

Borreliosis de Lyme en el niño: doble infección o evolución atípica

enfermedad de Lyme, anticuerpos
antiborreliá, infancia

Sr. Director: La borreliosis de Lyme es una infección que tiene una distribución universal, aunque parece más prevalente en el norte de América y Europa. En nuestro país se ha descrito en varias ocasiones^{1,2}. A pesar de ello y de los estudios epidemiológicos realizados, los datos que se poseen son incompletos, de difícil interpretación y pocos hacen referencia a niños³. A continuación se presenta un caso que cursó con afectación cardíaca.

Enferma de 11 años de edad, sin antecedentes de interés salvo que residía en ambiente rural, no recordaba picadura de garrapata y presentaba desde hacía 2 años dolor en grandes articulaciones, de forma simétrica, y sin signos de inflamación o impotencia funcional. Fue estudiada en el departamento de dermatología por una lesión cutánea eritematosa, de bordes circinados, de 2 x 3 cm, poco evidente, en la pierna izquierda y de 2 a 4 meses de evolución. Experimentaba palpitaciones y fue estudiada en el departamento de pediatría en el cual se detectaron pulsos normales, tensión arterial 110/60 mmHg, auscultación cardíaca normal, sin cianosis o signos de insuficiencia cardíaca. En el electrocardiograma había un bloqueo auriculoventricular de primer grado inconstante y la ecocardiografía 2D puso de manifiesto un ventrículo izquierdo en los límites altos de la normalidad (diámetro diastólico: 4,30 cm) con función sistólica deprimida y fracción de eyección del 54%. El hemograma fue normal, VSG 20 mm/h; bioquímica normal (urea, glucosa, iones, bilirrubina directa e indirecta, amilasa); prueba de ASTO 550 U (punto de corte en 200 U); pruebas de RCP y látex negativas (inferiores a 0,8 mg/dl y 30 U/ml, respectivamente); cultivo bacteriológico de exudado faríngeo: flora comensal con *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus parainfluenzae*; la investigación de anticuerpos anti-*Borrelia burgdorferi* (IgG e IgM, ELISA indirecto, Sanofi Pasteur, Francia; IgG e IgM, Western-blot, MarDX, EE.UU.) demostró la presencia de los mismos con una serología de sífilis negativa. La enferma fue tratada con 100 mg de doxiciclina cada 12 h durante 10 días. En el control clínico, realizado

TABLA 1

Evolución de los anticuerpos anti-*Borrelia burgdorferi* en la enferma

Muestras (intervalo)	IgG+IgM	Bandas de Western blot	
		IgG	IgM
Primera	Positivo	Negativo	66, 60, 41, 34, 31, 22
Segunda (60 días)	Positivo	Negativo	66, 60, 41, 34, 31, 22
Tercera (150 días)	Negativo	ND	ND

ND: no determinado.

a los 2 meses, se observó la desaparición de síntomas cardíacos, articulares y cutáneos. La exploración cardiológica, electrocardiograma y ecocardiografía 2D fue normal y los anticuerpos anti-*B. burgdorferi* persistieron. Se repitió tratamiento según pauta anterior y en los 3 meses siguientes la serología a *B. burgdorferi* (ELISA) (tabla 1) se negativizó: persistió la mejoría clínica. Dos años después sigue asintomática.

En general, la mayoría de los diagnósticos de borreliosis de Lyme realizados en nuestro país tienen en común que no existe antecedente de picadura de garrapata o eritema crónico migrans. Debido a esto, si bien la lesión cutánea se puede considerar diagnóstica de la enfermedad⁴, las manifestaciones articulares se convierten en uno de los datos más característicos y frecuentes. Es destacable la buena respuesta clínica al tratamiento, con desaparición de los anticuerpos específicos, hecho ya descrito en fases precoces de la enfermedad⁵. Se ha documentado la persistencia de anticuerpos IgM en enfermos con evolución desfavorable⁶ y una mayor sensibilidad del Western blot, respecto del ELISA, en fases iniciales de la enfermedad⁵. Posiblemente, en la enferma, la precocidad en la investigación de los anticuerpos y la realización de tandas de tratamiento de forma precoz y reiterada justifican que no se detectara IgG en el Western blot y la negativización del ELISA en la última determinación, lo que se asoció a una buena respuesta clínica. Hoy día el diagnóstico de la enfermedad sigue siendo clínico y el laboratorio de microbiología confirma esta sospecha, aunque muchas veces la sintomatología no llega a ser lo suficientemente relevante como para sugerirla. A partir de lo expuesto, se debe considerar en nuestro medio la borreliosis de Lyme como una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial cuando existan en el enfermo lesiones cutáneas y/o alteraciones cardíacas compatibles, aun sin existir el antecedente de picadura de garrapata, y que la seroconversión de IgG puede no ser suficiente para el diagnóstico de laboratorio de la enfermedad.

Agradecimiento

Nuestro agradecimiento al Prof. Delgado, del departamento de dermatología de nuestro hospital por su colaboración desinteresada en el diagnóstico clínico de este caso.

José Gutiérrez^a, Francisca Núñez^a,
Natalia Utilla^b y Carmen Maroto^b

Departamentos de ^aMicrobiología y ^bPediatría. Hospital Universitario San Cecilio. Universidad de Granada

- Gómez-Mateos JM, Sánchez-Porto A, Lozano de León F, López-Cortés L. Enfermedad de Lyme en la provincia de Sevilla. Med Clin (Barc) 1990; 94: 236-237.
- Muñoz-Sanz A, Cardesa JJ, Zarallo-Cortés L, Martos C, Bermejo M, García de la Llana F et al. Infección por *Borrelia burgdorferi* en Extremadura. Enferm Infecc Microbiol Clin 1991; 9: 125-127.
- García-Moncó JC. Diagnóstico de la enfermedad de Lyme. Med Clin (Barc) 1991; 96: 544-548.
- Aguero-Rosenfeld ME, Nowakowski J, McKenna DF, Carbonaro CA, Wormser GP. Serodiagnosis in early Lyme disease. J Clin Microbiol 1992; 31: 3.090-3.095.
- Craft JE, Grodzicki RL, Steere AC. Antibody response in Lyme disease: evaluation of diagnostic test. J Infect Dis 1984; 149: 789-795.

1. Asensi JM, Martínez MC, Guerrero A, Asensi V, Escudero R, De la Iglesia P et al. Estudio epidemiológico de la enfermedad de Lyme en Asturias. Enferm Infecc Microbiol Clin 1993; 11: 420-423.