

HRJ

v.2 n.10 (2021)

Recebido: 13/02/2021

Aceito: 08/03/2021

Acidente por Picada de Aranha Marrom – Loxosceles: relato de caso no Distrito Federal

Bianca Casarotto Lima Faria¹

Caio César Lima de Moura²

Pauline Nallim Lobão³

Thiago de Paula Coimbra⁴

¹ Médica graduada pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC). Residente de Clínica Médica pelo Hospital Regional de Sobradinho do Distrito Federal – SESDF

² Médico graduado pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC)

³ Médica graduada pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC). Residente de Clínica Médica da Prefeitura Municipal de Guarulhos – SUS SP

⁴ Cirurgião Geral pela Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal - Hospital Regional do Gama – SESDF

Sem conflitos de interesse

Endereço para correspondência:

Bianca Casarotto Lima Faria

SQWN 310 bloco B, apartamento 603 – CEP 70687-210biancacasarotto@gmail.com

Telefone: (61) 99261-3405

RESUMO

Mais conhecida como aranha marrom, o aracnídeo do gênero *Loxosceles* pode ser encontrado por todo país, porém é mais presente na região sul. São animais não agressivos e de hábitos noturnos que geralmente picam quando comprimidas contra o corpo. Devido a tal característica as picadas geralmente acontecem ao dormir ou vestir roupas e em locais cobertos como raiz da coxa e tronco. A picada do aracnídeo tem como característica ser indolor, por isso muitas vezes não são percebidas pelo paciente. Os sintomas são predominantemente locais e se iniciam lenta e progressivamente de 24-72 horas após a picada. Os mais comuns são o *rash*, dor e edema. O objetivo deste estudo é relatar um caso de picada por aranha marrom em uma paciente jovem no Instituto Hospital de Base, que evoluiu com a forma grave da doença necessitando de terapia intensiva.

Palavras chave: Loxosceles, Aranha marrom, Arenismo, Animais peçonhentos, Picada de aranha

Brown Spider Bite Accident – Loxosceles: a report on the Federal District

ABSTRACT

More commonly known as brown spider, the arachnid of the genus *Loxosceles*, can be found on all over the country, nonetheless is more common on the south region of Brazil. They are non aggressive animals with night habits and usually bites when pressed against the body. For that reason, bites happen during sleep or by dressing up and they are located in covered body parts like groin and trunk. The arachnid bite is painless and therefore isn't felt by the patient. The symptoms are usually local and begin slowly and gradually in 24 to 72 hours. The most common are rash, pain and edema. The

objective of this study is to report a case of brown spider bite on a young female patient of Hospital de Base Institute, which manifested a severe form of the disease and needed intensive care support.

Keywords: *Loxosceles*, Brown spider, Arenism, Venomous animals, Spider bite

INTRODUÇÃO

Mais conhecida como aranha marrom, o aracnídeo do gênero *Loxosceles* pode ser encontrado por todo país, porém é mais presente na região sul e o Estado com maior número de casos de acidentes por picada é o Paraná. A taxa de incidência de acidentes por este animal na cidade de Curitiba é de 1,5 casos por 100 mil habitantes.⁷

Segundo dados epidemiológicos do Ministério da Saúde (MS), há um aumento significativo nos acidentes por aranhas em humanos no Brasil. Nas regiões Sul e Sudeste, estão concentrados mais de 90% desses acidentes. No Sudeste, no ano 2000, foram registrados 1.438 acidentes e, no ano de 2016, 8.546. No Sul, ano 2000, foram registrados 1.427 acidentes e, no ano de 2016, 17.362 acidentes humanos foram notificados. Ou seja, em 2016 foram notificados cerca de 26.000 acidentes.⁴

As espécies mais comuns são *Loxosceles intermedia*, *Loxosceles laeta* e *Loxosceles gaucho*. São animais não agressivos e de hábitos noturnos que geralmente picam quando comprimidas contra o corpo.³ Devido a tal característica, as picadas geralmente acontecem ao dormir ou vestir roupas e em locais cobertos como raiz da coxa e tronco. A picada do aracnídeo tem como característica ser indolor, por isso muitas vezes não são percebidas pelo paciente.⁵

