%) y mujeres (97,3% y 2,7%) en la ocurrencia de este último (p=0,72 y p=0,053 respectivamente). No hubo asociación significativa entre la localización de la mordedura y la presencia de compromiso visceral (p=0,12).

Un 32% de los pacientes con síntomas sistémicos evolucionaron a un LCV y un 1,7% de los pacientes sin síntomas sistémicos evolucionaron a un LCV (p <0,001). El 72,7% de los pacientes con LCV presentaron síntomas sistémicos (p <0,001). De ellos, los más frecuentes fueron fiebre y síntomas gastrointestinales (**Tabla 2)**. Los pacientes que desarrollaron síntomas sistémicos, tuvieron un riesgo 18,7 veces mayor de presentar LCV comparado con los que no presentaron síntomas sistémicos (p <0,0001).

Todos los pacientes con LCV fueron hospitalizados. Un 63,6% de los pacientes con LCV evolucionaron con celulitis asociada, presentando 3 veces más riesgo de desarrollar celulitis con respecto a los pacientes con LC clásico (p<0.001). Un 8,5% de los pacientes con LC y un 9,1% de los con LCV presentó un rash cutáneo previo al uso de antibióticos sistémicos.

Respecto a los exámenes de laboratorio, los pacientes con LCV presentaron con mayor frecuencia leucocitosis (p=0,021), leucopenia (p=0,001), trombocitopenia (p<0,001), trombocitosis (p=0,001), PCR elevada (p=0,04), GPT elevada (p=0,021), TP disminuido (p=0,033), TTPA disminuido (p=0,028), BUN elevado (p<0,001), creatinina plasmática elevada (p=0,006), hematuria (p=0,007), respecto a los pacientes con LC **(Tabla 3).** Un 14% del total de pacientes con hematuria evolucionaron con LCV mientras que sólo un 2,9% del total de pacientes que no tuvo hematuria presentaron un LCV (p=0,007). Los pacientes con hematuria tienen 4,9 veces más riesgo de presentar LCV en comparación con los que no presentan hematuria, siendo esta asociación estadísticamente significativa (p=0,023). No todos los pacientes con hematuria evolucionan con LCV (32,5% de los pacientes con LC tuvo hematuria).

Un 74% de los pacientes recibió analgesia oral o endovenosa, el 46,5% antihistamínicos y el 28,5% corticoides sistémicos. El 41,7% fue tratado con antibióticos sistémicos, y de ellos Cefadroxilo fue el más usado en un 27% de los casos. Con respecto al tratamiento, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con LC y LCV, el 81,8% de los pacientes con LCV fue tratado con corticoides y antibióticos sistémicos (p<0,001 y p=0,006 respectivamente). Otros antibióticos como vancomicina, ampicilina-sulbactam, clindamicina, doxiciclina y cefazolina fueron más frecuentemente utilizados en LCV que en LC (p<0,05) (**Tabla 4)**.

En ningún paciente se utilizó suero anti-loxosceles.

**Discusión**

Resultó relevante caracterizar los casos de loxoscelismo que consultaron a nuestro centro, ya que además de ser una enfermedad prevalente en Chile, los únicos registros nacionales con lo que contamos, son la revisión que hubo entre los años 1950 y 2000 publicada por Schenone et al (206 casos)20, y el registro telefónico de las consultas al CITUC publicada por Ríos et al (2.831 consultas)19. Dentro de nuestros resultados pudimos observar algunos datos similares y comparables con estos estudios, como: un amplio rango etario, proporción similar entre ambos sexos, la mayoría de los pacientes visualizó la araña, y una mayor prevalencia de mordeduras en las extremidades. También destacamos una tendencia estival de presentación de las mordeduras.

