

Utilidad diagnóstica de la serología a *B. burgdorferi* en Cartagena

Diagnostic utility of serology to *B. burgdorferi* in Cartagena

Sr. Director:

La enfermedad de Lyme causada por espiroquetas del complejo *Borrelia burgdorferi sensu lato* es una zoonosis transmitida al ser humano a través de la picadura de una garrapata, sobre todo de la especie *Ixodes ricinus* en Europa. En España la infección está ampliamente distribuida, con una incidencia según la zona geográfica de 0–38%¹, lo que refuerza la hipótesis de la distribución geográfica en forma de brotes o la coexistencia de zonas hiperendémicas con otras próximas de baja prevalencia. A nivel global se ha realizado un estudio multicéntrico durante los años 2000–2005 por el grupo de estudio de patógenos emergentes de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, detectando incidencias de 0,13/100.000 habitantes y año en 6 hospitales españoles.

El diagnóstico de la borreliosis es complejo ya que la serología por sí sola no es diagnóstica². Esto es debido, en primer lugar, a que no distingue entre infección activa o exposición previa al microorganismo (los Ac pueden persistir durante años, incluso después del tratamiento) y también a la cantidad de reacciones cruzadas con otros microorganismos o en el seno de enfermedades inmunológicas.

Hemos realizado un estudio sobre la incidencia de esta enfermedad en el área de Cartagena, situada en el sureste español. Nuestro hospital atiende a una población de aproximadamente 200.000 habitantes además de un gran número de residentes estacionales y un colectivo numeroso de inmigrantes.

Se cuantificaron las serologías (IgG e IgM) para *B. burgdorferi* solicitadas a microbiología en el periodo comprendido entre 2004–2008, recopilando los pacientes con IgM positivas y estudiando retrospectivamente sus historias clínicas. Se establecieron como criterios diagnósticos los del grupo de trabajo de borreliosis de Lyme en España³.

En el periodo de estudio se solicitaron 936 serologías a *B. burgdorferi* en pacientes con sospecha clínica, siendo positivas las de 35 pacientes (3,7%). De todas ellas un 54% provenían del servicio de neurología, un 7% de medicina intensiva, 5% de medicina interna, 2% de pediatría, 2% de reumatología y un 30% no se identificaba el peticionario. De los 35 pacientes cuyas historias clínicas revisamos retrospectivamente, solo 3 cumplían criterios diagnósticos (8%). De ellos, en un solo paciente se recogía el antecedente conocido de picadura de garrapata. La clínica inicial en los 3 casos fue inespecífica, con fiebre, artralgias y aumento de reactantes de fase aguda en la analítica junto con artritis en

2 casos y alteraciones de la marcha en uno. Dos de los 3 casos presentaron lesión cutánea compatible con eritema migratorio aunque no se realizó biopsia. Los 3 casos recibieron tratamiento y curaron. El resto de las serologías solicitadas y marcadores de autoinmunidad fueron negativos en los 3 pacientes.

Como conclusiones destacamos que: la enfermedad de Lyme en nuestra área es muy infrecuente, comparada con otras regiones de España (Rioja⁴, Asturias⁵, País Vasco⁶, Cataluña⁷) y existen muchos falsos positivos de la serología que no cumplen criterios diagnósticos (también descrito en otros trabajos de la literatura⁸). En áreas no endémicas, como la nuestra, el valor predictivo de la serología decae significativamente por lo que su solicitud rutinaria en algunas patologías no se justifica debido a la dificultad en la interpretación de los resultados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Oteo JA, Martínez de Artola V. Borreliosis de Lyme. Aspectos epidemiológicos y etiopatogénicos. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 1995;13:550–5.
2. Roca B. Borreliosis de Lyme. *Med Clin (Barc).* 2006;127:265–8.
3. Grupo de trabajo en borreliosis de Lyme. Guerrero A. Borreliosis de Lyme: criterios diagnósticos. *Med Clin (Barc).* 1994;195:3–4.
4. Oteo Revuelta JA, Blanco Ramos JR, Martínez de Artola V, Granvidal García R, Ibarra Cucalón V. Eritema Migratorio (borreliosis de Lyme). Características clínico epidemiológicas de 50 pacientes. *Rev Clin Esp.* 2000;200:60–3.
5. Asensi JM, Martínez AMC, Guerrero A, Asensi V, Escudero R, De la Iglesia P, et al. Estudio epidemiológico de la enfermedad de Lyme en Asturias. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 1993;11:420–3.
6. Arteaga Pérez F, García-Moncó C. Factores de riesgo asociados con la presencia de Ac contra *Borrelia burgdorferi*. *Rev Clin Esp.* 1999;199:136–41.
7. Segura F, Diestre G, Sanfeliu I, Cardeñosa N. Seroprevalencia de la infección por *Borrelia burgdorferi* en el área del Vallés Occidental (Barcelona). *Med Clin (Barc).* 2004;123:395–9.
8. Beceiro A, Zúñiga C, Guerrero A. Baja incidencia de la enfermedad de Lyme en el noroeste gallego. *Enf Infecc Microbiol Clin.* 2001;19:505.

M.D.M. Alcalde-Encinas, E. Peñalver-González*,
A. Rodríguez Pavia y G. Tornel García

Servicio de Medicina Interna, Hospital Santa María del Rosell, Cartagena, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pedrobs2003@hotmail.com,
estherpg2003@hotmail.com (E. Peñalver-González).