

Tratamento de lesão extensa fasciocutânea em membros inferiores causada por picada de aranha *Loxosceles*: relato de caso

Extensive fasciocutaneous lesion treatment in lower limbs caused by brown spider (Loxosceles) bite: a case report

Júlio A. Soncini¹, Sergio A. Barbosa², David S. Gómez³, Marcus de Castro Ferreira⁴

RESUMO

Introdução: O loxoscelismo, decorrente da picada de aranha do gênero *Loxosceles*, pode apresentar duas formas distintas: cutânea, com sintomas locais, e cutâneo-visceral, rara no Brasil, mas com complicações sistêmicas, como as descritas no presente caso. **Relato do caso:** Paciente picado por aranha *Loxosceles* no ombro, com importante acometimento sistêmico: sepse, insuficiência renal, insuficiência hepática, coagulação intravascular disseminada e fascíte necrotizante em membros inferiores. Paciente foi submetido a ressecção extensa de tecidos necróticos, seguida por enxertia de pele. Apesar das complicações apresentadas, o paciente apresentou boa evolução, tanto do ponto de vista sistêmico quanto local. **Conclusão:** A forma cutâneo-visceral do loxoscelismo, com acometimento sistêmico, é rara, afetando aproximadamente 3% das vítimas. Geralmente, a forma local predomina, com formação de vesículas e dor progressiva nas primeiras 36 horas. Forma-se, a seguir, a placa marmórea, que evolui para necrose seca e úlcera prolongada de difícil cicatrização. No presente caso, além das complicações sistêmicas, houve, também, lesões cutâneas distantes do local original da picada, com necrose cutânea extensa em membros inferiores, necessitando ampla ressecção e enxertia de pele para sua reparação.

DESCRIPTORIOS: Aracnismo. Venenos de aranha. Fasciite necrosante. Coagulação intravascular disseminada.

ABSTRACT

Introduction: Loxoscelism, produced by brown spider bites, appears in two distinct forms: cutaneous with only local symptoms, and viscerocutaneous, rare in Brazil, but presenting systemic complications as described in this case. **Case report:** Patient was bitten by a brown spider on the shoulder, and had an extensive systemic compromise as sepsis, renal and hepatic insufficiencies, disseminated intravascular coagulation and inferior limbs necrotizing fasciitis. Treatment consisted by necrotic tissues resection, followed by skin grafting. Outcome was locally and systemically good. **Conclusion:** The viscerocutaneous form of loxoscelism, with systemic compromise is rare in Brazil, affecting about 3% of the victims. Local forms are the rule, with blister formation and progressive pain along the first 36 hours, followed by dry necrosis and prolonged ulceration with difficult healing. In the present case, beyond systemic complications there were cutaneous lesions distant from the bite site, producing extensive inferior limbs cutaneous necrosis, which required wide debridement and split-thickness skin grafting for closure.

KEYWORDS: Arachnidism. Spider venoms. Fasciitis, necrotizing. Disseminated intravascular coagulation.

-
1. Cirurgião plástico, diretor científico da Sociedade Brasileira de Queimaduras - regional São Paulo, Hospital Nipo Brasileiro, São Paulo, SP, Brasil.
 2. Cirurgião plástico, membro da SBCP.
 3. Cirurgião plástico da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil.
 4. Professor Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência: Júlio A. Soncini
Rua Josephina Mandotti, 340 – cj 54 – Jardim Maia – Guarulhos, SP, Brasil – CEP 07115-080
E-mail: jasoncini@uol.com.br
Artigo recebido: 21/1/2012 • Artigo aceito: 28/2/2012

Os aracnídeos do gênero *Loxosceles* (Figura 1) são frequentemente encontrados em moradias da zona rural brasileira. Os pacientes afetados pela picada podem apresentar duas formas clínicas evolutivas do loxoscelismo: cutânea e cutâneo-visceral. Em nosso meio, a forma cutânea é predominante, acometendo até 98% dos casos, com o quadro clínico apresentando evolução lenta e progressiva. Na grande maioria dos casos, os sintomas são localizados, como dor no local da picada e vesículas, com o surgimento posterior de áreas hemorrágicas associadas a alterações isquêmicas. Quando surgem sintomas sistêmicos, em geral, são constituídos por febre e exantema, podendo chegar a hemólise intravascular e coagulação intravascular disseminada (CIVD).

O caso relatado neste artigo enquadra-se na forma rara, cutâneo-visceral, tendo apresentado graves complicações sistêmicas, além de perda cutânea extensa distante do local da inoculação do veneno. Por se tratar de caso raro, relatamos o mesmo minuciosamente, a fim de auxiliar no diagnóstico e no tratamento de casos semelhantes.

