

424/1423 - SI NO LO PIENSAS, NO LO PIDES

V. Prieto Muñiz¹, V. Sierra Cadenas¹, M. Antuña Camporro² y S. Contreras Palavecino¹

¹Médico de Familia. Centro de Salud la Felguera. Langreo. Asturias. ²Médico de Familia. Centro de Salud El Entrego. Oviedo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 31 años que acude a su médico por febrícula vespertina en los últimos 2-3 días, astenia, artralgias y mialgias de forma generalizada. La impresión clínica es de probable virosis de inicio, pautando tratamiento con paracetamol. Al día siguiente acude de nuevo por fiebre elevada, hasta 39 °C, cefalea y cervicalgia intensas que empeoran con Valsalva, además persisten polimialgias, por lo que es remitido al servicio de urgencias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física inicial fue anodina, en su segunda visita mostraba signos de irritación meníngea débilmente positivos (dolor al forzar la flexión cervical). En urgencias se realiza analítica completa, sin alteraciones significativas. Se decide realizar punción lumbar: LCR de aspecto normal, niveles de glucosa y proteínas normales, clara linfocitosis, por lo que es ingresado para ampliar estudios con el diagnóstico de meningitis linfocitaria. Se solicita RMN cerebral, hemocultivos, serologías: RPP, Borrelia, toxoplasma, VHC y VHB, Coxiella, Brucella, VIH, Leptospira.

Orientación diagnóstica: PCR del LCR (Film Array) inicialmente es positiva para E.Coli (K1) y, aunque los datos clínicos y de análisis del LCR no cuadran mucho con esta posibilidad, se inicia antibioterapia dirigida: cefalosporina + aminoglucósidos. Posteriormente, dado el curso evolutivo tórpido, se añade doxiciclina y ceftriaxona para ampliar la cobertura antibiótica, incluso aciclovir.

Diagnóstico diferencial: Además de los patógenos ya mencionados (serologías solicitadas), se solicitan pruebas de autoinmunidad ante la posibilidad de etiología aséptica. Finalmente, la serología para Borrelia resulta positiva (IgM +, IgG +), también la serología para Coxiella aunque no parece el agente causal. El diagnóstico es de probable neuroborreliosis o enfermedad de Lyme.

Comentario final: Una historia clínica exhaustiva es la clave, pues la serología para Borrelia es una prueba que comúnmente “si no se piensa, no se pide”. El paciente se había retirado muchas garrapatas a lo largo de su vida, pero solo hacía falta una para transmitirle la borreliosis. Es importante que desde atención primaria se instruya a los pacientes de las zonas rurales en la detección de los síntomas de alarma tras la retirada de una garrapata.

Bibliografía

1. Portillo A, Santibáñez S, Oteo JA. Enfermedad de Lyme. Enferm Infect Microbiol Clin. 2014;32(Supl 1):37-42.

Palabras clave: Borrelia. Lyme. Garrapata.