Si bien en Chile se ha descrito una letalidad de 1-3% para LC y de 20-25% para LCV20, en nuestro estudio no se registraron muertes por Loxoscelismo. Esto pudiera deberse, en parte, a que la población consultó forma temprana (la gran mayoría dentro de las primeras 24 horas), y por la disponiblidad de una guía MINSAL para el reconocimiento precoz y el tratamiento del LCV22. Otra causa posible es que tuvimos una menor prevalencia de casos de LCV (5,5% del total de casos), respecto a lo descrito en la literatura (18% del total de casos)20. Esta menor proporción de LCV pudiera deberse a mayor consulta de la población debido a este cuadro clínico. Puede que en los años en que fueron realizados los estudios anteriores, haya habido una mayor proporción LC que nunca consultó.

Existen interrogantes relevantes que se podrían resolver en estudios futuros. La primera es definir con mayor claridad el diagnóstico de LC. Si bien es aceptado que el diagnóstico es clínico, basado en la presentación epidemiológica, síntomas, lesión cutánea característica y evolución, falta consenso para tener criterios diagnósticos que ayuden tanto al reconocimiento como a la futura investigación de la enfermedad. Recientemente se publicó la mnemotecnia NOT RECLUSE para el descarte del diagnóstico, pero su uso como test diagnóstico no ha sido validado aún8. Tampoco existen criterios diagnósticos establecidos en el LCV.

Dentro de los exámenes de laboratorio hubo mayor frecuencia de leucocitosis, leucopenia, trombocitopenia, trombocitosis, elevación de la PCR, elevación de la GPT, disminución en el TP y TTPA, elevación del BUN y creatinina plasmática, y presencia de hematuria en los pacientes con LCV respecto a los pacientes con LC. Por otro lado, encontramos que el 72,7% de los pacientes con LCV tuvo síntomas sistémicos (valor p<0,001). Esto nos hace concluir dos cosas: faltan criterios diagnósticos para predecir/establecer el diagnóstico de LCV y estos criterios podrían basarse en la presencia de síntomas sistémicos y hallazgos de laboratorio, buscando la presencia de inflamación, signos indirectos de hemólisis y de falla renal aguda. La presencia de síntomas sistémicos asociados es un dato relevante para identificar a los pacientes más graves. Las guías MINSAL actuales sólo nombran los síntomas sistémicos y recomiendan hospitalizar en una unidad de tratamiento intensivo a todo paciente con hemoglobinuria, dándole un alto valor al examen de orina22.

Los pacientes que presentaron hematuria tuvieron 4,9 veces más riesgo de presentar LCV en comparación con los pacientes que no tuvieron hematuria, y los pacientes con síntomas sistémicos tuvieron 18,7 veces más riesgo de presentar LCV en comparación con los pacientes sin síntomas sistémicos. Sin embargo, no todos los pacientes con hematuria evolucionaron a un LCV (un 32,5% de los LC tuvo hematuria). Un 27,3% de los pacientes hospitalizados con LCV nunca presentó hematuria y sí otras alteraciones de laboratorio indicadoras de hemólisis, inflamación y falla renal aguda. Por lo tanto, proponemos que para reconocer a un paciente con LCV, inicialmente se deberían buscar síntomas sistémicos como fiebre, ictericia, dolor abdominal, vómitos, coluria. Luego, en los exámenes de laboratorio, se deberían buscar signos de hemólisis, falla renal aguda, inflamación y hematuria. Sugerimos, que un paciente con síntomas sistémicos y sin hematuria debería ser vigilado porque la ausencia de hematuria no descarta la evolución a un LCV. Por otro lado, si consideramos que un 32,5% de los pacientes con LC tuvo hematuria, es difícil considerarla como único factor en la decisión de hospitalización en una unidad de alta complejidad en el contexto de un loxoscelismo. Estas incógnitas pueden complejizar las decisiones terapéuticas para los médicos de urgencia y antención primaria. Estudios prospectivos podrían permitir evaluar cuál de estas variables logra predecir mejor la evolución a un LCV.