O veneno da aranha marrom é constituído principalmente pela enzima esfingomielinase e age nas membranas das células do endotélio provocando um processo inflamatório intenso.¹

Os sintomas são predominantemente locais e se iniciam lenta e progressivamente de 24-72 horas após a picada. Os mais comuns são *rash*, dor e edema.⁴

O quadro clínico pode evoluir para forma cutânea ou cutâneo-visceral, cujo pior desfecho pode ser a insuficiência renal e o óbito.⁶ Entretanto, mesmo os casos leves, podem desencadear sequelas capazes de gerar incapacidade temporária ou definitiva para o trabalho e para as atividades habituais de lazer.²

O tratamento pode ser feito com suporte, analgesia e em alguns casos é necessário o soro anti-aracnídeo, antibióticos e hemodiálise. A grande maioria dos casos tem desfecho favorável, e relatos de morte por picada de aranha marrom são raros.⁴

RELATO DE CASO

Paciente ABMO, feminina, 17 anos, moradora de área rural, deu entrada no pronto socorro do Hospital Regional de Santa Maria no dia 30 de dezembro de 2020, com queixa de ferida na região da virilha esquerda com evolução de 5 dias da admissão. Na primeira avaliação a ferida encontrava-se com extensa área de hiperemia que se estendia até região posterior do quadril esquerdo e raiz da coxa. Apresentavam na área central áreas de equimose e presença de ferida úmida com bordos não delimitados pós-rompimento de flictenas, com presença de secreção sero- hemática e descamativa e aumento de temperatura.

Paciente referia dor local intensa, febre nos primeiros 2 dias e astenia. Negava trauma ou contato com substâncias desconhecidas. Referiu que não havia percebido picada de animal nos últimos dias, porém afirmava que havia presença de grande quantidade de aranhas em seu domicílio de diferentes espécies.

Foram solicitadas hemoculturas em duas amostras (tabela 3) e exames laboratoriais (tabela 1). Aos exames da admissão apresentava função renal comprometida e leucocitose com desvio à esquerda.

TABELA 1: EXAMES LABORATORIAIS

DATA	30/12/20	31/12/20	06/01/21	09/01/21	11/01/21	13/01/21	16/01/21
	*ADMISSÃO						
UREIA	81,8	114,7	145	174	348	65	64
CREATININA	2,42	4,05	2,48	3,41	6,56	1,87	3,07
POTÁSSIO	3,21	3,6	3,9	3,4	5,9	4,4	3,4
HEMOGLOBINA	11,10	10,66	8,22	7,15	7,39	8,70	7,90
LEUCÓCITOS	30.100	45.300	22.960	22.070	18.680	16.880	13.140
PLAQUETAS	123.400	125.800	202.000	476.000	527.500	366.300	164.100
PCR	-	38,98	17,66	-	15,12	12,72	13,6

Foi iniciada antibioticoterapia com clindamicina e oxacilina no mesmo dia da admissão, hidratação venosa vigorosa e analgesia. Discutido o caso via telefone com o Centro de Informações Toxicológicas do Distrito Federal (CIATox) que devido ao tempo de sintomas, foi decidido por não iniciar soroterapia.

Após 24 horas, paciente evoluiu com piora do estado geral, hipotensão de 96x44mmHg (pressão

arterial média de 59mmHg), esforço respiratório e dessaturação em ar ambiente com necessidade de oxigenoterapia complementar com máscara não reinalante e posteriormente necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica.

Foi observada também importante piora do aspecto da lesão com aumento significativo da área acometida e equimose em toda sua extensão, associada a surgimento de nova lesão bolhosa conforme figura abaixo.



Paciente foi transferida para leito de unidade de terapia intensiva do Hospital de Base do Distrito Federal, evoluiu com piora da função renal e necessidade de hemodiálise. Foram realizados exames de imagem (tabela 2). Escalonada antibioticoterapia para meropenem e linezolida e realizado desbridamento cirúrgico da ferida.

