

Relato de um caso de latrodectismo ocorrido em Manaus, Amazonas, Brasil

Report of a case of latrodectism occurred in Manaus, Amazonas, Brazil

Alcidéa R. B. de Souza, Paulo F. Bührnheim e Cinira S. C. Lima

Resumo Em 02/07/1995, foi atendido no Instituto de Medicina Tropical do Amazonas, paciente masculino, 11 anos, acidentado em Manaus, por picada na região retroauricular direita, clinicamente compatível com aquele causado por *Latrodectus*. Observavam-se abalos musculares, febre, calafrios e sudorese intensa. Instituída terapêutica com neostigmine precedido de atropina, gluconato de cálcio, cimetidina, diazepam e hidrocortisona. No terceiro dia apresentava-se melhorado, consciente, orientado e com diminuição importante do edema palpebral. Apesar de uma melhora progressiva diária, no quinto dia surgiu eritema máculo-pápulo-vesicular. Em 14/07/1995 teve alta, assintomático. O caso relatado é o primeiro descrito na região Amazônica, ocorrido na periferia de Manaus e pode ter sido uma consequência da expansão urbana das duas últimas décadas.

Palavras-chaves: *Latrodectus curacaviensis*. Latrodectismo humano. Amazonas. Clínica. Terapêutica.

Abstract In July 2, 1995 arrived at the Instituto de Medicina Tropical do Amazonas an eleven-year-old male with complaining of spider bite on his right retroauricular region, presenting typical findings of latrodectism. The accident was reported as having occurred in the suburbs of Manaus. The patient was given neostigmine preceded by atropin, calcium gluconate, cimetidin, diazepam and hidrocortisone. Within three days the patient showed improvement, and was aware, orientated and with significant palpebral oedem reduction. Muscle spasms are still present, as well as fever, shivering, and intense sweating. In spite of a daily progressive improvement, at the fifth day appeared a spotted papular erythem. The patient was discharged without symptoms after the 13th day. This is the first such reported case which took place in Amazonian region, it might have been happened a consequence of the urban sprawl wich has characterized the growth of the city of Manaus, in the last twenty years. It is not possible at this point to evaluate the epidemiological resounds of the event, but in any case, it seems plausible to recommend that black widow antivenom become available.

Key-words: *Latrodectus curacaviensis*. Human latrodectism. Amazonas State. Clinic. Treatment.

Apesar de não haver relatos de acidentes ocasionados por viúvas-negras no Amazonas, ocorrem em Manaus duas espécies destas aranhas do gênero *Latrodectus* Walckenaer, 1805 (Araneae, Theridiidae), *L. curacaviensis* (Müller, 1776) (= *L. geographicus* Hasselt, 1888) e *L. geometricus* Koch, 1841¹². Até a presente data, foram relatados no Brasil 81 acidentes ocasionados por *L. curacaviensis*, 77 no Estado da Bahia (95%)¹⁵, três no Rio de Janeiro⁹ e um em Agudos, São Paulo¹⁸. *L. geometricus* tem veneno pouco tóxico para o homem³ e tem abdome marrom manchado de amarelo alaranjado, diferente de *L. curacaviensis*, cujo abdome é preto manchado de vermelho.

Latrodectus mactans (Fabricius, 1775) e subespécies nunca foram assinaladas nos estados amazônicos, apesar de assim terem sido identificados exemplares do Mato Grosso, Minas Gerais, São Paulo e de uma localidade ao norte da Bahia, e também de localidades no sul do Peru, bem como de Assunção no Paraguai⁴.

Clínica e terapêutica do latrodectismo. O latrodectismo é a síndrome específica que resulta do envenenamento provocado pela picada da aranha viúva-negra (*Latrodectus spp.*).

Caracteristicamente, o quadro clínico inicia-se de forma aguda, em um intervalo de tempo de 15 a 30 minutos da picada¹, com dor local intensa, irradiante. Pode não haver alterações na região corporal da picada. Quando elas ocorrem são discretas, resumindo-se a edema e rubor. Não há ocorrência de bolhas, equimose ou necrose. O acometimento muscular é caracterizado por tremores, fasciculações, mialgias generalizadas e contraturas. Há descrições de trismo e opistótono¹⁰. A dor e rigidez da musculatura abdominal¹⁴ podem simular abdome agudo. Há febre, calafrios, sudorese, sialorréia, sede, náuseas, vômitos e excitação psicomotora. Podem ocorrer taquicardia, hipertensão, arritmia cardíaca e choque. São descritas ainda, oligúria e anúria. Há relatos de priapismo^{15 16}. Alguns dias depois pode ocorrer uma erupção cutânea generalizada ou não, que assume várias formas, desde um eritema morbiliforme ou escarlatiniforme, até erupções máculo-pápulo-vesiculosas^{7 11 13}.

