

solo puede estar afectado y no estar asociado con otras organomegalias^{1,2,5}.

Las alteraciones endocrinológicas descritas son variadas pudiendo comprometer todas las glándulas

CRITERIOS MAYORES

Polineuropatía
Desorden plasmaproliferativo monoclonal

CRITERIOS MENORES

Lesiones óseas escleróticas
Enfermedad de Castleman
Organomegalia
Edema
Endocrinopatía
Cambios cutáneos
Papiledema
Hipocratismo digital
Pérdida de peso
Trombocitosis
Policitemia
Hiperhidrosis
Hipertensión pulmonar
Enfermedad pulmonar restrictiva
Diátesis trombótica
Artralgias
Cardiomiopatía
Fiebre
Niveles disminuidos de vitamina B12
Diarrea

Se requieren para el diagnóstico 2 criterios mayores y por lo menos 1 criterio menor.

Fuente: Dispenzieri A et al POEMS syndrome: definitions and long-term outcome. *Blood* 2003; 101:2496-2506 Organización Mundial de la Salud

CUADRO 1. Criterios diagnósticos del Síndrome de POEMS

endocrinas, no es rara la afección de más de dos glándulas presentándose alteraciones en la tolerancia a la glucosa e incluso Diabetes Mellitus (DM). Las alteraciones tiroideas como hiper o hipotiroidismo no son raras, la elevación de los niveles de estrógenos y prolactinemia se pueden manifestar como amenorrea en las mujeres o ginecomastia y pérdida del libido en los varones^{1,2,4,6}.

En más del 95% de los casos de síndrome de POEMS estará presente un plasmocitoma osteosclerótico con presencia de cadenas lambda monoclonales, en otros casos más raros puede estar presente una gamapatía de significado incierto con infiltración de la médula ósea. Para llegar al diagnóstico de este tumor son necesarios varios estudios entre ellos electroforesis de proteínas, inmunoelectroforesis y finalmente el diagnóstico preciso se realizará a través de una biopsia del tumor. Los lugares que más frecuentemente se presentan estos tumores son los huesos largos, vértebras y pelvis^{1,2,7}.

En piel las lesiones descritas pueden ser hiperpig-

mentación, esclerodermia, leuconiquia, hipertricosis y hemangiomas glomeruloides, entre los más comunes. Otros cambios menos frecuentes pueden ser, dedos en palillo de tambor y fenómeno de Raynaud^{1,2,7,8}.

Si bien el acrónimo POEMS se refiere a 5 grandes grupos de afecciones el síndrome también presenta otras manifestaciones asociadas como son policitemia, derrames pleurales, ascitis, papiledema y trombosis.¹

Presentación del caso

Paciente masculino de 52 años hospitalizado en marzo del 2007 en el Hospital Obrero N° 2 de Cochabamba, Bolivia, por presentar un cuadro clínico compatible con oclusión intestinal parcial, mismo que se resolvió espontáneamente al día siguiente de su ingreso. A su vez el paciente ingresó con alteración del estado de conciencia, desorientación y habla incoherente.

Dentro de los antecedentes de importancia resaltan: DM desde hace 7 años, Tuberculosis (TBC) pulmonar cursando la segunda fase de tratamiento, gastrectomía parcial por ulcera gástrica complicada.

Al examen físico el paciente se encontraba en mal estado general, en sopor superficial, piel fría y sudorosa, caquético, TA 90/60 mmHg, FC 92 X', FR: 20 X', T°: 36.6. En boca, lengua pálida depapilada. A la auscultación, crépitos finos y roncus aislados en ambos pulmones, a nivel abdominal no se detectan vísceromegalias, las extremidades se encuentran hipotónicas con manchas hiperpigmentadas en bordes internos de planta de los pies y tobillo, asimismo el paciente presenta dedos en palillo de tambor.

Los datos laboratoriales de emergencia reportaban: hipoglucemia de 54 mg/dl e hiponatremia de 115 mEq/l. Los diagnósticos de ingreso fueron: Oclusión Intestinal Parcial, TBC pulmonar en tratamiento, DM con hipoglucemia e hiponatremia severa.

Durante su hospitalización los cuadros de descompensación aguda fueron resueltos, evolucionando lentamente y mostrando manifestaciones clínicas de insuficiencia suprarrenal, dolor neuropático periférico intenso en ambas extremidades inferiores, hipotrofia muscular marcada, alteraciones de la glucosa sanguínea con tendencia a la hipoglucemia matutina y la hiperglucemia vespertina.

