

Diagnóstico a primera vista

Patología infecciosa importada desde el hemisferio norte

Infectious pathology imported from the northern hemisphere



María Mercedes Ibáñez Alcalde*, Belén González de Prádena, Leticia Martínez Campos y Patricia Juárez Marruecos

Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España

Descripción caso

Varón de 7 años de edad residente habitual en Alemania, que consulta en un servicio de Urgencias pediátrico de un hospital de la cuenca mediterránea del sureste peninsular, en época estival, por la aparición de varias lesiones cutáneas de unas 36 h de evolución en ambas piernas. Inicialmente eran pápulas eritematosas, que habían ido aumentando en tamaño, con borde eritematoso y aclaramiento central, en número de 6 (figs. 1 y 2). No presentaba síntomas locales ni constitucionales y la exploración física era anodina, salvo el exantema referido. No presentaba antecedentes personales reseñables, salvo un viaje a un área boscosa de Dinamarca del que había regresado hacia 5 días y en el que recordaba haber sido picado por garrapatas, en la última ocasión hacía 7 días.

Evolución y diagnóstico

Dada la sintomatología referida y el antecedente epidemiológico, con el diagnóstico clínico de sospecha de Enfermedad de Lyme en fase precoz, se solicitó serología de *Borrelia burgdorferi* (*B. burgdorferi*), así como de otros virus exantemáticos y *Rickettsia conorii*, y se prescribió antibioterapia empírica con doxiciclina oral 4 mg/kg/día cada 12 h durante 10 días.

La respuesta clínica fue favorable, con resolución de las lesiones en 48 h y sin intercurrencias clínicas. La IgG de *Borrelia* fue positiva, con IgM negativa y el resto de las serologías igualmente negativas. El paciente regresó a su lugar de residencia habitual a las 2 semanas, tras haber completado el tratamiento.

La enfermedad de Lyme es una infección multisistémica causada por la espiroqueta *B. burgdorferi sensu lato*, transmitida por la garrapata *Ixodes ricinus*. Es endémica en áreas rurales de Europa central y países escandinavos, con casos en España en zonas boscosas del

norte peninsular, donde la genoespecie implicada es *B. garinii*, pero no es habitual en zonas menos húmedas de clima mediterráneo¹ y suele tratarse de una infección importada.

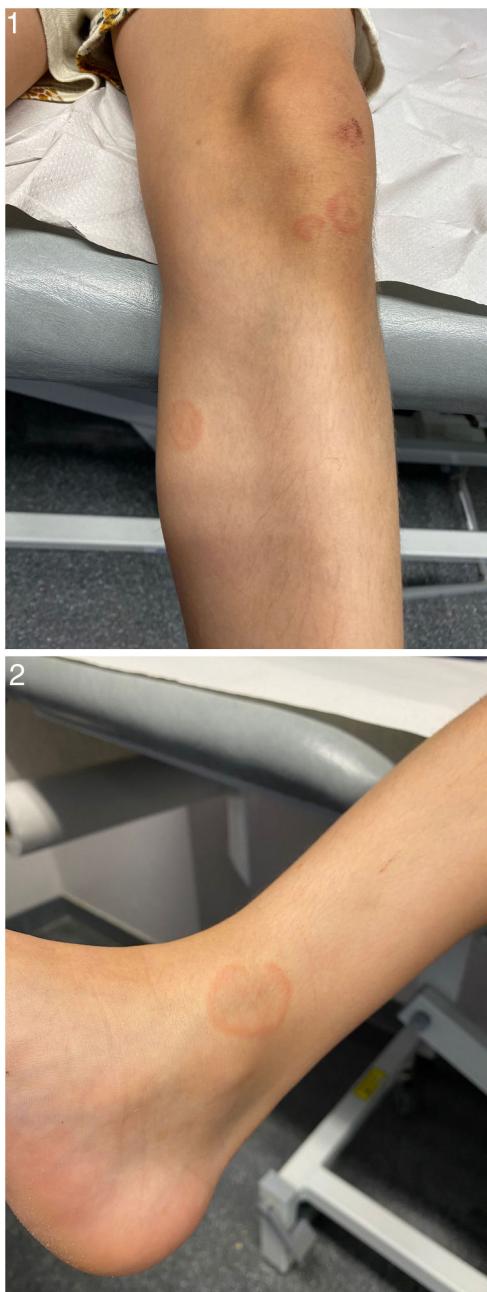
El eritema migratorio es característico de la fase precoz de la enfermedad, pero suele tratarse de una lesión única, mientras que el eritema migratorio múltiple es más frecuente en pacientes jóvenes y se considera un signo de diseminación hematogena a otras zonas de la piel. En estudios de Estados Unidos se ha relacionado con mayor severidad y mayor probabilidad de afectación de otros sistemas, lo cual no se ha demostrado en Europa², donde las genoespecies causantes de la infección y manifestaciones clínicas difieren, pero sí se ha detectado una mayor tasa de seropositividad aún en esta fase precoz, como en nuestro caso, como probable signo de diseminación.

El gold standard para el diagnóstico de confirmación es el cultivo, pero al tratarse de un microorganismo que requiere de medios especializados, habitualmente se realiza mediante estudio serológico. Se considera un caso confirmado si la manifestación clínica es el eritema migrans o una manifestación tardía de la enfermedad con confirmación microbiológica, que puede ser mediante aislamiento de la bacteria o 2 tests serológicos en líquido cefalorraquídeo o suero³. No obstante, en niños que presentan signos cutáneos típicos de la fase precoz de la enfermedad, como en este caso, no se considera necesario la confirmación microbiológica por su alta especificidad¹.

La enfermedad de Lyme es una enfermedad rara en nuestro medio, pero que hay que tener en cuenta en el amplio diagnóstico diferencial de los exantemas en edad pediátrica, dada la frecuencia de movimiento poblacional a zonas boscosas europeas y de la propia área peninsular, sobre todo en época estival, y más en el contexto de calentamiento global y modificaciones en las poblaciones de vectores y rutas migratorias de los animales que los vehiculizan.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmibanezalcalde@gmail.com (M.M. Ibáñez Alcalde).



Figuras 1 y 2. Lesiones anulares eritematosas y aclaramiento central, con crecimiento centrífugo en miembros inferiores.

El eritema migratorio, con la lesión anular característica de crecimiento centrífugo, puede ser múltiple, indicando diseminación en la fase precoz. Su identificación y un tratamiento adecuado resuelve la infección y evita complicaciones en un alto porcentaje de casos.

Financiación

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

Bibliografía

1. Portillo A, Santibáñez S, Oteo JA. Enfermedad de Lyme [Lyme disease]. *Enferm Infect Microbiol Clin.* 2014;32 Suppl 1:37–42.
2. Arnez M, Pleterski-Rigler D, Luznik-Bufon T, Ruzic-Sabljic E, Strle F. Solitary and multiple erythema migrans in children: comparison of demographic, clinical and laboratory findings. *Infection.* 2003;31:404–9.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Case definitions for infectious conditions under public health surveillance. *MMWR Recomm Rep.* 1997;46(RR-10):1–55.