Após 10 dias da intubação, paciente foi extubada e suspensa a terapia de substituição renal e transferida para leito de enfermaria ainda com antibioticoterapia.

TABELA 2: LAUDO DE TOMOGRAFIA SEM CONTRASTE DA PELVE

Descontinuidade da pele na região da raiz da coxa esquerda, na região inguinal, sugestiva de úlcera, sem caracterizar coleções drenáveis, associado a aumento do número de linfonodos regionais inguinais e na coxa proximal esquerda (reacionais).
Leve edema e densificação de partes moles na coxa e perna proximal esquerda. Estruturas ósseas íntegras, sem evidências de lesões ósseas focais ou erosões.

TABELA 3: HEMOCULTURAS

DATA: 31/12/2020

Primeira amostra	Negativa
Segunda amostra	Negativa

DISCUSSÃO

Assim como grande parte dos casos suspeitos de acidente por aranha marrom, a paciente não identificou o momento da picada, o que é compatível com a característica indolor e não agressiva da espécie *loxosceles*. A área acometida no caso também é sugestiva de acidente por *loxosceles*, visto que a picada geralmente se dá por compressão da aranha contra o corpo, sendo assim as áreas mais comuns sendo virilha e tronco. Desta forma, muitas vezes há grande dificuldade em se estabelecer o diagnóstico.

Apesar de alguns testes imunodiagnósticos já terem sido descritos, não há exame complementar específico na rotina médica. Como não existem exames complementares que confirmem o diagnóstico é preciso definir critérios e características que auxiliem. A forma mais eficaz é quando o paciente sente a picada e consegue capturar e levar a aranha até o serviço de saúde, porém isso ocorre na minoria dos casos. Quando o paciente não é capaz de identificar o momento da picada, a principal ferramenta é a característica da lesão. No caso descrito a paciente não identificou a picada, porém apresentava história de contato com aranhas em seu domicílio, sendo a epidemiologia compatível e a lesão bastante característica, sendo assim fechado como diagnóstico o loxoscelismo.

O quadro clínico geralmente se apresenta como processo inflamatório local que evoluiu de forma lenta e progressiva com dor, edema endurecido e eritema, que demoram em se manifestar, costumando a aparecer nas primeiras 24-72 horas do evento, mas também pode ser acompanhado de sintomas sistêmicos, quadro este compatível com o relato de que a lesão se manifestou de forma progressiva e com febre e astenia associados nos primeiros dias.

A lesão causada característica de loxoscelismo apresenta-se de base eritematosa, no centro área de isquemia, mesclada com áreas violáceas, com ou sem bolhas hemorrágicas, acompanhadas de dor em queimação. Evoluem para necrose em alguns dias levando à formação de uma escara (necrose seca). As lesões hemorrágicas focais entremeadas com áreas pálidas de isquemia recebem o nome de placa marmórea.

No caso descrito acima, a lesão se enquadra em loxoscelismo devido à presença de áreas violáceas e equimoses que evoluíram em horas para necrose. A característica que mais chama atenção no caso foi a evolução da ferida após a internação. Em poucas horas a ferida aumentou sua extensão e área de equimose, sobressaindo-se à área de curativo realizada pela equipe de enfermagem algumas horas antes. No caso em questão, foi necessário desbridamento cirúrgico da lesão devido ao desenvolvimento de áreas necróticas. A paciente também necessitou de antibioticoterapia prolongada de amplo espectro.

Aos exames laboratoriais, a paciente apresentou insuficiência renal aguda desde o início da internação. As vítimas de loxoscelismo podem evoluir com insuficiência renal aguda (IRA) pela ação direta do veneno, decorrente do edema glomerular e nefrose tubular, bem como pelo depósito de hemoglobina nos túbulos renais advindos da intensa hemólise intravascular. Além disso, a presença de rabdomiólise decorrente do extenso dano tecidual no local da picada deve ser considerada como fator adicional que pode contribuir para a IRA. A utilização profilática de fluidoterapia é indicada para evitar lesão renal mais grave e aumentar a taxa de filtração glomerular para se evitar depósito de hemoglobina nos túbulos renais. Na presença de oligúria, diuréticos devem ser administrados após correta hidratação.

