



Imágenes

Dermatitis anular de gran tamaño y su presunto vector

Large annular dermatitis and its suspected vector

Carles Albaladejo Blanco*, Mercede Beccia y Silvia Martínez González

Centro de Atención Primaria Llefià (Badalona-6), Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Metropolitana Nord, Badalona, Barcelona, España

Una mujer de 31 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes patológicos de interés, que durante sus vacaciones estivales en Barcelona consultó por la aparición súbita de una mácula rojiza en la rodilla izquierda, con extensión hacia el muslo y la pierna: caliente al tacto, no pruriginosa, de gran tamaño (unos 25 cm), de forma redondeada con bordes activos y aclaramiento central (fig. 1). En la exploración estaba afebril, con buen estado general, sin adenopatías palpables a nivel inguinal y con el resto del examen físico anodino. La paciente refería vivir en una zona rural del sur de Francia y que la semana previa había presentado síntomas gripales en forma de artromialgias generalizadas. Aunque sin recordar claramente el antecedente de ninguna picadura, había encontrado un pequeño «bicho» muerto al cambiar las sábanas y lo había guardado en un frasco. Al observarlo, vimos que se trataba de un pequeño artrópodo de menos de 2 mm y color marrónáceo claro con abdomen más oscuro; sin ser expertos en entomología¹⁻³, bien podría tratarse de una garrapata (fig. 2). Ante la sospecha de un probable eritema migratorio (EM), patognomónico de la enfermedad de Lyme^{2,4,5}, se prescribió tratamiento con doxiciclina oral y se realizó serología mediante técnicas de enzoinmunoanálisis, que resultaron positivas para detectar anticuerpos específicos frente a *Borrelia burgdorferi*, tanto IgM como IgG⁶.

La enfermedad de Lyme es una zoonosis emergente en Europa^{1,2} que se transmite por la picadura de garrapatas del género *Ixodes* infectadas por borrelias que, actuando como vectores, las transmiten a los humanos. En España, el complejo *Ixodes ricinus* abunda en las zonas del noroeste de la península ibérica, sobre todo en Lugo y Asturias⁵. Al tratarse de garrapatas de pequeño tamaño y, en consecuencia, difíciles de ver, sumado al hecho de que la picadura suele ser indolora y pasar inadvertida, a menudo resulta difícil precisar la cronología del proceso. Debido al ciclo vital de la garrapata, la enfermedad predomina en el periodo estival, abarcando también finales de primavera y principios de otoño^{2,4-6}. La fase 1 o localizada de la enfermedad aparece tras una incubación de varios días o semanas después de la picadura (rango: 3-32 días) en forma clínica de EM, a veces asociado con un cuadro seudogripal (malestar, artromialgias, febrícula, cefalea). Respecto al EM, cabe señalar que no aparece siempre, detectándose en el 70-75% de casos infectados por *Borrelia burgdorferi*. Clásicamente se trata de una mácula eritematosa (a veces es algo sobrelevada, más como una

pápula) de morfología redondeada, anular o circular, y tamaño grande (rango: 5-50 cm) que aparece en el lugar de la picadura; suele ser asintomática, sin apenas dolor ni prurito, extendiéndose hacia afuera, centrífugamente, de modo que los bordes son más rojizos que el centro de la lesión que se va aclarando, aunque hay excepciones en los que la zona central adquiere una coloración rojo-violácea⁵. Frente a un eritema de las características descritas se plantea el diagnóstico diferencial con las siguientes entidades: picaduras de insectos/artrópodos, eritema fijo medicamentoso, dermatitis de contacto/facticia, granuloma anular y *erythema gyratum repens*, entre otras posibilidades. Es importante iniciar el tratamiento antibiótico ante la sospecha clínica de EM³ y antecedentes epidemiológicos compatibles (picadura, zonas rurales, verano) porque la confirmación serológica puede tardar semanas y la demora puede condicionar la diseminación sistémica de la borreliosis al cabo de meses-años (fases 2-3). La doxiciclina a dosis de 100 mg/12



Figura 1. Imagen de la dermatitis aguda de la paciente, compatible con eritema migratorio en evolución: oligosintomático, morfología anular/circular, bordes eritematosos que destacan respecto a la zona central más clara y un diámetro máximo de 25 cm entre el muslo y la pierna.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlesalbaladejo@gmail.com (C. Albaladejo Blanco).