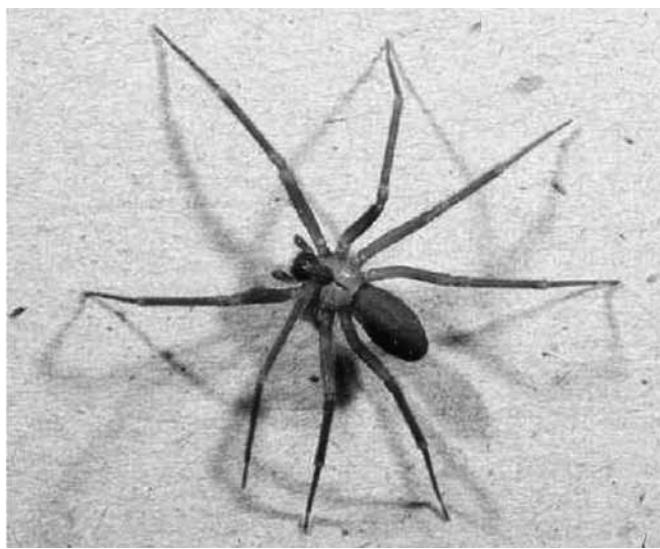


Figura 1 – Aranha marrom, *Loxosceles laeta*.

RELATO DO CASO

Paciente do masculino, 24 anos, pardo, encaminhado ao pronto-socorro cirúrgico em caráter de emergência, com quadro convulsivo e cialgia, além de lesão cutânea ulcerada em ombro esquerdo, com sangramento na região central da úlcera e intensa vasculite periférica.

Segundo informações colhidas, dez dias antes o paciente havia sido picado por inseto nessa região (Figura 2), evoluindo, inicialmente, com processo inflamatório local. Após uma semana, apresentou edema em ambas as coxas, que evoluiu após três dias para equimoses e lesões bolhosas em toda a extensão dos membros inferiores.



Figura 2 – Local da picada: lesão ulcerada em ombro esquerdo, com sangramento, intensa vasculite e placa marmórea.

Internado na Unidade de Terapia Intensiva, realizaram-se exames que demonstraram leucocitose com desvio à esquerda, ureia de 98 mg/dl, TP de 47 seg e TPP de 2 min e 5 seg, TGO de 405 UK/ml, TGP de 630 UK/ml, bilirrubina total de 1,87 mg%, bilirrubina direta de 1,4 mg% e indireta de 0,47 mg%, gasometria com pH de 7,14, PCO₂ de 16, HCO₃ de 10,3, CO₂ total de 11, BE de 10,9 e saturação O₂ de 97%.

Após discussão do caso com a equipe médica do Hospital Vital Brasil-Butantã, as evidências conduziram ao diagnóstico de picada por aracnídeo (*Loxosceles*), associada a insuficiência hepatorrrenal e CIVD. Após 72 horas, notou-se melhora do quadro clínico, sucedendo a instituição da terapêutica com hiper-hidratação, administração de diuréticos de alça (furosemida) por quatro dias, heparina intravenosa por seis dias, ceftriaxone e vancomicina por dez dias, plasma, vitamina K e medicação sintomática. O soro anti-aracnídeo não foi empregado, pois o paciente apresentou-se tardiamente, no décimo dia, estando, pois, contraindicado, segundo orientação da equipe do Hospital Vital Brasil-Butantã.

No 15º dia de internação, foi solicitada avaliação da equipe de Cirurgia Plástica, em decorrência de extensa necrose cutânea dos membros inferiores consequente à picada, bem como necrose da fáscia profunda e do músculo tensor da fáscia lata. A cultura do material exsudativo e necrótico demonstrou a presença de *Staphylococcus aureus*, optando-se por manter os antibióticos ceftriaxone e vancomicina por mais 14 dias. Como o paciente mantivesse

hipertermia e exsudato abundante nas áreas afetadas, após nova cultura do exsudato da superfície, optou-se pela associação com metronidazol por dez dias.

Concomitantemente ao tratamento clínico, realizaram-se desbridamentos cirúrgicos, em cinco sessões distintas, e curativos oclusivos, empregando-se creme de antimicrobiano tópico, além de tratamento fisioterápico.

Após ressecção de todo tecido necrótico dos membros inferiores, para obtenção de leito adequado, optou-se pela enxertia homogênea de pele de espessura parcial, até a melhora do estado geral do paciente (Figura 3). Após 15 dias, iniciou-se a reparação definitiva, empregando-se enxertos de pele autógena de espessura parcial, em quatro atos operatórios sequenciais, utilizando-se como área doadora a região dorsal.

O paciente apresentou evolução favorável, com integração total dos enxertos, restauração das áreas doadoras e ausência de sequelas funcionais, recebendo alta hospitalar 90 dias após sua internação, deambulando sem dificuldades (Figura 4).



Figura 3 – Necrose fasciocutânea em membros inferiores (15 dias após a internação).



Figura 4 – Evolução após 90 dias.