Se realizaron estudios complementarios destacando el perfil endocrinológico como el cortisol plasmático

bajo de 224 nmol/L a.m. (VN 244 - 272 nmol/L a.m.), T4 libre de 0.76 ng/dl (VN 0,78 - 2,1 ng/dl), TSH 7.75 (VN 0,2-5 mU/L) que son propios de una insuficiencia primaria de ambas glándulas (suprarrenales y tiroides), se halló hiperprolactinemia de 17.6 ug/L (VN 2.5 - 14.6 ug/L) con el resto de la función hipofisiaria que mostraba valores en rangos de normalidad. Cabe mencionar que no se realizó insulinemia ni proteína C por razones económicas.

Por el dolor neuropático se practicó una electromiografía concluyendo en una poliradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica. Se realizó también una punción lumbar que reportó hiperproteinoorraquia 100 mg/dl con celularidad normal. Se le solicitó una electroforesis de proteínas que corresponde a gamapatía policlonal no realizándose electroinmunoforesis por no contar con este estudio en la ciudad de Cochabamba.

Otros exámenes complementarios que no presentaban resultados de importancia fueron: radiografía de serie ósea en busca de lesiones osteolíticas, ecografía abdominal, gammagrafía tiroidea y endoscopia digestiva alta.

Ante la constelación de manifestaciones clínicas y laboratoriales que se presentaron en el paciente podemos concluir que se trata de un problema multiglandular (suprarrenales, páncreas, tiroides, hipófisis) asociado a polineuropatía y cambios cutáneos, permitiéndonos llegar al diagnóstico del raro síndrome de POEMS. Se realiza el tratamiento de reposición hormonal con levotiroxina, prednisona, e insulina, y para el problema neuropático se administra carbamazepina.

Conclusiones

Si bien es poco frecuente que una sola patología afecte a múltiples órganos, es aun más raro que se vean afectados varios órganos de un mismo sistema, en el caso clínico antes presentado, el sistema endocrinológico. Por tanto es imprescindible tener un alto índice de sospecha para poder agrupar las diferentes manifestaciones clínicas que estos pacientes presentan y definir las en un solo síndrome. En consecuencia es importante que ante la presencia de dos o más órganos endocrinológicos afectados se inicie la investigación de los diferentes síndromes poliglandulares como el SAP I y II o el síndrome de POEMS para realizar un diagnóstico preciso, rápido y de esta manera ofrecer

a los pacientes un tratamiento precoz que mejore su estilo de vida. Esto implica múltiples estudios de laboratorio e imagenológicos en busca de la glándula endocrina afectada y en el caso de polineuropatías, solicitar electromiografía y punción lumbar los cuales nos permitirán ver lesiones axonales y elevación marcada de la proteinorraquia.

Respecto al manejo de estos pacientes es sobretodo sintomático y control de los desequilibrios endocrinológicos que se presenten como hipo o hiperfuncionamientos.

Referencias

1. Dra. Rocío Santivañez, Dr. Jorge Astudillo, Dr. Enrique Díaz-Calderón, Dr. Rafael Aguirre. Síndrome de POEMS: Múltiples manifestaciones clínicas durante su larga evolución. *Rev. Ecuatoriana de neurología* 2003; 12
2. Horta H, Pabla y Quevedo L, Iván. Síndrome de Poems: Caso clínico. *Rev. méd. Chile*, 2004 abril vol.132 (4): 485-488
3. David A. Chad, Nancy L. Harris. Case 16-1999—A 71-Year-Old Man with Progressive Weakness and a Gammopathy. *N Eng J Med*. 1999 May 27 ; 340:1661-69
4. L.A. Molina Martín, R. Mustelter Bécquer, Z. Lestayo O'Farrill, J.C. Molina Martín, Y. Hernández Silva. Síndrome de POEMS sin mieloma, comunicación de un caso y revisión bibliográfica. *Rev. Neurol*. 2004; 38 (7): 694-97
5. Rossler M, Kiessling B, Klotz MJ, Langohr HD. Recurrent cerebral ischemias due to cerebral vasculitis within the framework of incomplete POEMS syndrome with Castleman disease. *Nervenarzt* 2004 Aug;75(8):790-4. Cited in PubMed; PMID 15007508
6. Galleguillos V, Rodríguez MI, Bronfman L, Niklitscheck E, Silva M, Soto JR. Síndrome de Poems: revisión a propósito de un caso. *Rev Méd Chile* 1991; 7: 789-92.
7. Dispenszeri A, Kyle RA, Lacy MQ, Rajkumar SV, Therneau TM. POEMS syndrome definitions and long term outcome. *Blood* 2003; 101: 2496-506
8. Daoud M, Lust J, Kyle R, Pittelkow M.R. Monoclonal gammopathies and associated skin disorders. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40: 507-35
9. Cosacov R.M., Diaz M., Cassina M. Síndrome de POEMS. *Rev Fac Cien Med Univ NacCordova* 1999; 56(2): 113-21