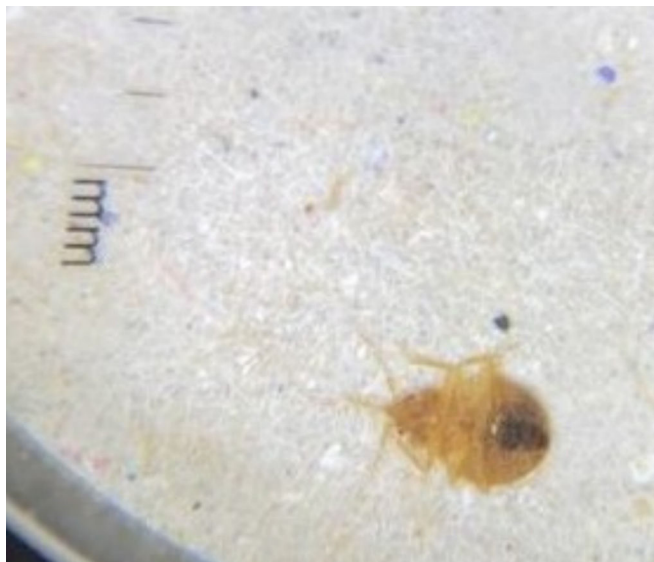


Figura 2. Imagen dermatoscópica del pequeño artrópodo aportado en un frasco por la propia paciente, como presunto culpable de su lesión cutánea. Por su tamaño y morfología podría tratarse de una garrapata en estadio de ninfa, aunque no podemos demostrar que este invertebrado en particular sea el vector del agente etiológico responsable de la infección (*Borrelia burgdorferi*).

horas es de primera elección, salvo en la gestación/lactancia, durante 10–14 días en la fase inicial del EM².

Consentimiento informado

Los autores declaran que disponen del permiso explícito con consentimiento informado de la paciente implicada, sin datos personales identificativos.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Portillo A, Ruiz-Arrondo I, Oteo JA. Artrópodos vectores en España y sus enfermedades transmisibles. *Med Clíin(Barc)*. 2018;151(11):450–9. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.06.021>.
2. Oteo JA, Corominas H, Escudero R, Fariñas-Guerrero F, García-Moncó JC, Goenaga MA, et al. Executive summary of the consensus statement of the Spanish Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology (SEIMC), Spanish Society of Neurology (SEN), Spanish Society of Immunology (SEI), Spanish Society of Pediatric Infectology (SEIP), Spanish Society of Rheumatology (SER), and Spanish Academy of Dermatology and Venereology (AEDV), on the diagnóstico, treatment and prevention of Lyme borreliosis. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2023;41:40–5. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2022.03.004>.
3. Fernández de la Fuente L, Herrero Ruíz S, Echeverría B. Garrapata complicada. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2024;115:499–500. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.07.045>.
4. Alonso Fernández M. Enfermedad de Lyme. ¿Es tan infrecuente? *Semergen*. 2012;38(2):118–21. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.06.007>.
5. Riera-Monroig J, Riquelme-McLoughlin C, Iranzo P. Mácula eritemato-violácea en la pierna de una turista. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2020;38(8):390–1. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2019.12.009>.
6. Vázquez-López ME, Fernández G, Díaz P, Díez-Morrondo C, Pego-Reigosa R, Coira-Nieto A. Utilidad de los estudios serológicos en los centros de Atención Primaria para el diagnóstico precoz de la enfermedad de Lyme. *Aten Primaria*. 2018;50(1):16–22. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.01.008>.