

Enfermedad de Lyme, una entidad a tener en cuenta

Lyme's disease, a disease to be concerned with

Verónica Patti,¹ Mónica Cauhepé,² Claudia Massone,³ Paula Bourren² y Eduardo Rodríguez⁴

RESUMEN

La enfermedad de Lyme es causada por la bacteria *Borrelia burgdorferi*. Ciertas garrapatas son portadoras de esas bacterias y las adquieren cuando pican a ratones o venados infectados con la enfermedad. Actualmente se ha informado de casos en la mayor parte de los Estados Unidos. A continuación se presenta el caso de un paciente con enfermedad de Lyme inmunológicamente confirmado con IgM positiva contra *Borrelia burgdorferi*, con eritema característico en escarapela que cubre el hombro izquierdo (*Dermatol. Argent.*, 2011, 17(5): 403-404).

Palabras clave:

enfermedad de Lyme, borreliosis.

ABSTRACT

Lyme's disease is caused by a bacterium called *Borrelia burgdorferi*. Some ticks can acquire this bacterium after biting infected mice or deer. Of late patients have been reported in most of the United States. We report one patient with Lyme's disease with reactive IgM against *Borrelia Burgdorferi*, showing the typical target-like erythema on his left shoulder (*Dermatol. Argent.*, 2011, 17(5): 403-404).

Keywords:

Lyme's disease, borreliosis.

Fecha de recepción: 19/12/2010 | Fecha de aprobación: 28/04/2011

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 20 años, sin antecedentes patológicos, que concurrió a la consulta por presentar una lesión eritematosa en hombro izquierdo que creció lentamente en forma centrífuga y aclaró en el centro en forma de escarapela. Refirió haber sido picado por una garrapata 15 días antes de esta erupción, mientras se encontraba en los Estados Unidos.

Al examen físico presentó en el hombro izquierdo un eritema de forma anular de 15 cm de diámetro con centro claro asintomático de cuatro días de evolución.

Se realizó biopsia de la lesión, que resultó inespecífica; estudios de laboratorio, sin particularidades; y se solicitaron anticuerpos específicos IgM e IgG contra *Borrelia burgdorferi*: resultó positiva IgM (IFI), lo que confirmó el reciente contacto. El paciente comenzó tratamiento con penicilina oral 1.000.000 UI cada 6 horas durante 14 días, lo que remitió su patología cutánea.

Discusión

La enfermedad de Lyme o borreliosis de Lyme es una enfermedad multisistémica producida por una espiroqueta, la *Borrelia burgdorferi*, y transmitida al hombre a través de la picadura de una garrapata: *Ixodes dammini* e *Ixodes pacificus* en los Estados Unidos, e *Ixodes ricinus* en Europa.¹

¹ Médica concurrente, 2º año de la carrera de Médico Especialista en Dermatología (UBA)

² Médica de planta

³ Médica patóloga

⁴ Director asociado, carrera de Médico Especialista en Dermatología (UBA)

Hospital General de Agudos Dr. Juan Fernández, Cerviño 3356, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Verónica Patti, Del Valle Iberlucea 4610, 2º D, CP 1826, Remedios de Escalada, Buenos Aires.

veropatti@yahoo.com

tica. Su diámetro alcanzó los 20 cm. Los síntomas sistémicos que refirió fueron leve cefalea y artralgias inespecíficas. En otros casos están descriptas otras manifestaciones sistémicas, tales como fiebre, cefalea, alteraciones gastrointestinales, mialgias y artralgias que desaparecen en pocas semanas.² Ante estos síntomas se debe pensar en una diseminación hematogena con compromiso del sistema nervioso central y es necesario realizar una punción lumbar. La sospecha clínica basada en las características típicas de la enfermedad de Lyme es todavía el método más adecuado de diagnóstico.³ No obstante, cuando existe incertidumbre clínica, se puede solicitar serología de fase aguda (ELISA, Western-blot, IFI), PCR de biopsia de piel y también cultivo de plasma y de la piel. En nuestro paciente los anticuerpos IgM contra la bacteria, realizados por IFI, fueron positivos.⁴

Los hallazgos histopatológicos correspondientes al eritema migratorio son inespecíficos. No se observan alteraciones en la epidermis, existe un infiltrado dérmico linfocitario y de células plasmáticas perivascular. En ocasiones pueden observarse espiroquetas con coloración de plata o con anticuerpos mono o policlonales.

El diagnóstico diferencial se realiza con el granuloma anular, tiña, eritema pigmentado fijo, eritemas figurados, dermatomiositis, lupus eritematoso.⁵

El tratamiento se lleva a cabo con fenoximetilpenicilina a dosis de 500 mg cada 12 horas, tetraciclinas 500 mg cada 12 horas o doxiciclina 100 mg cada 12 horas, vía oral durante 10-14 días.⁶

Foto 1. Eritema migratorio anular de 4 días de evolución.

Conclusiones

Se presenta un caso de enfermedad de Lyme y se destaca la infrecuencia de esta patología y la importancia de su búsqueda cuando se presenten datos epidemiológicos positivos.

Bibliografía

1. Asbrink E., Hovmark A., Borreliosis de Lyme, en Freedberg, Eisen, Wolff, Austen *et ál.*, *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General*, Editorial Panamericana, Buenos Aires, 6ª edición, 2005, 2231-2241.
2. Heilpern A.J., Werthein W., He J., Perides G., *et ál.* Matriz metalloproteinase 9 plays a key role in lyme arthritis but not in dissemination of *Borrelia burgdorferi*, *Infect Immun*, 2009, 77: 2643-2649.
3. Marulanda M.P., Sandoval F., Trujillo R.A., Escobar C.E. *et ál.* Borreliosis: la enfermedad de Lyme y otras dermatosis posiblemente asociadas, *Arch. Argent. Dermatol.*, 1998, 48: 129-137.
4. Lantos P.M., Charini W.A., Medoff G., Moro M.H. *et ál.* Final report of the Lyme disease review panel of the Infectious Diseases Society of America, *Clin. Infect. Dis.*, 2010, 54: 1-5.
5. Coulter P., Lema C., Flayhart D., Linhardt A.S., *et ál.* Two-year evaluation of *Borrelia burgdorferi* culture and supplemental tests for definitive diagnosis of Lyme disease, *J. Clin. Microbiol.*, 2005, 43: 5080-5084.
6. Warshafsky S., Lee D.H., Francois L.K., Nowakowski J. *et ál.* Efficacy of antibiotic prophylaxis for the prevention of Lyme disease: an updated systematic review and meta-analysis., *J. Antimicrob. Chemother.*, 2010, 65: 1137-1144, Epub 2010, Apr. 9.

Foto 2. Paciente luego del tratamiento el cual se presenta libre de lesión.

En los Estados Unidos el primer caso de enfermedad de Lyme se describió en 1970, en una epidemia de artritis precedida por eritema migratorio en una comunidad alrededor de la población de Lyme, en la ribera del río Connecticut. En nuestro paciente el cuadro clínico comenzó con eritema homogéneo en el sitio de la picadura, que creció en forma centrífuga, lo que dejó el centro pálido y un borde eritematoso de 1 a 2 cm, conformándose la lesión inicial caracterís-