Há descrição de um facies latrodéctico que se caracteriza por blefaroconjuntivite, edema palpebral bilateral, hiperemia de face e colo, trismo e midríase^{7 11 13}. Estes⁵ descreve um

quadro clínico sequencial ao envenenamento por picada de *Latrodectus*, que chama de História Natural do Envenenamento:

- Etapa de absorção; por via hematolinfática, iniciando-se os sintomas em minutos, tendo duas horas como tempo máximo. Surge sensação de alfinetadas no local da picada, que, algumas vezes, apresenta-se como um ponto vermelho e outras vezes não se percebe. Sobrevém então o sintoma guia que é a mialgia regional, tendendo a generalizar-se. Há um estado de decaimento, tristeza. O paciente tem clara noção de gravidade. Surgem contraturas musculares.
- Etapa de difusão; generalização do envenenamento. Manifestam-se os sintomas neurovegetativos, com espasmos de vísceras ocas, parestesias, sialorréia, lacrimejamento, taquicardia, taquipnéia, midríase, nervosismo intenso. Surge febre. As contraturas se alternam com períodos de acalmia. Evidência de hiperestesia cutânea. Hiperreflexia osteotendinosa. Há sede intensa. O paciente tem a sensação de morte iminente.
- Etapa de declínio; marca o início do metabolismo do veneno. Traduz-se clinicamente pelo declínio do quadro, com franca atenuação do mesmo, ocorrendo em 48 a 72 horas de evolução, até 6 dias.

Há referências sobre lesões generalizadas dos rins, fígado, baço, linfonodos, timo e supra-renais¹⁷.

Rodrigues e Brazil Nunes¹³ caracterizam a "síndrome latrodéctica" em dor, edema e hiperemia local, sudorese, agitação, ansiedade, parestesia, mialgia, dificuldade de deambulação e hiperemia ocular.

A literatura refere-se aos óbitos como excepcionais. Quando ocorrem, são devidos a insuficiência respiratória^{5 7 13 17}.

Os exames laboratoriais tais como hemograma, ionograma, glicemia, provas de função renal e hepática, radiografia do tórax e eletrocardiograma são úteis para avaliar o estado geral do paciente. Observa-se em geral, leucocitose com neutrofilia. Glicemia e uréia sanguínea encontram-se freqüentemente aumentadas¹³.

Atualmente, não é produzido o soro anti-latrodéctico no Brasil. O tratamento é feito com neostigmina, que parece bloquear os principais efeitos neurotóxicos do veneno^{1 7 8 13}. O

gluconato de cálcio tem sido utilizado para reduzir a dor e os espasmos musculares^{2 7 8 10 11 13}. São ainda usados analgésicos, ansiolíticos e miorrelaxantes.

Não há medidas profiláticas concretas. As aranhas viúvas-negras são facilmente eliminadas com inseticidas comuns e limpeza habitual, sendo certas vespas (himenópteros) seus inimigos naturais^{3 5 6}.

Observou-se também que pacientes picados anteriormente, desenvolviam um quadro bastante atenuado, sugerindo que a picada de aranhas deste gênero confere certo grau de imunidade^{1 13}.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 11 anos, estudante, procedente do bairro Cidade Nova, Manaus, Amazonas, referindo ter sido picado por aranha que descreveu como pequena e manchada de vermelho. Não trouxe o animal, mas achou semelhança com a aranha que o acidentou em um exemplar vivo de *Latrodectus curacaviensis*, coletado no mês anterior em Manaus, na área do Campus da Universidade do Amazonas, que lhe foi mostrado. O acidente aconteceu sob uma árvore, à margem de um campo de futebol, num acampamento de escoteiros na periferia da cidade, às 13 horas do dia 02 de julho de 1995, sendo o local da picada a região retroauricular esquerda. Evoluiu com dores na região dorsal e lombar e em membros inferiores. Chegou ao Hospital Nelson Antunes, no Instituto de Medicina Tropical do Amazonas, às 15 horas e trinta, evoluindo com cefaléia, epigastralgia, náuseas, vômitos, dor abdominal difusa em cólicas, febre, sudorese, tremores e delírios. F.R.= 40 ir/min., PA = 130 x 80mmHg. Apresentava abalos musculares generalizados, alternando agitação psicomotora com sonolência. Hiperemia conjuntival, edema facial e periorbitário. Rubor facial. Lesão puntiforme eritematosa na região mastóidea direita. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Abdome distendido e rígido, doloroso à palpação. No IMT-AM, foi instituída terapêutica com neostigmine precedido de atropina, gluconato de cálcio, cimetidina, diazepam e hidrocortisona. No terceiro dia de internação apresentava-se melhorado, consciente, orientado e com diminuição importante do edema palpebral. Observavam-se ainda abalos musculares, febre, calafrios e sudorese intensa. Melhora progressiva diária. No quinto dia de internação surgiu eritema máculo-pápulo-vesiculoso, que

contaminou com *Staphylococcus aureus*, sendo instituída terapêutica com cefalexina. No dia 14 de julho de 1995 foi dada alta com o paciente assintomático. Retornou uma semana depois para controle ambulatorial, sem nenhuma alteração.