DISCUSSÃO

A forma cutânea do loxoscelismo predomina em nosso meio, estando presente em cerca de 98% dos casos. Geralmente, os pacientes procuram atendimento médico 12 a 36 horas após a picada. A dor é intensa, aparecendo a seguir vesículas no local da picada, podendo surgir, posteriormente, áreas hemorrágicas, caracterizando a chamada placa marmórea. A dor local intensificou-se nas primeiras 12 a 36 horas, podendo surgir sintomas gerais, como febre. A lesão cutânea pode evoluir para necrose seca, que dá origem a úlcera de difícil cicatrização, podendo esta manter-se por quatro semanas¹⁻⁴.

Além do quadro acima descrito, a forma cutâneo-visceral, rara em nosso meio, apresenta manifestações clínicas decorrentes da hemólise intravascular, com anemia aguda, icterícia, hemoglobinúria e CIVD, que, geralmente, iniciam-se nas primeiras 72 horas após o acidente. Não há relação entre a intensidade da atividade hemolítica e o quadro cutâneo no loxoscelismo¹.

O tipo de evolução no local da picada no caso descrito não se enquadra no padrão habitual de loxoscelismo, que apresenta, na maioria dos casos, lesão local do tipo necrose seca, mumificada, numular. Raramente ocorre evolução com infecção local secundária, o que pode surgir quando a picada acomete áreas de pânículo adiposo espesso, como as nádegas e o abdome.

Os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, associados à cuidadosa anamnese, permitiram sugerir acidente loxoscelico, que evoluiu com as complicações descritas.

O quadro bioquímico-enzimático apresentado, com leucocitose com desvio à esquerda, acidose metabólica compensada, insuficiência renal e comprometimento hepático, é sugestivo de sepse. No loxoscelismo cutâneo-visceral, os achados apontam para

fenômenos hemolíticos (anemia aguda, bilirrubinemia indireta) e, nos casos complicados com insuficiência renal aguda, alterações dos parâmetros relacionados à disfunção renal, como ureia e creatinina elevadas⁴.

Também nos casos da forma cutâneo-visceral, as manifestações decorrentes da hemólise intravascular, como anemia, icterícia e hemoglobinúria¹, podem ser acompanhadas de petéquias e equimoses, relacionadas à CIVD. Essa forma é descrita com frequência variável entre 1% e 13% dos casos, dependendo da região e da espécie de aranha envolvida, sendo mais comum nos acidentes por *Loxosceles laeta*.

No caso descrito, houve alteração sistêmica extremamente rara, com comprometimento à distância pela CIVD, acarretando necrose cutânea extensa. Os exames laboratoriais comprovaram que esse acidente loxoscélico pode ser classificado como grave, com a principal complicação sistêmica nesses casos representada pela insuficiência renal aguda.

Não existe exame diagnóstico específico. As alterações laboratoriais dependem da forma clínica do envenenamento, podendo ser observadas na forma cutâneo-visceral, como anemia aguda, plaquetopenia, reticulocitose, hiperbilirrubinemia indireta, queda dos níveis séricos da haptoglobina, elevação dos níveis séricos de potássio, ureia e creatinina, além de coagulograma alterado, que foi possível se correlacionar com os dados obtidos durante sua internação.

Quando se retira material do local da picada para exame anátomo-patológico, observam-se intensa vasculite, obstrução de pequenos vasos, infiltração de polimorfonucleares e agregação plaquetária, com desencadeamento de edema, hemorragia e necrose focal. Nos casos de hemólise, há lesão das membranas eritrocitárias, por ativação do sistema complemento e, provavelmente, por ação direta do veneno, não sendo afastada a interferência de fatores genéticos do paciente (deficiência de G-6-P-D).

A indicação do antiveneno é controversa na literatura¹. Dados experimentais revelaram que a eficácia da soroterapia é reduzida após 36 horas da inoculação do veneno.

Outras medicações empregadas constam de corticosteroide, Dapsone (DDS), analgésico e antibióticos sistêmicos.

A limpeza local, conforme realizada, constitui processo bem estabelecido, e a utilização de homoenxertos melhorou as condições locais e gerais, permitindo recuperação mais rápida do paciente debilitado.

Na maioria dos casos, o prognóstico é bom. Ocorrendo hemólise intravascular, esta pode acarretar quadros graves, inclusive os raros óbitos.

Em que pese a gravidade do caso e o longo período de internação, houve evolução bastante satisfatória, sem sequelas funcionais.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Dr. João Luiz Costa Cardoso e à Dra. Celia Maria Sant Ana Malaque, do Hospital Vital Brasil, de São Paulo, SP, pelo inestimável apoio clínico e auxílio no diagnóstico no presente caso.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos. Brasília:Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde;2001. p.53.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8ª ed. Brasília:Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica;2010.
3. Appel MH, Bertoni da Silveira R, Gremski W, Veiga SS. Insights into brown spider and loxoscelism. *Invertebrate Surviv J.* 2005;2(2):152-8.
4. Gendron BP. *Loxosceles reclusa* envenomation. *Am J Emerg Med.* 1990;8(1):51-4.

Trabalho realizado no Hospital Nipo Brasileiro-Beneficência Nipo Brasileira de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.