Con respecto al tratamiento, encontramos que la analgesia fue requerida en un 74% de los pacientes. Habitualmente no se discute en las guías clínicas y es de suma relevancia el manejo del dolor en estos pacientes. Los corticoides y antibióticos fueron ampliamente indicados en pacientes con LCV. En ningún paciente se usó el suero anti-loxosceles. Ya en el año 1988, Schenone et al. desincentivaban su uso por futilidad. Los pacientes generalmente consultan fuera de la ventana terapéutica para el uso de suero antiloxosceles, y en las guías MINSAL del año 2016 ya no se recomienda su uso22.

Encontramos un 63,6% de desarrollo de celulitis asociada en el LCV, lo que apoyaría el uso precoz de antibióticos en pacientes que se van a hospitalizar.

Como este estudio es retrospectivo, no nos permite cambiar conductas en el manejo ni definición de un loxoscelismo, pero al caracterizar las variables estudiadas, permite identificar los principales problemas que se debieran tener en cuenta al enfrentarse a un caso de losxoscelismo.

A pesar de que el loxoscelismo es un problema importante de salud en nuestro país, aún quedan muchas interrogantes por responder, principalmente en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Se requieren estudios futuros que validen criterios diagnósticos para LC y LCV, estudios que evalúen cuáles son las mejores variables para predecir un LCV, y estudios que evalúen la respuesta a tratamientos en pacientes con LC y LCV.

**Referencias:**

1. Isbister GK, Fan HW. Spider bite. Lancet 2011; 378 (9808): 2039-2047.

2. Schenone H. Cuadros tóxicos producidos por mordeduras de araña en Chile: latrodectismo y loxoscelismo. Rev Med Chil 2003; 131: 437-444.

3. Cabrerizo S, Docampo PC, Cari C, et al. Loxoscelismo: epidemiología y clínica de una patología endémica en el país. Arch Argent Pediatr 2009; 107 (2): 152–159.

4. Zimmerman SP, Rothman JA, Hansen JL, Rusin MM, Bertone MA, Hamrick HJ. Systemic loxoscelism in a nonendemic area: a diagnostic challenge for the unsuspecting physician. Clin Pediatr (Phila) 2014; 53 (11): 1098-1100.

5. Swanson DL, Vetter RS. Bites of brown recluse spiders and suspected necrotic arachnidism. N Engl J Med 2005; 352 (7): 700–707.

6. Andersen RJ, Campoli J, Johar SK, Schumacher KA, Allison EJ Jr. Suspected brown recluse envenomation: a case report and review of different treatment modalities. J Emerg Med 2011; 41 (2): e31-e37.

7. Saucier JR. Arachnid envenomation. Emerg Med Clin North Am 2004; 22 (2): 405-22.

8. Stoecker WV, Vetter RS, Dyer JA. NOT RECLUSE-A Mnemonic Device to Avoid False Diagnoses of Brown Recluse Spider Bites. Jama Dermatol 2017; 153 (5): 377-378.

9. Swanson DL, Vetter RS. Loxoscelism. Clin Dermatol 2006; 24 (3): 213-221.

10. Gertsch W, Ennik F. The spider genus Loxosceles in North America, Central America and the West Indies (Araneae Loxoscelidae). Bull A Mus Nat His 1983; 175: 264-360.

11. Nentwig W, Pantini P, Vetter RS. Distribution and medical aspects of Loxosceles rufescens, one of the most invasive spiders of the world (Araneae: Sicariidae). Toxicon 2017; 132: 19-28.

12. Southcott RV. Spiders of the genus *Loxosceles* in Australia. Med J Aust 1976; 1 (12): 406-408.

13. Futrell JM. Loxoscelism. Am J Med Sci 1992; 304 (4): 261-267.

14. Manríquez JJ, Silva S. Loxoscelismo cutáneo y cutáneo-visceral: Revisión sistemática. Rev Chilena Infectol 2009; 26 (5): 420-432.

15. Zambrano A, González J, Callejas G. Desenlace fatal por loxoscelismo cutáneo visceral. Rev Med Chil 2005; 133 (2): 219-223.

