

Borreliosis. A propósito de un caso de enfermedad de Lyme

Sr. Editor:

Presentamos el caso de una niña marroquí de 5 años que consultó por una lesión eritematosa anular no pruriginosa en el brazo derecho, una semana después de regresar de Marruecos. El resto de la exploración física fue normal. No refería contacto con animales ni traumatismo previo en la zona de la lesión. Se establecieron los diagnósticos de lesión eczematosa o tiña *corporis* pautándose tratamiento con hidrocortisona, ketoconazol tópico y cloxacilina oral. La lesión mejoró sin remitir completamente y aparecieron lesiones de menor tamaño similares a la primaria, algunas sobreinfectadas añadiéndose amoxicilina-ácido clavulánico oral durante 7 días. Dada la falta de respuesta completa al tratamiento y la rapidez de diseminación de las lesiones, sospechamos que pudiera tratarse de un eritema crónico migratorio. Se solicitó hemograma que fue normal y serologías para *Leishmania*, *Rickettsias*, *Borrelia* y *Brucella*. Valorado por dermatología se diagnosticó de eczema impetiginizado. No se realizó biopsia de la lesión y no se modificó el tratamiento previo. Dos meses después del inicio de la lesión, los anticuerpos anti *Borrelia burgdorferi* IgM fueron positivos, los IgG negativos y el resto de serologías negativas. Las IgG se positizaron un mes y medio más tarde. Ante estos resultados se diagnosticó de enfermedad de Lyme en fase precoz diseminada, reinterrogándose a la familia buscando el antecedente de picadura de garrapata sin que lo recordasen. Se pautó tratamiento con amoxicilina oral a 50 mg/kg/día durante 21 días. Las lesiones curaron completamente sin complicaciones ni recidivas posteriores.

La enfermedad de Lyme, zoonosis causada por la transmisión de *B. burgdorferi* al ser humano tras la picadura de una garrapata infectada de la especie *Ixodes*, es rara en nuestro medio. Su incidencia en áreas endémicas de Estados Unidos y Alemania es de 20-100 casos/100.000 habitantes¹.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad se dividen en fase precoz y tardía. La precoz puede ser localizada y/o diseminada². La primera manifestación de la enfermedad precoz localizada es el exantema anular típico denominado eritema migratorio, presente hasta en el 89% de los pacientes^{1,3,4}. Aparece en el lugar de la picadura 7-14 días después. Puede ser uniformemente eritematoso o en diana con aclaramiento central. Gene-



Figura 1. Eritema migratorio característico de la enfermedad de Lyme precoz localizada, situado en el brazo derecho.

ralmente es asintomático, siendo en ocasiones pruriginoso o doloroso. Plantea diagnóstico diferencial con el eczema numular, granuloma anular, picaduras de insectos o celulitis². En cualquier fase puede aparecer sintomatología general inespecífica.

La fase precoz diseminada se caracteriza por el eritema migratorio múltiple. Otras manifestaciones son: meningitis asépticas, neuropatías craneales y carditis. La parálisis facial es relativamente frecuente en niños y puede constituir la manifestación única y/o inicial de la enfermedad⁵. Suele curar por completo y la antibioterapia no modifica su curso evolutivo⁵.

La fase tardía se caracteriza por artritis monoarticulares u oligoarticulares, habitualmente de grandes articulaciones (rodillas 90%), resolviéndose satisfactoriamente la mayoría de las veces, siendo raras las artritis recurrentes o persistentes^{1,6}. Pueden aparecer manifestaciones neurológicas o lesiones cutáneas tardías.

La sospecha diagnóstica se realiza mediante la historia clínica y exploración física. La confirmación se basa en la demostración de anticuerpos frente a *B. burgdorferi* mediante inmunoanálisis ligado a enzimas (ELISA). Tras 3-4 semanas la mayoría presentan anticuerpos antiborreliosis. Las IgM e IgG pueden permanecer elevadas durante mucho tiempo. Cuando el ELISA resulta positivo o dudoso se recomienda realizar un *Western-Blot* por ser más específico que el ELISA^{1-3,6}. El cultivo de *B. burgdorferi* de las lesiones cutáneas u otras localizaciones no está indicado de rutina^{2,3}. El antecedente de picadura de garrapata generalmente está ausente⁴.

El tratamiento de elección en la fase precoz localizada y diseminada, en mayores de 8 años es la doxiciclina oral y en menores y embarazadas amoxicilina oral. Cuando existan alergias a los anteriores se puede usar cefuroxima o eritromicina. No existe consenso sobre la duración óptima del tratamiento, se recomiendan 21 días². En nuestro caso el tratamiento inicial con amoxicilina-ácido clavulánico a dosis adecuadas pero no suficiente tiempo ocasionó una regresión parcial del eritema migratorio pero no la curación completa. Las carditis graves, meningitis o artritis recurrentes o persistentes se tratan con ceftriaxona (intramuscular o intravenosa) o penicilina G.

La profilaxis consiste en usar ropa protectora en áreas de riesgo, puntualmente repelentes y eliminar precozmente las garrapatas, que requieren un tiempo de adherencia mínimo de 48 h para transmitir la enfermedad^{1,2}. Como la probabilidad de padecer la enfermedad es del 1-3%⁷, no se recomienda el uso sistemático de doxiciclina tras la picadura para prevenirla^{1,2,4}. La vacuna, aunque eficaz, dejó de ser fabricada por motivos económicos en el 2002³.

La enfermedad de Lyme poco prevalente en nuestro medio y endémica en otros países, puede ver incrementada su incidencia como consecuencia del aumento de los viajes internacionales.

**S. Torres Claveras, M. Duplá Arenaz
y M.ªC. García Jiménez**

Centro de Salud de Buñuel. Navarra. España.

Correspondencia: Dra. Sonia Torres Claveras.
Centro de Salud de Buñuel. Diputados, 11, 7.ªA. Navarra. España.
Correo electrónico: soniatc@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

- Hengge UR, Tannapfel A, Tying SK, Erbel R, Arendt G, Ruzicka T. Lyme borreliosis. *Lancet Infect Dis.* 2003;3:489-500.

2. Shapiro ED, Gerber MA. Lyme disease: Fact versus fiction. *Pediatr Ann.* 2002;31:170-7.
3. Eppes SC. Diagnosis, treatment, and prevention of Lyme disease in children. *Paediatr Drugs.* 2003;5:363-72.
4. Huppertz HI. Lyme disease in children. *Curr Opin Rheumatol.* 2001;13:434-40.
5. Vorstman JA, Kuiper H. Peripheral facial palsy in children: Test for Lyme borreliosis only in the presence of other clinical signs. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2004;148:655-8.
6. Weinstein A, Britchkov M. Lyme arthritis and post-Lyme disease syndrome. *Curr Opin Rheumatol.* 2002;14:383-7.
7. Shapiro ED, Gerber MA. Lyme disease. *Clin Infect Dis.* 2000;31:533-42.