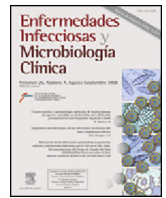




Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Mácula eritemato-violácea en la pierna de una turista

Violaceous patch in the leg of a tourist

Josep Riera-Monroig*, Constanza Riquelme-Mc Loughlin y Pilar Iranzo

Servicio de Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

Descripción del caso

Una mujer de unos 30 años, austríaca, sin antecedentes patológicos de interés ni medicación habitual, consultó por dolor y edema en pierna derecha que había aparecido durante sus vacaciones. La paciente refería que tras largas horas de pie y caminando, había iniciado 2 días atrás dolor y enrojecimiento en la extremidad inferior derecha, con posterior progresión. La paciente estaba preocupada por si podría tratarse de una picadura de araña. No presentaba síntomas adicionales como fiebre, cefalea ni astenia. A la exploración física destacaba la presencia de una placa eritemato-violácea de 8 × 6 cm en la cara externa de la parte inferior de la pierna derecha, con un centro y periferia más acentuados (fig. 1).



Figura 1. Mácula eritematosa en la que se puede observar un anillo central y otro periférico de tono violáceo.

Evolución

Se realizó analítica con hemograma, perfil hepático, renal y coagulación con resultados normales. Con la sospecha diagnóstica de

picadura de araña, se solicitó valoración por dermatología para una pauta de curas que permitiera una recuperación más rápida. A nuestra valoración, con la sospecha de enfermedad de Lyme, la paciente refirió que hacía 2 semanas, estando de excursión en Austria donde se encontraba desde hacía 6 meses, sufrió una picadura en la misma extremidad que no comportó más clínica posterior. Con el antecedente epidemiológico y la clínica, se estableció un diagnóstico de enfermedad de Lyme temprana localizada o eritema migratorio (EM) y se prescribió tratamiento empírico con doxiciclina 100 mg/cada 12 h/durante 10 días. El resultado tanto de la IgM como de la IgG para *Borrelia* fueron negativos. Se realizó seguimiento teledermatológico de la paciente, con respuesta completa de la lesión.

Comentario final

La enfermedad de Lyme es una infección causada por *Borrelia* que se transmite a través de la picadura garrapatas del género *Ixodes*. Su prevalencia es elevada en EE. UU. y Centroeuropa (Austria, Holanda y Estonia, entre otros). En España, presenta una mayor incidencia en las provincias del norte de la península ibérica, especialmente en Lugo, Asturias, Huesca y La Rioja¹. Clínicamente presenta distintos estadios, siendo la fase inicial la que es más fácilmente reconocible desde el punto de vista cutáneo. En países donde la enfermedad de Lyme es rara, el EM puede ser diagnosticado como reacción de hipersensibilidad a picadura de artrópodo, loxoscelismo, eritema fijo medicamentoso u otras dermatosis². Clásicamente, se describe la imagen en ojo de buey (anillo dentro del anillo), que puede observarse en la imagen de nuestro caso (fig. 1). El diagnóstico es clínico, basado no solo en la lesión cutánea típica, si no, también en los datos epidemiológicos (zona endémica, verano). El caso presentado presenta características clínicas atípicas como la localización y el componente doloroso, no son los habituales. Además, la expansión de la mácula del EM es lentamente progresiva, mientras que la paciente refería aparición en pocos días. Sin embargo, la lesión era la clásicamente descrita en una paciente que había estado en área endémica, por lo que el diagnóstico clínico era de EM. En cuanto a las técnicas de laboratorio, la serología para borreliosis en pacientes con EM es frecuentemente negativa. De hecho, no se recomiendan estudios serológicos

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jriera@clinic.cat (J. Riera-Monroig).

en el estadio inicial de la enfermedad de Lyme dada la falta de sensibilidad³. El tratamiento del EM más utilizado en adultos es la doxiciclina, ya que en países endémicos es efectiva también en el tratamiento de otras especies que producen coinfección como el *Anaplasma phagocytophilum* y la *Borrelia miyamotoi*⁴. La pauta habitual en Europa es doxiciclina 100 mg/12 h/durante 10 días al estar producido por *B. afzelii*, a diferencia de *B. burgdorferi* en EE. UU. donde se extiende hasta los 21 días de tratamiento. Existen otras alternativas válidas como amoxicilina 500 mg/8 h/durante 14 días o cefuroxima 500 mg/12 h/durante 14 días, que son de elección en embarazadas³.

En conclusión, la sospecha clínica es clave en el diagnóstico del EM en pacientes con antecedentes epidemiológicos concordantes. En estos casos, se debe iniciar tratamiento empírico, y los estudios serológicos pueden ser negativos.

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. Bonet Alavés E, Guerrero Espejo A, Cuenca Torres M, Gimeno Vilarrasa F. Incidencia de la enfermedad de Lyme en España. *Med Clin (Barc)*. 2016;147:88–9.
2. Nadelman RB. Erythema Migrans. *Infect Dis Clin North Am*. 2015;29:211–39.
3. Sanchez E, Vannier E, Wormser GP, Hu LT. Diagnosis, Treatment, and Prevention of Lyme Disease, Human Granulocytic Anaplasmosis, and Babesiosis: A Review. *JAMA*. 2016;315:1767–77
4. Raileanu C, Moutailler S, Pavel I, Porea D, Mihalca AD, Savuta G, et al. *Borrelia* Diversity and Co-infection with Other Tick Borne Pathogens in Ticks. *Front Cell Infect Microbiol*. 2017;7:36.