



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Eritema crónico migratorio. A propósito de un caso



Erythema chronicum migrans. A case report

Itziar Díaz López^{a,*}, Sara Ibarreta Sáenz^a, Javier Andueza Sola^b y Ana Cid Fernández^c

^a Centro de Salud San Martín, Vitoria-Gasteiz, Álava, España

^b Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de Pediatría, Ambulatorio Doctor San Martín, Pamplona, Navarra, España

^c Medicina de Familia y Comunitaria, Hospital Universitario de Álava, Vitoria-Gasteiz, Álava, España

Disponible en Internet el 4 de diciembre de 2015

Niña de 10 años que consulta por presentar desde hace 5 días una lesión plana de 6 cm de diámetro con bordes eritematosos en región clavicular izquierda. Ante la sospecha inicial de eccema numular se pauta tratamiento con corticoide tópico.

Consulta 10 días después por extensión de la lesión a tercio superior izquierdo de tórax, cuello y región subescapular. Presenta bordes eritematosos y aclaramiento centrífugo (figs. 1 y 2).

Tras la segunda anamnesis, la paciente recordó extraerse una garrapata de la región occipital hace un mes. Ante la

sospecha de probable eritema migratorio se inició tratamiento con amoxicilina. Al ser una entidad probablemente infradiagnosticada, y para diferenciarla de otros eritemas anulares, se extrajeron serologías a la semana para su confirmación con resultado IgG positivo débil para *Borrelia burgdorferi*.

A los 20 días se analizó la seroconversión que no se constató, persistiendo IgG positivo débil. No se realizaron más estudios dada la especificidad de la lesión, por vivir la paciente en área endémica y por la remisión precoz de la misma tras el tratamiento.

El eritema migratorio crónico es la lesión característica del estadio precoz de la enfermedad de Lyme. Aparece a



Figura 1 Lesión plana de bordes eritematosos en región clavicular izquierda.



Figura 2 Extensión de la lesión con aclaramiento centrífugo.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ditziar@gmail.com (I. Díaz López).

los 3-32 días de la transmisión de la *Borrelia burgdorferi*¹, que se produce a las 48-72 h del anclaje de la garrapata, por lo que conviene una extracción temprana de la misma. Inicialmente puede aparecer una mácula o pápula que crece centrífugamente aclarándose en el centro. Si no es reconocida y tratada en esta fase inicial, se disemina avanzando la enfermedad, por lo que es importante su sospecha ante un exantema compatible, teniendo en cuenta que una serología positiva no indica necesariamente enfermedad^{2,3}.

Bibliografía

1. Roca B. Borreliosis de Lyme. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:265-8.
2. Linden H. Lyme disease. UpToDate. Last updated: Mar 20, 2015.
3. Pérez Guirado A, Fernández Fernández RI, Arbesu Fernández E, Santos Rodríguez PM. Enfermedad de Lyme: a propósito de dos casos. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2013;15:249, e105-9.