

CARTA CLÍNICA

El eritema, ¿siempre es celulitis? El eritema migratorio. A propósito de un caso



Is erythema always cellulitis? The migratory erythema. A case report

Presentamos el caso de una mujer de 64 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias por cuadro de una semana de evolución de lesión negra y eritema en el miembro inferior izquierdo que ha ido progresando.

Es valorada previamente hasta en 3 ocasiones en atención primaria y urgencias, diagnosticándose: inicialmente picadura inguinal con linfangitis, por lo que se pautan cefalexina 1.000 mg cada 8 h por vía oral y ácido fusídico tópico; posteriormente, ante la extensión del eritema se diagnostica de posible alergia de contacto al ácido fusídico, suspendiéndose dicho tratamiento y añadiendo ebastina 20 mg cada 24 h por vía oral; por último, ante la mayor progresión del eritema se añade al tratamiento betametasona/gentamicina tópica.

Finalmente, acude al séptimo día de clínica al servicio de urgencias hospitalarias presentando una lesión cutánea necrótica de aproximadamente 1 cm en la región inguinal del miembro inferior izquierdo, con eritema circundante de hasta 30 cm de extensión con centro aclarado, asociando aumento de temperatura local sin edema ni empastamiento local (figs. 1 y 2). Al interrogar a la paciente refiere haber presentado también cefalea, febrícula y artromialgias. Desconoce el agente causal de la picadura, aunque refiere que trabaja en el campo.

Se presume cuadro clínico indicativo de posible eritema migratorio (EM) por enfermedad de Lyme y, dado que se encuentra en la fase inicial de la enfermedad, se decide iniciar tratamiento de manera empírica con doxiciclina 100 mg cada 12 h por vía oral durante 10-14 días, para valorar posteriormente su continuación según la evolución por su médico de atención primaria, suspendiendo el resto de los tratamientos previamente iniciados. Tras 14 días la paciente presenta mejoría de la sintomatología, confirmándose el diagnóstico de presunción inicial.

La enfermedad de Lyme es la dolencia transmitida por garrapatas más común en Estados Unidos, Canadá y Europa¹⁻³. Se trata de una infección bacteriana causada por 6 especies de la familia de las espiroquetas *Borreliaceae*. El nombre del género puede representarse como *Borrelia*

o *Borrelia*, en ambos casos la abreviatura del género es «B».

Se debe sospechar la enfermedad de Lyme en pacientes en riesgo de exposición a garrapatas portadoras de la enfermedad que presenten síntomas compatibles con ella. Este riesgo existe si el paciente proviene o ha viajado a un área endémica. Por este motivo es especialmente importante obtener un historial detallado de viajes y actividades, residencias anteriores y hallazgos clínicos previos que podrían ser consistentes con la enfermedad de Lyme. Sin estos antecedentes una lesión similar al EM podría identificarse de manera errónea como una picadura de otro insecto u artrópodo o como una celulitis comunitaria, tratándose con cefalosporinas de primera generación sin éxito e ineficaces para el tratamiento de la enfermedad de Lyme^{4,5}. Una vez sospechada la enfermedad de Lyme, el diagnóstico y el tratamiento dependerán de la etapa de la enfermedad.

Aunque la enfermedad de Lyme se divide en 3 fases según sus manifestaciones clínicas (enfermedad temprana localizada, temprana diseminada y tardía), nos centraremos en la primera fase a propósito del caso.

La enfermedad temprana localizada se caracteriza por la aparición de la lesión cutánea característica, EM (figs. 1 y 2), pudiendo presentar o no síntomas constitucionales (astenia, anorexia, cefalea, rigidez de cuello, mialgias, artralgias, linfadenopatía regional y fiebre). Aparece en un rango de 3-30 días desde la picadura de la garrapata. El EM ocurre aproximadamente en un 80% de los pacientes⁶ y suele tener las siguientes características⁷: localización cercana a axila, ingle, hueso poplíteo o línea del cinturón; no doloroso, aunque puede presentarse quemazón y aumento de la temperatura local al tacto; expansión lenta del eritema con aclaramiento central llegando hasta los 20-30 cm de diámetro, lo que le otorga aspecto de diana; rara vez presenta centros necróticos.