O tratamento padrão ouro nos casos graves de picada de aranha marrom é com o soro antiloxoscélico que está indicado nos quadros moderados a graves e deve ser administrado rapidamente,

pois diminui sua eficácia após 24-36 horas do evento. Uma alternativa é o soro antiaracnídeo que também pode ser utilizado na ausência do soro específico ou na suspeita de acidente por outro tipo de aranha. A soroterapia neste caso não foi aplicada devido ao longo tempo que a paciente procurou o serviço de saúde que foi 5 dias após o início dos sintomas, perdendo-se assim a janela ideal de tratamento.

Em alguns casos é necessário também o início de antibioticoterapia, quando há suspeita de infecção bacteriana associada. No caso relatado, havia grande área de hiperemia e necrose, assim como choque de provável etiologia séptica. Sendo assim, foi prontamente iniciado antibiótico de amplo espectro no momento da admissão e colhidas culturas para terapia direcionada. Quando a área de necrose é muito extensa, indica-se cirurgia reconstrutiva a fim de promover e acelerar o processo cicatricial, assim como foi realizado no caso descrito.

Qualquer doença que leve à alteração cutânea e necrose tecidual local, deverá ser considerada para fins de diagnóstico diferencial de loxoscelismo. Entre os possíveis diagnósticos diferenciais do caso encontram-se infecção por *Staphylococcus*, incluindo meticilina resistente, doença de Lyme, antraz cutâneo, sífilis, tularemia, impetigo, herpes zoster, esporotricose, aspergilose, úlcera diabética e pioderma gangrenoso.⁵

CONCLUSÕES

O diagnóstico de picada por aranha marrom é um desafio devido às características do animal e o tempo prolongado do início dos sintomas. O tratamento com soroterapia deve ser prontamente iniciado nas primeiras horas, porém em muitos casos o paciente chega ao serviço de saúde fora da janela de tratamento. O suporte e a analgesia se tornam os principais focos do manejo do paciente assim como a antibioticoterapia em alguns casos. Apesar de ainda raro, o loxoscelismo é importante do ponto de vista epidemiológico e pode ser evitado se houver a devida orientação à população.

REFERÊNCIAS

1. Binford, G. The evolution of a toxic enzyme in sicariid spiders. In: Nentwig, W. (Ed.), Spider Ecophysiology. Springer, Berlin, pp. 229-240; 2013.

2. Levi, H.W. & Spielman, A. The biology and control of the south American brown spider, *Loxosceles laeta* (Nicolet) in north american focus. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 13:132-136; 1961.
3. Malaque, C.M.S., Castro-Valencia, J.E., Cardoso, J.L.C. et al. Clinical and epidemiological features of definitive and presumed loxoscelism in São Paulo, Brazil. *Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo*, v.44, n.3, p.139-143; 2002.
4. Martins, G.C., Martins, M.M., Soto-Blanco, B. Araneísmo. *Cadernos Técnicos de Saúde da FASEH*, nº 05, p. 17-22; 2018.
5. Nentwig, W., Pantini, P., & Vetter, R. S. *Distribution and medical aspects of Loxosceles rufescens*, one of the most invasive spiders of the world (Araneae: Sicariidae). *Toxicon*, 132, 19– 28; 2017. doi:10.1016/j.toxicon.2017.04.007
6. Ribeiro, L.A.; Eickstedt, V.R.D.; Rubio, G.B.G.; Konalsaisen, J.F.; Handar, Z.; Entres, M.; Campos, V.A. & Jorge, M.T. Epidemiologia dos acidentes por aranhas do gênero *Loxosceles* Heinecken & Lowe no Estado do Paraná (Brasil). *Memórias do Instituto Butantan*, 55:19-26; 1993.
7. Silva, Emanuel Marques da. *Loxoscelismo no estado do Paraná: análise epidemiológica dos acidentes causados por Loxosceles Heinecken & Lowe, 1832 no período de 1993 a 2000*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.