LATRODECTISMO

AUTORAS: *Patricia Elizabeth Ortuño Lazarte y Nadir Peggy Ortiz Samur*

Estudiantes de 3^{er} año de la carrera de Medicina de la Universidad Mayor de San Simón

ASESOR: *Dr. Rommer Alex Ortega Martínez*

*Médico. Residente de Terapia Intensiva
Centro Médico Quirúrgico Boliviano Belga*

RESUMEN

Se denomina latrodectismo al síndrome de emponzoñamiento por mordedura de arañas del género *Latrodectus*. El agente causal en América es *Latrodectus mactans*, conocida como “viuda negra”, “araña del trasero colorado” y “araña del trigo”. A continuación reportamos el caso de un paciente de 47 años, cuyo cuadro es producto de la mordedura de *Latrodectus mactans*, consideramos relevante este caso ya que debemos conocer las características clínicas de este síndrome, caso contrario podríamos vernos inmersos en una amplia gamma de posibilidades diagnósticas que van desde un abdomen agudo, tétanos, pancreatitis, hasta un infarto agudo de miocardio.

PALABRAS CLAVE: Latrodectismo, viuda negra, diagnóstico diferencial

ABSTRACT

It names latrodectismo to the syndrome of poisoning for bite of spiders of the kind(genre) *Latrodectus*. The causal agent in America is *Latrodectus mactans* known as “black widow”, “spider of the coloured(red) back” and “spider of the wheat”. Later we report the case of a 47-year-old patient, whose picture is a product of the bite of *Latrodectus mactans*, consider this case to be relevant since we must know the clinical characteristics of this syndrome, opposite case we might meet immersed in a wide gamma of possibilities that go from a acute abdomen, tetanus, pancreatitis, up to a acute heart attack of myocardium.

KEY WORDS: Latrodectismo, black widow, differential diagnosis.

Se denomina latrodectismo al síndrome producido por picadura de arañas del género *Latrodectus*¹. Las arañas hembras producen picaduras peligrosas, son de color negro y poseen característicamente unas manchas rojas en su abdomen^{2,3}.

Su veneno es extremadamente tóxico. La alfa-latrotoxina, su principal compuesto activo^{3,4}, actúa como una neurotoxina presináptica que se une a receptores de la placa neuromuscular, induciendo la formación de canales permeables al calcio y otros cationes monovalentes; lo que produce la liberación masiva de neurotransmisores (acetilcolina, catecolaminas, GABA) provocando las manifestaciones clínicas del latrodectismo⁵.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas locales son mínimos y se reducen a una placa de eritema, escasamente dolorosa, donde resaltan las señales de la mordedura. Entre 20 y 120 minutos más tarde el paciente desarrolla agitación psicomotora, sudación profusa, opresión torácica y

espasmos de toda la masa muscular, especialmente lumbar y toracoabdominal. Al cabo de unas horas predomina la rigidez de músculos abdominales (abdomen en tabla) y torácicos. La cara puede adoptar un aspecto peculiar de facies latrodectísmica. El marcado aumento de la presión arterial es de gran valor en el diagnóstico de latrodectismo^{6,7,8}; como también la presencia de taquicardia, taquipnea, oliguria y raramente convulsiones^{9,10}. Cuando el paciente tiene sensación de opresión torácica, puede hacer pensar en un cuadro coronario agudo.

Alrededor del tercer día aparece en pacientes que han presentado diaforesis intensa, un exantema micropápulo vesiculoso en tórax, abdomen y muslos, que corresponde a lesiones de sudamina, que termina por descamarse al transcurrir los días¹¹.