El diagnóstico en pacientes con sospecha de enfermedad de Lyme dependerá sobre todo de la etapa de la enfermedad.

El diagnóstico de EM debe ser únicamente clínico cuando se presente una lesión de EM característica en un paciente que vive o ha viajado a un área endémica o con factores de exposición⁸. En estos casos no se recomiendan pruebas serológicas, sobre todo si hay una única lesión, ya que las lesiones de EM aparecen antes del desarrollo de una respuesta inmunitaria siendo pacientes seronegativos. Tampoco se recomiendan las pruebas serológicas tras el



Figura 1 Eritema migratorio. Eritema localizado en la región inguinal con expansión de unos 30 cm con aclaramiento central, en esta ocasión con centro necrótico.

tratamiento, dado que no habrán llegado a desarrollar respuesta inmune. Si, por el contrario, existen dudas sobre si se trata de un EM puede no iniciarse tratamiento y realizarse serologías en el momento de la presentación, y, si son negativas, repetir tras 2 o 3 semanas.

Otra forma de diagnosticar la enfermedad de Lyme en su fase temprana localizada es mediante una prueba de reacción en cadena de la polimerasa mediante biopsia⁹. No obstante, no se suele utilizar dado que las biopsias no se realizan de manera rutinaria en atención primaria o los servicios

de urgencias ni las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa están ampliamente disponibles para uso clínico.

En cuanto al tratamiento, en su mayor parte también dependerá de la fase de la enfermedad en que nos encontremos.

Para la fase temprana localizada se prefiere pauta oral con doxiciclina 100 mg 2 veces al día durante 10 días y valorar continuar o no según la mejoría sintomática. También podrán ser opciones orales la amoxicilina 500 mg 3 veces al día o la cefuroxima 500 mg 2 veces al día durante 14 días⁹. Si