DISCUSSÃO

A síndrome que acompanha o caso ocorrido em Manaus, como se pode observar, mantém semelhanças clínicas importantes com a síndrome latrodéctica descrita pelos vários autores. Este fato sugere que ela se apresenta da mesma maneira nas mais diferentes regiões, com possível independência de ter sido produzido por *L. mactans* ou *L. curacaviensis*. Conclusão também relevante é o fato de que o acidente ocorreu numa região geográfica onde nunca havia sido descrito caso semelhante, o que faz crer que a expansão das duas últimas décadas, acrescida do crescimento desordenado da periferia da cidade de Manaus, tenha contribuído para o acontecimento, cujas repercussões epidemiológicas ainda não podem ser avaliadas. Parece-nos entretanto mais seguro, que se possa dispor de soro anti-latrodéctico no País, mesmo a médio prazo, haja visto os excelentes resultados obtidos quando do seu emprego, somado ao fato do veneno não se fixar aos tecidos, podendo o tratamento específico ser iniciado em qualquer fase da evolução clínica⁵.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Artaza OD, Fuentes J, Schindler R. Latrodectismo: Evaluación clínico-terapéutica de 89 casos. Revista Médica de Chile 110:1101-1105, 1982.
2. Behrman RE. Artrópodes e Doenças. In: Nelson WE (ed) - Tratado de Pediatria, 13ª edição vol. 1 p.730, 1990.
3. Bücherl W. *Latrodectus* e latrodectismo na América do Sul. II - Bio-ecologia de *Latrodectus* do grupo *curacaviensis* nas praias dos estados do Rio e da Guanabara. Revista Brasileira de Pesquisa Médica e Biológica 1:83-88, 1968.
4. De Biasi P. Variações em aranhas do complexo *Latrodectus mactans* - *Latrodectus curacaviensis* (Araneae, Theridiidae). Revista Brasileira de Biologia 30:233-244, 1970.
5. Esteso SC. Latrodectismo humano en la Provincia de Cordoba: Epidemiologia, Tratamiento y Posible Prevención. Prensa Médica Argentina 72:222-225, 1985.

6. Grisolia CS, Peluso FO, Stanchi NO, Francini F. Epidemiologia del latrodectismo en la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista de Saúde Pública de São Paulo* 26:1-5, 1992.
7. Jorge MT, Von Eickstedt VRD, Knysak I, Fisman LFZ, Ribeiro LA. Curso sobre acidentes com animais peçonhentos; 5ª aula - Acidentes por picada de aranha. *Arquivos Brasileiros de Medicina* 65:457-468, 1991.
8. Laporte MA. Latrodectismo: 67 casos. Hospital Galvarino, IX Región. *Revista Medica del Sur* 15:118-121, 1990.
9. Lucas S. Spiders in Brazil. *Toxicon* 26:759-772, 1988.
10. Marcondes E. *Pediatria Básica*, 8ª edição, São Paulo, Sarvier, p.880-882, 1991.
11. Marretic Z, Gonzalez L. Carácter profesional del latrodectismo en países mediterráneos, con especial referencia a experiencias en Yugoslavia y España. *Revista Clinica Española* 160:225-228, 1981.
12. Mendonça MA. Contribuição ao Conhecimento da Biologia de *Latrodectus geographicus* Hasselt, 1888 (Araneae: Theridiidae). Dissertação de Mestrado, Pós-graduação em Entomologia Instituto Nacional de Pesquisa da Amazônia/Fundação Universidade do Amazonas, Manaus, Amazonas, 1979.
13. Rodrigues DS, Nunes TB. Latrodectismo na Bahia. *Revista Baiana de Saúde Publica* 12:38-43, 1985.
14. Santos WF. Venenos Aracnídeos: Bioquímica e Farmacologia. *In: Barraviera B (ed) Venenos Animais. Uma Visão Integrada*, Rio de Janeiro, Editora de Publicações Científicas p. 243-249, 1994.
15. Silva RML, Matos GB, Sampaio RO, Nunes TB. Estudo Retrospectivo de Latrodectismo na Bahia, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 28:205-210, 1995.
16. Stiles AD. Priapism following a black widow spider bite. *Clinical Pediatrics* 21:174-175, 1982.
17. Tonelli E. Doenças infecciosas na infância. Acidentes por animais peçonhentos p. 879-881, 1987
18. Von Eickstedt VRD, Ribeiro LA, Jorge MT, Costa M . Acidente por aranha viúva-negra no Estado de São Paulo; descrição de um envenenamento em gestante. *In: Resumos XXVI Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* Natal, RN p.103, 1990.