

Lesión palpebral por picadura de artrópodo

J. Torras^{1, 2}
M. Esquiús³
J. Palou⁴

¹Servei d'Oftalmologia
Hospital Mútua
de Terrassa
Terrassa

²Servei d'Oftalmologia
Centre mèdic ITCO
Manresa

³Servei de
Dermatologia
CAP BAGES. ICS
Manresa

⁴Unitat de
dermatopatologia
Lab Histopatologia
Llebaria
Manresa

Resumen

Las lesiones cutáneas palpebrales son motivo frecuente de consulta oftalmológica.

Ante una lesión necrótica palpebral de semanas de evolución que empeoraba con tratamiento tópico en un paciente sin antecedentes patológicos de interés precisamos de valoración dermatológica.

La biopsia de una lesión similar en extremidades inferiores nos orientó a una etiología de picadura de artrópodo, probablemente arácnido, en relación a un viaje a África septentrional.

Resum

Les lesions cutànies palpebrals són motiu freqüent de consulta oftalmològica.

Davant d'una lesió necròtica palpebral de setmanes d'evolució que empitjorava amb antibiòtic tòpic vàrem precisar d'una valoració dermatològica.

La biòpsia d'una lesió similar a nivell d'extremitats inferiors va orientar cap a una etiologia de picada d'artròpod, probablement aràcnid, en relació a un viatge a l'Àfrica septentrional.

Summary

Ophthalmologists are usually asked for skin lesions localized at palpebral region.

We report a patient complaining of a necrotic ulcer in both eyelids without improvement after treatment with antibiotic ointment.

Dermatologist consultation was crucial to discover an analogous lesion in a leg. Histopathology led us to a diagnosis of arthropod bite or sting, probably arachnid, related to a trip to North Africa.

Caso clínico

Varón de 42 años de edad sin antecedentes patológicos ni oftalmológicos de interés que presenta lesión nodular edematosa y eritematosa en párpado superior izquierdo que obliga al paciente a acudir a un servicio de urgencias.

Se le diagnostica de orzuelo interno agudo en párpado superior de su ojo izquierdo y se le prescribe tratamiento tópico con pomada antibiótica y antiinflamatoria.

Al cabo de unos días el paciente acude a nuestra consulta refiriendo que a pesar del tratamiento ha

sufrido un empeoramiento con aparición de más lesiones.

Macroscópicamente observamos una lesión ulcerativa nodular de aproximadamente 1 cm de diámetro en la piel del párpado superior izquierdo por encima del pliegue palpebral pero en la zona subciliar. El aspecto es ulcerativo con crosta central de color negruzco y un halo eritematoso. El tamaño de la úlcera cutánea ha aumentado con los días, según refiere el paciente. También observamos otras lesiones ulcerativas de menor tamaño en el párpado inferior cerca de la línea de las pestañas y en el ángulo interno del párpado superior (en proceso de mejoría según el propio paciente) (Figura 1).

Correspondencia:
J. Torras Sanvicens
Hospital Mutua de Terrassa
Plaça Dr. Robert, s/n
08221 Terrassa

En este momento nos planteamos que el cuadro clínico no era el de un orzuelo clásico ni el de un orzuelo impetiginizado sino que debíamos ampliar las posibilidades diagnósticas a otras enfermedades de la piel causantes de necrosis cutánea por lo que decidimos consultar con un especialista en dermatología. El resto de la exploración oftalmológica era completamente normal. El estado general del paciente era bueno sin fiebre, ni astenia ni otros síntomas sistémicos.

La exploración dermatológica del caso detectó otra lesión de características similares (nodular, necrótica) en una extremidad inferior ante la cual se decide practicar una biopsia cutánea con trépano dermatológico (Figura 2). Ante los nuevos hallazgos las posibilidades diagnósticas de este caso clínico incluían enfermedades como el pioderma gangrenoso, la vasculitis leucocitoclástica e infecciones cutáneas como las micosis y micobacteriosis, aunque se contemplaba la posibilidad de que se tratara de una reacción necrótica a una picadura de insecto o artrópodo dada la localización en extremidades inferiores^{1,2}.

Por ello se decidió cursar además de un estudio histopatológico un estudio microbiológico con el fin de encontrar un diagnóstico claro y definitivo.

A la espera de los resultados de la biopsia se instauró tratamiento empírico con Itraconazol oral 200 mg/12 horas durante 10 días además de seguir tópicamente con pomada de aureomicina tres veces al día.

Histopatología

El examen microscópico con hematoxilina-eosina mostró un infiltrado inflamatorio perivascular a nivel dérmico superficial y profundo (Figura 3).

El tipo celular más común era el linfocito aunque se detectaban eosinófilos y algún histiocito. Se distingue también una extravasación sanguínea (púrpura) así como un edema difuso (Figuras 4 y 5).

Se detectaban cambios reactivos de tipo edematoso a nivel epidérmico (espongiosis).

No se detectaron células gigantes ni agrupaciones granulomatosas así como tampoco se detectaron signos inflamatorios en las paredes vasculares, descartándose cualquier forma de vasculitis.

La zona costrosa era debida a una necrosis epidérmica central.



