

Enfermedad de Lyme en la infancia. ¿Enfermedad importada?

Sr. Editor:

La borreliosis de Lyme o enfermedad de Lyme es una enfermedad transmitida por garrapatas, ocasionada por *Borrelia* spp., no encuadrada en las fiebres recurrentes, con manifestaciones clínicas cutáneas (eritema crónico migratorio [ECM]) y manifestaciones diseminadas (neurológicas, musculoesqueléticas y cardíacas)¹. El vector son garrapatas del género *Ixodes*; en Norteamérica *Ixodes scapularis* e *Ixodes pacificus*, siendo en Europa *Ixodes ricinus* la mayormente implicada. Quizá la mayor seroprevalencia e incidencia de enfermedad en el norte de España se deba a mayor distribución de *I. ricinus*². En España debe ser sospechada aunque no existan antecedentes de picadura de garrapata ni ECM, si apareciese sintomatología neurológica, cardíaca o articular³.

Las primeras descripciones datan de principios del siglo xx, pero no cobró auge hasta las décadas de 1970 y 1980, siendo el vector identificado *I. dammini*, y una espiroqueta, el agente causal⁴. Desde los primeros casos documentados en España a finales de la década de 1980, están apareciendo publicaciones de forma continua de diferentes áreas del país.

Niño de 7 años y 11 meses que consulta 5 meses después de realizar un viaje a Suiza y Alemania, por aparición de una placa eritematosa sobreelevada, caliente e indolora en la piel de la zona escapular derecha, donde sufrió la picadura por garrapata; el resto de la exploración física fue normal. No padecía otra sintomatología acompañante permaneciendo afebril y sin clínica neurológica, cardíaca ni articular. Su pediatra administró amoxicilina/ácido clavulánico, desapareciendo la lesión.

Se realiza serología con los siguientes resultados; IFI (inmunofluorescencia indirecta) frente a *Rickettsia conorii* negativo; IFI anti-*Borrelia burgdorferi* positivo; ELISA (análisis de inmunoadsorción ligado a enzimas) IgG e IgM anti-*B. burgdorferi* positivo; WB (Western blot) IgG e IgM anti-*B. burgdorferi* positivo.

El paciente es dado de alta con el diagnóstico de borreliosis de Lyme, asintomático.

El paciente estuvo en zona con vegetación de hierba, matorrales o arboleda 5 meses antes. Las actividades al aire libre, constituyen un factor de riesgo para el contacto con *B. burgdorferi*⁵; aunque no haya casos o no se haya demostrado la presencia de *Borrelia* spp. Los reservorios son animales tanto domésticos (vacas, ovejas, cabras, perros) como salvajes (ciervos, gamos, jabalíes, murciélagos, algunas especies de aves)³.

Clásicamente existen tres estadios evolutivos¹: estadio I de infección precoz localizada y que puede extenderse en el tiempo (es típico el ECM); estadio II de infección precoz diseminada (síntomatología dermatológica, neurológica, osteoarticular y cardíaca), desde las 6 semanas de la picadura, apareciendo entonces los anticuerpos IgG anti-*B. burgdorferi*; y estadio III de infección tardía/persistente (síntomatología poliarticular crónica). El paciente que presentamos estaría en el estadio I.

Disponemos de distintas técnicas serológicas frente a *B. burgdorferi*. La IFI detectaría IgG anti-*B. burgdorferi*. La técnica ELISA detecta anticuerpos IgM en estadios precoces e IgG. Pueden surgir resultados falsos positivos con sífilis, fiebre botanosa, tuberculosis y algunas enfermedades autoinmunes. El WB confirmaría resultados positivos⁶. Para descartar falsos positivos son útiles: una prueba reagínica (RPR) e IFI para anticuerpos a *Lep-tospira* spp. además de *Coxiella burnetti* y *Brucella* spp.

El 3,45% de los sueros de la población general utilizados en un estudio de seroprevalencia de anticuerpos anti-*Borrelia* spp. en la provincia de Madrid, tuvieron un resultado positivo⁷. Recientes publicaciones estudian la seroprevalencia de anticuerpos anti-*Borrelia* spp. en diferentes países de Europa: Croacia 43%; Holanda 28%; Suiza 26%; Suecia 19%; Polonia 15%; Irlanda 15%; Austria 7,7%; Alemania 5,5%; Estonia 2,7%; Grecia 1,1%⁸.

En áreas boscosas de Suiza, se detectaron de 2 a 30,3 garrapatas infectadas por 100 m² de especies de *Borrelia* (*B. garinii*, *B. burgdorferi sensu stricto*, *B. afzelii*, *B. valaisiana* y *B. lusitanae*), existiendo correlación entre la densidad de garrapatas y la densidad de garrapatas infectadas⁹. No existía correlación positiva entre garrapatas infectadas de *Borrelia* en Suiza con desarrollo de *Borreliosis* tras picadura, y la profilaxis antibiótica no era requerida¹⁰.

Según las guías terapéuticas, la amoxicilina (50 mg/kg/día) sería de primera elección en pacientes con enfermedad localizada menores de 8 años, mientras que se podría administrar doxiciclina (100 mg/12 h/14-21 días) o amoxicilina en mayores o iguales a 8 años. En sujetos alérgicos a betalactámicos, podrían utilizarse eritromicina o azitromicina, aunque menos efectivas¹⁰.

**J. Casas Rivero^a, J. Jurado Palomo^b
y T. del Rosal Rabes^a**

Servicios de ^aPediatría y Alergología^b.
Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Correspondencia: Dr. J. Casas Rivero.
Pº de la Castellana, 261. 28046 Madrid. España.
Correo electrónico: josecasasrivero@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Steere AC. Lyme disease. N Engl J Med. 1989;321:586-96.
2. Sáez S, Sánchez Covisa A, Guerrero A. Garrapatas y enfermedad de Lyme. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1991;9:111-5.
3. Saz JV, Merino J, Beltrán M. Situación actual de la enfermedad de Lyme en España: aspectos clínicos y epidemiológicos. Rev Clin Esp. 1995;195:44-9.
4. Burgdorferi W, Barbour AG, mayes SF, et al. Lyme disease. A tick-borne spirochetosis? Science. 1982;216:1317-9.
5. Arteaga Pérez F, García-Moncó Carra JC. Factores de riesgo asociados con la presencia de anticuerpos contra *Borrelia burgdorferi*. Rev Clin Esp. 1999;136-41.
6. Grodzicki RL, Steere AC. Comparison of immunoblotting and indirect enzyme-linked immunosorbent assay using different antigen preparations for diagnosing acutely Lyme disease. J Infect Dis. 1988;157:790-7.
7. Lledó L, Gegúndez I, Saz JV, Beltrán M. Screening of the prevalence of antibodies to *Borrelia burgdorferi* in Madrid province, Spain. Eur J Epidemiol. 2004;19:471-2.
8. Santino I, Dastoli F, Sessa R, Del Piano M. Geographical incidence of infection with *Borrelia burgdorferi* in Europe. Panminerva Med. 1997;39:208-14 (Abstract).
9. Jouda F, Perret JL, Gern L. Density of questing Ixodes ricinus nymphs and adults infected by *Borrelia burgdorferi sensu lato* in Switzerland: Spatio-temporal pattern at a regional scale. Vector Borne Zoonotic Dis. 2004;4:23-32 (Abstract).
10. Wormser GP, Nadelman RB, Dattwyler RJ, et al. Practice guidelines for the treatment of Lyme disease. Clin Infect Dis. 2000;31 Suppl 1:1-14.