16. Harz-Fresno I, Manterola P, Ru Z M, Abud C. Loxoscelismo cutáneo visceral: actualización en el manejo a propósito de un caso. Rev Chilena Infectol 2015; 32 (2): 230-233.

17. Machiavello A. La Loxosceles laeta, causa del aracnoidismo cutáneo o mancha grangrenosa de Chile. Rev Ch Hist Nat 1937; 41: 11-19.

18. Macchiavello A. Cutaneous arachnidism or gangrenous spot of Chile. Puerto Rico J Pub Health 1947; 22:425.

19. Ríos JC, Pérez M, Sánchez P, Bettini M, Mieres JJ, Paris E. Caracterización clínico-epidemiológica telefónica de la mordedura por araña de rincón, en un centro de información toxicológica de Chile, durante el año 2005. Rev Med Chil 2007; 135 (9): 1160-1165.

20. Schenone H, Saavedra T, Rojas A, Villarroel F. Loxoscelismo en Chile. Estudios epidemiológicos, clínicos y experimentales. Rev Inst Med Trop Sao Paulo 1989; 31 (6): 403-415.

21. Rees R, Campbell D, Rieger E, King LE. The diagnosis and treatment of brown recluse spider bites. Ann Emerg Med 1987: 16 (9): 945-949.

22. Guía para el Manejo de Mordedura de Araña de los Rincones - Loxosceles laeta

Chile, 2016.

23. Canals M, Taucare-Rios A, Brescovit AD, et al. Niche modelling of the Chilean recluse spider Loxosceles laeta and araneophagic spitting spider *Scytodes globula* and risk for loxoscelism in Chile. Med Vet Entomol 2016; 30 (4): 383-391.

24. Schenone H. Loxoscelismo cutáneo de predominio edematoso. Bol Chil Parasitol 1998; 53 (3-4): 78-83.

25. De la Barra P, Vial V, Labraña Y, Álvarez AM, Seguel H. Loxoscelismo cutáneo predominantemente edematoso: a propósito de un caso. Rev Chilena Infectol 2015; 32 (4): 467-471.

26. Canals M, Solís R. Desarrollo de cohortes y parámetros poblacionales de la araña del rincón Loxosceles laeta. Rev Chilena Infectol 2014; 31(5): 555–562.

**TABLAS**

**Tabla 1. Características demográficas de la muestra**

|  |  |
| --- | --- |
| Características de la muestra | Muestra totalN=200 |
| Edad: n (%) Adultos Niños (<15 años)  | 187 (93,5)13 (6,5) |
| Sexo: n (%)FemeninoMaculino | 111 (55,5)89 (44,5) |
| Tipo Loxoscelismo: n (%)Cutáneo clásicoCutáneo edematosoCutáneo visceral | 179 (89,5)10 (5)11 (5,5) |
| Mes del año: n (%)EneroFebreroMarzoAbrilMayoJunioJulioAgostoSeptiembreOctubreNoviembreDiciembre | 36 (18)24 (12)20 (10)16 (8)4 (2)10 (5)5 (2,5)8 (4)13 (6,5)14 (7)24 (12)26 (13) |

**Tabla 2. Síntomas sistémicos según tipo de loxoscelismo**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Síntomas sistémicos | Loxoscelismo Cutáneon (%) | Loxoscelismo cutáneo-visceraln (%) | Totaln (%) | Valor p |
| Fiebre | 14 (7,4) | 8 (72,7) | 22 (11) | **<0,001** |
| Ictericia | 1 (0,5) | 1 (9) | 2 (2) | **0,006** |
| Síntomas GI (dolor abdominal, diarrea, vómitos) | 3 (1,6) | 2 (18) | 5 (2,5) | **<0,001** |
| Coluria | 1(0,5) | 1 (9,1) | 2 (1) | **0,006** |
| Algún síntoma sistémico | 17 (9%) | 8 (72,7%) | 25 (12,5%) | **<0,001** |