Figura 1.
Aspecto clínico del paciente a la presentación

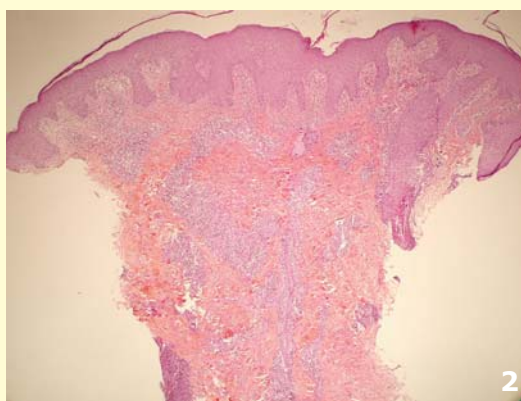


Figura 2.
Punch-biopsia cutánea a nivel de extremidad inferior. Se aprecia equimosis e infiltrado inflamatorio difuso

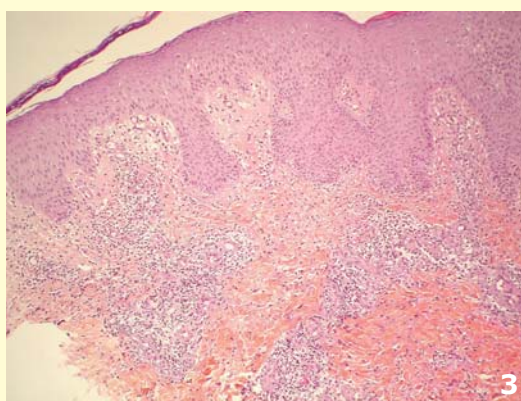


Figura 3.
Infiltrado inflamatorio de predominio perivascular a nivel dérmico con extravasación sanguínea y cambios edematosos a nivel epidérmico (espongiosis)

Discusión

Los hallazgos histopatológicos son inespecíficos y podrían atribuirse a cualquier reacción inflamatoria a nivel dérmico, bien sea una dermatitis alérgica o de contacto o a una quemadura solar. Sin embargo

Figura 4.
Infiltrado inflamatorio predominantemente linfocitario con presencia de algunos eosinófilos

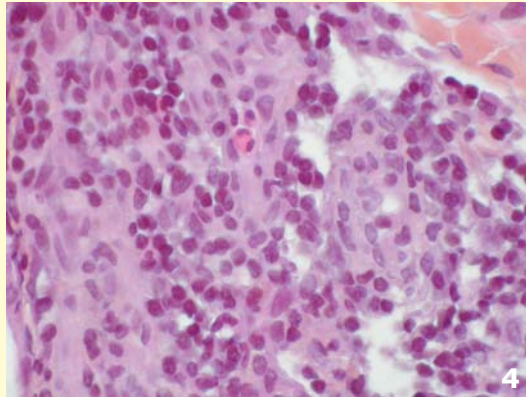
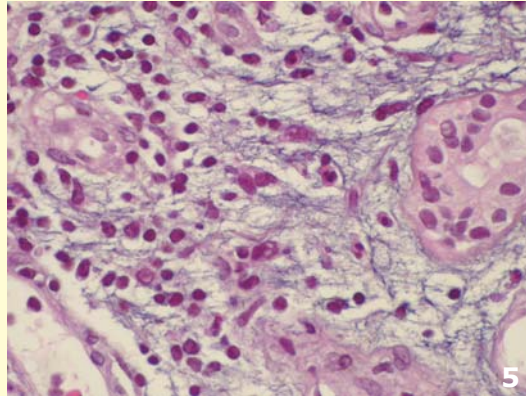


Figura 5.
Infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario con presencia de eosinófilos en zona con abundante matriz intercelular rica en mucopolisacáridos. Nótese la presencia de la sección de algunas glándulas sudoríparas



la histopatología nos descarta totalmente que se trate de cualquier tipo de vasculitis al no existir infiltrado inflamatorio a nivel de la pared de los vasos sanguíneos.

Los cultivos microbiológicos fueron negativos tanto para bacterias, como para hongos y micobacterias, descartándose la etiología infecciosa.

La presencia de eosinófilos en el infiltrado inflamatorio apoya feacientemente la sospecha clínica de picadura de insecto-artrópodo².

Reinterrogando al paciente descubrimos que había realizado un largo viaje a la zona del Magreb

del que había regresado unas semanas antes del inicio de la clínica, lo cual corroboró nuestras sospechas.

Las picaduras o mordeduras de artrópodos (insectos, arácnidos, etc) pueden presentar una amplia variedad de patrones clínicos. Los mecanismos de acción por los que producen una lesión son múltiples e incluyen la irritación directa, la hipersensibilidad inmediata o tardía a las secreciones o a partes del artrópodo incrustados, emponzoñamiento (inyección de sustancias venenosas) y finalmente infecciones vehiculizadas por el artrópodo (bacterias, parásitos, rickettsias, etc.).

En el caso concreto que nos ocupa llama la atención la necrosis tisular que se habría producido de manera tardía, debida bien a la acción enzimática de determinados venenos, bien a la propia reacción inflamatoria. La necrosis cutánea es característica de las picaduras por determinados tipos de arañas como las de cola blanca³ o la *Loxosceles reclusa*⁴ y su tiempo de curación es variable entre los pocos días hasta las diecisiete semanas.

La curación fue espontánea en el transcurso de un mes sin necesidad de tratamiento específico (el fármaco antifúngico se retiró a los 10 días) y las lesiones palpebrales curaron sin secuela alguna a pesar del temor de una malposición palpebral o de las pestañas (ectropión, entropión, triquiasis) secundaria a la cicatrización dada la profundidad de la lesión.

Bibliografía

1. Muniesa C, Jucglà A. Diagnóstico diferencial de la necrosis cutánea. *Piel* 2004;19(7):378-83.
2. Murphy GF, Mihm MC. Arthropod bites, stings and infestations. En: *Robbins pathologic basis of disease*. 6th ed. Philadelphia: WB Sanders Company, 1999; 1210-1.
3. Isbister GK, Whyte IM. Suspected white-tail spider bite and necrotic ulcers. *Intern Med J* 2004;34(1-2): 38-44.
4. Sams HH, Hearth SB, et al. Nineteen documented cases of *Loxosceles reclusa* envenomation. *J Am Acad Dermatol* 2001;44(4):603-8.