

# ¡DOCTORA, ME PICÓ UNA GARRAPATA!

Núria López Batet, Laia Gené Huguet, Amparo Hervás Docon, Marta Navarro González, Núria Sánchez Ruano, Josep Maria Vilaseca Llobet  
Cap Comte Borrell, CAPSBE, Barcelona

## Introducción:

La enfermedad de Lyme es una enfermedad transmitida por la picadura de garrapatas del género Ixodes (imagen 1 y 2) que inoculan espiroquetas del género Borrelia ( imagen 3 ).



**Imagen 1**



**Imagen 2**



**Imagen 3**

Tiene una amplia distribución mundial, especialmente en el hemisferio norte. Tres especies de Borrelia son patógenas en el hombre: *Borrelia burgdorferi sensu stricto*, *Borrelia garinii* y *Borrelia afzelii*

La lesión más característica de infección temprana es el Eritema Migrans. Ante la sospecha clínica, es importante antibiótico para evitar la diseminación hematológica

La clínica se divide en:

• **Estadio I ( enfermedad temprana localizada):** Se inicia 1 - 2 semanas después de la picadura. Aparece una placa eritematosa que se expande hacia la periferia, **Eritema migrans ( EM )**. En el centro puede desarrollarse un nódulo reactivo linfático confiriendo un aspecto anular a la lesión. Puede acompañarse de fiebre, dolores musculares, cefalea, etc.

**El cuadro clínico compatible con EM es muy característico, por lo que su presencia permite realizar un diagnóstico definitivo de enfermedad de Lyme.**

• **Estadio II ( enfermedad temprana diseminada ):** la clínica puede presentarse desde la primera semana post-infección hasta meses más tarde y es común que existan periodos asintomáticos. Se caracteriza por afectación sistémica; las espiroquetas se diseminan con afectación del sistema músculo-esquelético (60%), piel (20-25%), sistema nervioso central (SNC) (10%) y corazón (5%). Presentan síntomas constitucionales: fiebre, cefalea, rigidez de nuca leve, dolor musculoesquelético, artralgias y malestar general.

• **Estadio III ( enfermedad tardía ):** hasta un año después de la infección. Se divide en dos grupos: clínica secundaria a la infección persistente por Borrelia ( acrodermatitis crónica, artritis persistente de Lyme y la neuroborreliosis ), y clínica secundaria a fenómenos autoinmunes y daño tisular (encefalopatía, cardiomiopatía dilatada de Lyme y artritis resistente a antibióticos ).

Una minoría de pacientes síntomas persistentes, **síndrome post-Lyme** ( fatiga, artralgias, cefalea, rigidez de nuca, parestesias, irritabilidad, insomnio y alteraciones de la memoria y la concentración ). Se asocia con enfermedad diseminada y retraso en el inicio del tratamiento

## Descripción del caso:

Mujer de 53 años que consulta por lesión cutánea

**Antecedentes personales:** natural de Ecuador aunque reside en España desde hace 10 años, no refiere antecedentes de interés.

**Anamnesis:** acude por aparición de lesión cutánea en región laterocervical izquierda no pruriginosa desde hace 4 días. La paciente explica que hace 15 días estando de viaje en Francia ( Alta Saboya ), le picaron unas garrapatas en los brazos y en la zona donde le ha aparecido la lesión. Explica que ella misma se las extirpó, pues sabe como hacerlo, en su país le habían picado en alguna otra ocasión. Niega fiebre. No mialgias. No cefalea.

**Exploración:** lesión maculo-papular eritematosa de 1,5 cm con halo eritematoso periférico de 5 x 3 cm. No adenopatías laterocervicales ni supraclaviculares ni axilares. Temperatura axilar: 36,5°C.



## Juicio clínico:

Se orienta como probable Eritema Migrans en contexto de picadura de garrapata previa

## Tratamiento

Doxiciclina 100mg/12h por 21 días.

El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas y prevenir el desarrollo de las complicaciones y la evolución hacia etapas tardías. Por eso es importante iniciar el tratamiento en fases tempranas. Pero muchos pacientes no recuerdan la picadura de por lo que si no desarrollan un EM el diagnóstico puede ser en fases avanzadas.

**El diagnóstico es principalmente clínico, se recomienda iniciar el tratamiento en todos los pacientes con sospecha.**

En adultos en estadio I-II, en presencia de EM y ausencia de manifestaciones neurológicas y/o bloqueo aurículo-ventricular (AV) completo, puede realizarse con 10-21 días de doxiciclina oral 100 mg/12h , 14-21 días de amoxicilina oral 500 mg/8h o 14-21 días de cefuroxima oral 500 mg/12h.

Otras alternativas : azitromicina oral 500 mg /24h 7-10 días, claritromicina oral 500 mg/12h 14-21 días.

Para los niños menores de ocho años de edad en quienes está contraindicado el uso de tetraciclinas, el tratamiento recomendado es amoxicilina oral a dosis de 50 mg/kg/día en tres dosis al día o cefuroxima oral 30 mg/kg/día en dos dosis al día.