**Tabla 3. Hallazgos clínicos y de laboratorio según tipo de loxoscelismo**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Hallazgo clínico o de laboratorio | Loxoscelismo cutáneo (%) | Loxoscelismo cutáneo-visceral (%) | Total(%) | Valor p |
| Hospitalización | 16.9 | 100 | 21.5 | <0.001 |
| Rash previo uso ATB | 8.5 | 9 | 8.5 | 0.94 |
| Celulitis | 21.2 | 63.6 | 23.5 | 0.001 |
| Hb baja | 50,9 | 36,4 | 49,6 | 0,36 |
| Reticulocitos >1,5% | 43,8 | 57,1 | 47,8 | 0,55 |
| Leucocitosis | 22,7 | 54,6 | 25,6 | **0,021** |
| Leucopenia | 0 | 9,1 | 0,8 | **0,001** |
| Trombocitopenia | 2,7 | 27,3 | 5 | **<0,001** |
| Trombocitosis | 0 | 9,1 | 0,8 | **0,001** |
| VHS elevada | 8,6 | 12,5 | 9 | 0,71 |
| PCR elevada | 44,6 | 90,9 | 51,3 | **0,004** |
| LDH elevada | 21,4 | 45,5 | 25,4 | 0,094 |
| GOT elevada | 10,5 | 27,3 | 12,3 | 0,11 |
| GPT elevada | 25 | 60 | 28,7 | **0,021** |
| GGT elevada | 40,5 | 70 | 44,1 | 0,078 |
| Bl total elevada | 9,7 | 30 | 11,7 | 0,057 |
| Bl Indirecta elevada | 9,7 | 30 | 11,7 | 0,057 |
| TP bajo | 15,4 | 44,4 | 18,4 | **0,033** |
| TP prolongado | 2,6 | 0 | 2,3 | 0,63 |
| TTPA bajo | 30,4 | 80 | 35,3 | **0,028** |
| BUN elevado | 0 | 30 | 4,6 | **<0,001** |
| Creatinina elevada | 2 | 18,2 | 3,5 | **0,006** |
| > 3 GR en Orina | 32,5 | 72,7 | 35,2 | **0,007** |
| CK total elevada | 10 | 22,2 | 12,8 | 0,34 |

**Tabla 4. Tratamientos utilizados según tipo de loxoscelismo**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tratamientos utilizados | Loxocelismo Cutáneo(%) | Loxocelismo cutáneo-visceral(%) | Total(%) | Valor p |
| Analgesia | 74,1 | 72,7 | 74 | 0,92 |
| Antihistamínicos | 46 | 54,6 | 46,5 | 0,58 |
| Corticoides tópicos | 11,6 | 36,4 | 13 | **0,018** |
| Corticoides sistémicos | 25,4 | 81,8 | 28,5 | **<0,001** |
| Colchicina | 0,5 | 18,2 | 1,5 | **<0,001** |
| Dapsona | 10,6 | 27,3 | 11,5 | 0,09 |
| Mupirocina | 1,6 | 0 | 1,5 | 0,67 |
| Antibióticos sistémicos | 39,4 | 81,8 | 41,7 | **0,006** |
| Vancomicina | 0,5 | 9,1 | 1 | **0,006** |
| Ampicilina-Sulbactam | 1,1 | 9,1 | 1,5 | **0,033** |
| Amoxicilina- Ac. clavulánico | 1,6 | 9,1 | 2 | 0,084 |
| Ciprofloxacino | 2,1 | 0 | 2 | 0,63 |
| Clindamicina | 4,8 | 27,3 | 6 | **0,002** |
| Doxiciclina | 1,1 | 9,1 | 1,5 | **0,033** |
| Cefadroxilo | 27 | 27,3 | 27 | 0,98 |
| Cefazolina | 7,4 | 45,5 | 9,5 | **<0,001** |
| Cloxacilina | 2,7 | 0 | 2,5 | 0,59 |
| Ceftriaxona | 2,1 | 9,1 | 2,5 | 0,15 |