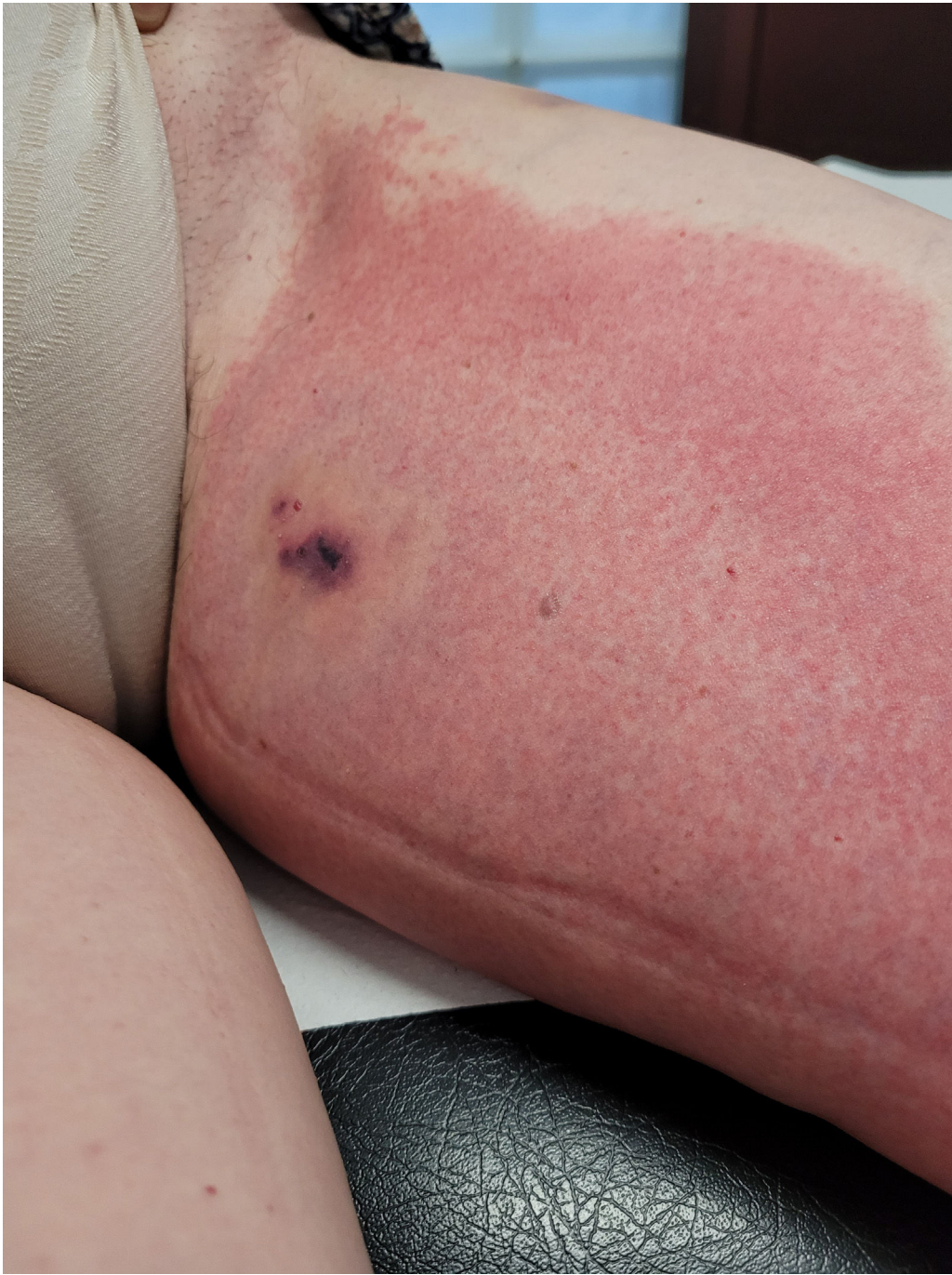


Figura 2 Ampliación del eritema migratorio. Se observa con claridad el centro necrótico, poco habitual.

existen dudas diagnósticas entre celulitis y EM se preferirá el uso de estas pautas en lugar de cefalosporinas de primera generación, quinolonas o vancomicina, que no son efectivas frente a la enfermedad de Lyme.

Responsabilidades éticas

El paciente ha facilitado su consentimiento y se han seguido los protocolos de los centros de trabajo sobre el diagnóstico

y tratamiento de la información de los pacientes para la publicación de este caso clínico.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Stanek G, Reiter M. The expanding Lyme Borrelia complex- Clinical significance of genomic species? Clin Microbiol Infect. 2011;17:487-93.
2. Shapiro ED. Lyme disease. N Engl J Med. 2014;371:684.
3. Steere AC, Strle F, Wormser GP, Hu LT, Branda JA, Hovius JW, et al. Lyme borreliosis. Nat Rev Dis Primers. 2016;2: 16090.
4. Nowakowski J, McKenna D, Nadelman RB, Cooper D, Bittker S, Holmgren D, et al. Failure of treatment with cephalexin for Lyme disease. Arch Fam Med. 2000;9:563-7.
5. Agger WA, Callister SM, Jobe DA. In vitro susceptibilities of Borrelia burgdorferi to five oral cephalosporins and ceftriaxone. Antimicrob Agents Chemother. 1992;36:1788-90.
6. Steere AC, Sikand VK. The presenting manifestations of Lyme disease and the outcomes of treatment. N Engl J Med. 2003;348:2472-4.
7. Edlow JA. Erythema migrans. Med Clin North Am. 2002;86:239-60.
8. Hu LT. In the clinic. Lyme disease. Ann Intern Med. 2012;157:ITC2-2--2.
9. Lantos PM, Rumbaugh J, Bockenstedt LK, Falck-Ytter YT, Aguerorosenfeld ME, Auwaerter PG, et al. Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA), American Academy of Neurology (AAN), and American College of Rheumatology (ACR): 2020 guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of Lyme disease. Arthritis Rheumatol. 2021;73:12-20.

T. Villena Guerras* y M.C. Santos Matallana

*Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España**

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: teresa.villena.g@gmail.com
(T. Villena Guerras).