



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/71 - CUANDO LA CLAVE ESTÁ EN LA DIANA

R. Maye Soroa¹, D. San José de la Fuente², L. Rodríguez Vélez³, M. Alonso Santiago¹, P. López Alonso Abaitua⁴, O. Casanueva Soler¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años. Antecedentes personales de dislipemia en tratamiento con pravastatina de 20 mg y exfumadora de 15 paquetes/año. Antecedentes familiares sin interés. En agosto, tras regresar de unas vacaciones en área rural acude a centro de salud por presentar desde hace 2 semanas una lesión eritematosa en región dorsal izquierda de unos 8-9 cm, pruriginosa, sin vesículas ni induración (no se observa picadura). Es diagnosticada de dermatitis y tratada con un corticoide tópico. A la semana acudió al servicio de urgencias, porque donde tenía la lesión cutánea que había desaparecido, presenta un dolor intenso, continuo, más acusado por la noche, con sensibilidad de la piel al contacto con la mano y con sustancias frías o calientes. Se extiende desde la región escapular izquierda a todo el hemitórax y se acompaña de malestar general, náuseas y vómitos. En urgencias se plantea el diagnóstico diferencial entre neuralgia postherpética y pinzamiento vertebral, quedando este descartado tras la realización de una RM de columna cervicodorsal. La paciente fue tratada con gabapentina y amitriptilina. Posteriormente el dolor se intensifica hasta hacerse insoportable y aparece anorexia, pérdida de peso, cefalea, astenia, dolor y debilidad del miembro inferior izquierdo. No tiene fiebre ni clínica respiratoria, el resto de anamnesis por aparatos es no contributiva y niega picaduras de garrapatas.

Exploración y pruebas complementarias: C y C: no presenta adenopatías cervicales, ni supraclaviculares. Tórax: AC: rítmica, sin soplos, AP: murmullo vesicular conservado. Dolor a palpación en zona axilar posterior izquierda, no adenopatías axilares, no lesiones cutáneas. Abdomen: blando, no doloroso, no masas ni megalias, EEII: no edemas, no signos TVP. Neurológica: normal Hemograma y bioquímica normales, salvo discreta neutrofilia, VSG: 23, GGT: 54, GOT: 45. PCR y TSH normales. Serología varicela zoster y herpes simple 1 y 2: IgG positivo con IgM negativo. Serología para sífilis negativa. Inmunoblot para enfermedad de Lyme en el límite. ECG y Rx tórax normal. Ecografía abdominal: infiltración grasa en hígado.

Juicio clínico: Enfermedad de Lyme.

Diagnóstico diferencial: Hipersensibilidad o reacción exagerada a picadura de artrópodos. Erisipela. Celulitis. Morfea. Granuloma anular. Tiña del cuerpo. Eritema anular centrífugo o multiforme. Reacción a medicamentos. Urticaria. Eccema numular. Erlichiosis y babesiosis.

Comentario final: Se trata a la paciente ante la sospecha de enfermedad de Lyme con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 4 semanas. Al finalizar antibioterapia la paciente presenta mejoría del estado general,

persiste el dolor que es menos intenso. Al cabo de 3 meses se puede retirar, estando la paciente asintomática. El diagnóstico de la enfermedad de Lyme es fácil si se piensa en ella, si existe la picadura de garrapata, si se produce en una zona endémica y si aparece el eritema migratorio. Esta entidad puede simular a otras enfermedades, como fibromialgia, síndrome de fatiga crónica o esclerosis múltiple. Si no aparece la lesión patognomónica (eritema migratorio). El diagnóstico se apoya en métodos microbiológicos. La serología se utilizará como prueba diagnóstica en conjunción con los datos clínicos.

Bibliografía

Barbour AG. The Biological and Social Phenomenon of Lyme Disease. *Science*. 1993;260:1610-6.

Steere AC. The emergence of Lyme disease. *J Clin Invest*. 2004;113:1093-101.

Oteo Revuelta JA, Blanco JR, Ibarra Cucalón V. Enfermedad de Lyme y otras borreliosis. *Medicine*. 2002;8:3693-700.