DIAGNÓSTICO

Las pruebas analíticas son de escasa utilidad en el diagnóstico del latrodectismo, siendo los datos más frecuentes una discreta leucocitosis, aumento de la

CPK (creatinfosfocinasa) y albuminuria^{12,13}.

Diferencial: Debe hacerse con apendicitis aguda, úlcera perforada, íleo, cólico biliar o renal e invaginación intestinal¹⁴. Durante el embarazo el latroductismo puede producir síntomas y signos similares a los que se observan en la preeclampsia (dolor abdominal e hipertensión). Y otros como pancreatitis, tétanos, infarto agudo de miocardio, intoxicación alimenticia, torsión testicular.

Grado de Intoxicación	Cuadro clínico
Grado I o leve	Dolor en sitio lesión, en región lumbosacra, abdomen. Astenia, adinamia, diaforesis, sialorrea, hiperreflexia.
Grado II o moderada	Cuadro anterior, acentuada disnea, epifora, cefalea, espasmo, contractura o rigidez muscular, priapismo
Grado III o severa	Cuadro anterior acentuado, miosis, midriasis, trismus, trastornos de ritmo cardíaco, broncoespasmo.

TRATAMIENTO

La evolución depende de la severidad de la intoxicación, desapareciendo los síntomas en los pacientes no tratados en unos 7 días y en los adecuadamente tratados en las primeras 48 horas¹⁵. Las complicaciones son raras, aunque se han descrito casos de trombosis de la arteria poplítea, linfedema crónico, priapismo, parálisis de extremidades^{16,17}, infecciones bacterianas o virales en el sitio de la mordedura^{1,18} y fallecimiento^{7,19}. Estas complicaciones aparecen con preferencia en niños, ancianos y en pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Medidas generales:

1. ABC (Aeración, Ventilación, Circulación)
2. Analgésicos (control del dolor)
 - Metamizol 10 mg /Kg día.
 - Paracetamol 10-15 mg/Kg
 - Naproxeno disódico.
 - Meperidina (1-2 mg /Kg/día)
 - Morfina (0.01-0.02 mcg / Kg/día) IM
3. Relajantes musculares
 - Metocarbamol 10 mg / Kg IV en 5 -30 min hasta cada 6 hrs.
 - Diazepam (0.2-0.4 mg /Kg)
4. Gluconato de Calcio (1-2 ml/ Kg) sin pasar de 10

ml lentamente y vigilar FC.

5. Antihipertensivos desde nifedipina hasta nitropruziato PRN.

6. Protección antitetánica según esquema y edad toxoide tetánico. (0.5 ml IM DU).

7. Antibiótico: Derivados de betalactámicos.

8. FABOTERAPIA: Suero Faboterápico Polivalente antiarácido: modificado por digestión enzimática, liofilizado y libre de albúmina con capacidad neutralizante de 6000 DL 50 (1 dosis). Reservado principalmente a pacientes con sintomatología presente desde leve-moderada ó severa, alteraciones respiratorias y sintomatología que no revierta a manejo con calcio, relajantes musculares y analgésicos.

Lo que no debe hacerse en una lesión por mordedura de Latroductus:

- No utilizar antisépticos que colorean la zona afectada
- No emplear torniquetes en la extremidad afectada.
- No hacer cortes o succionar sobre el área mordida, no es útil y podrían condicionar infecciones agregadas.

Presentación del caso

Paciente de 47 años de edad, natural y residente en Cochabamba, estuvo hospitalizado entre las fechas 8 a 16 de febrero de 2008, en el Servicio de Emergencias de la Clínica Belga.

Presentó un cuadro clínico de aproximadamente 8 horas de evolución por picadura de arácido en el dorso de la mano derecha; posteriormente, el dolor fue de tipo pungitivo, asociado a parestesias y contracciones brusca. Por tal motivo es llevado en primera instancia al Hospital Viedma donde le aplicaron hidrocortisona y ranitidina endovenosa, además de gluconato de calcio. Sin mejoría del cuadro es llevado al Centro Medico Quirúrgico Boliviano Belga (CMQBB), donde se le administra gluconato de calcio y fentanil, con mejoría importante por lo que la familia rechaza la hospitalización. Cuatro horas más tarde vuelve al CMQBB con dolores intensos pungitivos parestesias y contracciones severas, por tal motivo se decide su hospitalización con el diagnóstico de picadura por araña (viuda negra).

Por la severidad del cuadro es trasladado a Unidad de Cuidados Intensivos con saturación de oxígeno de