



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

447/23 - TRAS EL RASTRO DE LA ESPIROQUETA

C. Fernández García¹, V. Rodríguez Rodríguez²

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villayón. Asturias. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Boal y Centro de Salud Navia. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 58 años, acude en varias ocasiones a médico de Primaria por mareos e inestabilidad de meses de evolución, con tendencia a la lateropulsión derecha que provocan caídas frecuentes, sin sensación de giro de objetos. Intolerancia a etoricoxib, tramadol y buprenorfina transdérmica. Antecedentes personales: hipercolesterolemia. AIT hemodinámico. Síndrome de piernas inquietas. Hernia discal C5-C6. Fractura-aplastamiento L3. Marcapasos implantado por enfermedad del seno. Tratamiento con gabapentina 300 mg, atorvastatina 10 mg, AAS 100 mg, dexketoprofeno 25 mg.

Palabras Clave: Lyme. Continuidad asistencial.

Exploración y pruebas complementarias: COC. BEG. TA 128/81, FC 67 lpm. Pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales normales. Nistagmus derecho horizontal. Barré y Mingazzini negativas. ROTs conservados. RCP bilateral flexor. Sensibilidad conservada. Dismetría en prueba índice-nariz; No en extremidades inferiores. Romberg con lateropulsión derecha que mejora con ampliación base de sustentación y empeora con ojos cerrados. Marcha normal. Otoscopia bilateral, Auscultación cardiopulmonar y ECG: sin alteraciones. Inicia tratamiento antivertiginoso que debe suspenderse por intolerancia digestiva; se disminuye dosis de gabapentina, empeorando cuadro de piernas inquietas. Comienza el peregrinaje por diferentes servicios hospitalarios: otorrinolaringología (antecedentes de perforación timpánica) tras extracción de cerumen no objetiva patología; traumatología y rehabilitación por cervicoartrosis; neurología que detecta sensibilidad propioceptiva ligeramente afectada en MMII y dismetría moderada bilateral en las 4 extremidades que aumenta con los ojos cerrados, Romberg positivo a la izquierda. Solicita electromiografía (EMG) y analítica que según consta en informe deberá valorar Atención Primaria, que un mes más tarde comunica a la paciente que sus resultados son normales, incluidos serología y perfil onconeural. La EMG descubre síndrome de túnel carpiano bilateral, recomendándose realizar prueba de potenciales evocados somatosensoriales que no traduce signos de alteración cordonal posterior. Transcurridos 16 meses en consulta de neurología, revisando analíticas previas se detecta Anticuerpos anti-Borrelia burgdorferi (Ig G)+ y blot confirmatorio (IgG+IgM), tras lo cual se realiza punción lumbar y analítica complementaria, que confirma serología de Lyme con aumento de Ig G e hiperproteinorraquia, aunque con bandas oligoclonales negativas. La ausencia de signos de meningitis, descarta infección activa actual. Se ingresa a la paciente para tratamiento con ceftriaxona IV 3 semanas.

Juicio clínico: Enfermedad de Lyme (neuroborreliosis).

Diagnóstico diferencial: Esclerosis múltiple. Brucellosis. Sífilis. Demencia.

Comentario final: Si la enfermedad de Lyme transmitida por la picadura de una garrapata infectada por la *Borrelia burgdorferi*, no es reconocida y tratada en la fase inicial cutánea, las espiroquetas pueden sufrir una diseminación hematogena que conduce a etapas más tardías de la enfermedad, entre las que se encuentran las manifestaciones neurológicas. A pesar de ello, el riesgo de infección es muy bajo. Medidas de precaución en áreas de alta prevalencia y la extracción precoz y completa de garrapata pueden prevenir la infección. No está indicado realizar profilaxis antibiótica de forma rutinaria. Mantener una buena comunicación entre los distintos niveles sanitarios asegura la continuidad asistencial, reduce errores diagnósticos y disminuye el gasto en Sanidad.

Bibliografía

Garcia-Moncó JC. Diagnóstico de la enfermedad de Lyme. Medicina Clínica (Barcelona). 1991;96:544-8.