

Medicent Electrón. 2016 abr.-jun.;20(2)

HOSPITAL DOCENTECLÍNICO-QUIRÚRGICO
«CMDTE. MANUEL FAJARDO RIVERO»
SANTA CLARA, VILLA CLARA**COMUNICACIÓN****Un posible caso de enfermedad de Lyme****A possible case of Lyme disease****MSc. Dr. Osbeydis García Zamora¹, Dra. Maricel Carballo Vazquez², MSc. Dra. María Obdulia Benítez Pérez³**

1. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Oftalmología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructor. Hospital Docente Clínico-Quirúrgico Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: jcimfr@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de Primer Grado en Oftalmología. Instructora. Hospital Docente Clínico-Quirúrgico Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: jcimfr@capiro.vcl.sld.cu
3. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructora. Hospital Docente Clínico-Quirúrgico Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: jcimfr@capiro.vcl.sld.cu

RESUMEN

La enfermedad de Lyme es una afección infecciosa multisistémica que afecta la piel, las articulaciones, el corazón, el sistema nervioso, entre otros; causada por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*. El cuadro clínico es muy variable. En etapas tardías, pueden aparecer manifestaciones neurológicas y cardiovasculares. El diagnóstico se realiza mediante la técnica de Elisa y se confirma mediante Western blot o Reacción en cadena de la polimerasa, debido a la dificultad para aislar el microorganismo causal en medios de cultivos. Por lo poco común de esta enfermedad en Cuba, se hace necesaria una mejor preparación por parte de nuestros especialistas, ya que el desconocimiento podría ocasionar al paciente graves afectaciones que pudieran, incluso, provocarle la muerte.

DeCS: enfermedad de Lyme/diagnóstico.

ABSTRACT

Lyme disease is a multi-systemic infectious illness that affects skin, joints, heart and nervous system, among others; it is caused by the spirochete *Borrelia burgdorferi*. Its clinical manifestation is very variable. Cardiovascular and neurological manifestations can appear at later stages. Its

diagnosis is made through ELISA test and it is confirmed by means of Western blot test or polymerase chain reaction technique due to the difficulty of isolating causal microorganism in culture media. As this disease is not very common in Cuba, a better preparation of our specialists becomes necessary, since its ignorance might cause serious affectations and even, patient death.

DeCS: Lyme disease/diagnosis.

La enfermedad de Lyme (EL) es una zoonosis causada por una espiroqueta: *Borrelia burgdorferi*, en una afección multisistémica de comienzo agudo y evolución subaguda o crónica, descrita por primera vez hace ya algunos años, que ha llegado a convertirse en una enfermedad frecuente en los EE.UU. El vector principal de la EL es una garrapata del género *Ixodes*. Son vectores competentes: *I. scapularis*, *I. pacificus* e *I. persulcatus*, todas pertenecientes al complejo *Ixodes ricinus*. El hombre es un hospedero accidental del agente causal. Generalmente, aparece en los meses de verano en forma de una mácula cutánea, patognomónica, llamada eritema migrans (EM), y se desarrolla en el sitio de la picadura de la garrapata; posteriormente provoca una respuesta inmunológica anormal, que días, semanas o meses después puede dar lugar a manifestaciones neurológicas, cardíacas o reumáticas, principalmente. El diagnóstico es esencialmente clínico, aunque pueden resultar útiles los títulos de anticuerpos de la fase aguda y de convalecencia.¹

Después de período de incubación de 3 a 32 días, se presenta la enfermedad, la cual generalmente pasa por diferentes estadios: infección localizada, diseminada y persistente; 2 después de la etapa aguda, se describen dos síndromes postinfecciosos: a) la artritis de Lyme resistente al tratamiento, que se manifiesta con inflamación persistente de las articulaciones durante meses, e incluso años, después del tratamiento inicial con antibióticos; b) el síndrome postenfermedad de Lyme, donde los pacientes desarrollan dolores musculoesqueléticos incapacitantes, síntomas neurocognoscitivos o fatiga durante meses o años después del tratamiento inicial de la infección.

Las pruebas de laboratorio clínico comúnmente usadas no revelan información útil para el diagnóstico de esta enfermedad, puesto que los resultados de hemoglobina, hematócrito, creatinina y de orina son usualmente normales y el conteo de leucocitos puede ser indistintamente elevado, pero también puede ser normal. Si existe afectación neurológica en muestras de líquido cefalorraquídeo (LCR), puede observarse una pleocitosis linfocítica moderada, proteinorraquia y glucosa normal o ligeramente baja.^{2,3}

La EL fue descrita por primera vez en 1975 y se ha registrado en varias regiones de los Estados Unidos, Europa, la antigua Unión Soviética, China y Japón.¹⁻⁴ Desde finales del siglo XX se considera como una importante zoonosis emergente, por las graves secuelas que produce a la salud humana y por las dificultades para su prevención y control.^{5,6} En América Latina y el Caribe, existen evidencias clínicas y de laboratorio sobre la infección por borrelias en diversos países: Argentina, Bolivia, Chile, Colombia y Venezuela. En Cuba es controversial, y los primeros posibles casos han sido publicados por Rodríguez y colaboradores,⁷ en el 2003, por evidencias serológicas y clínicas. Existen evidencias específicas que sugieren la infección en diferentes regiones del país (Pinar del Río, Artemisa, La Habana, Sancti Spíritus y Holguín), en muestras de sueros de individuos con sospechas clínicas y epidemiológicas, así como por la detección de anticuerpos específicos en individuos de una comunidad donde históricamente ha existido infestación por garrapatas. La EL se presenta en individuos de cualquier edad. Es más frecuente en los hombres, que en las mujeres. El principal factor de riesgo para adquirir la infección es la permanencia en zonas boscosas o en las que predomine la vegetación, por lo que se considera como una enfermedad profesional para los guardabosques, leñadores, agricultores y ganaderos.²

La EL es rara, muy poco frecuente en Cuba; se sospecha por primera vez en la provincia de Villa Clara, en el municipio de Manicaragua, zona rural con un hábitat donde los artrópodos transmisores son muy comunes.

En la consulta de Oftalmología del Hospital Docente Clínico-Quirúrgico «Cmdte. Manuel Fajardo Rivero» de Villa Clara, se detectó un posible caso de EL, con antecedentes de salud anterior; y que presentaba dolor ocular moderado, pérdida brusca de la visión y desviación del ojo izquierdo hacia fuera, en relación con la línea media de su cuerpo, lo que motivó el estudio y la prescripción de tratamiento médico. No se encontraron antecedentes patológicos personales ni familiares que pudieran orientar un diagnóstico preciso. La poca claridad de los resultados de los exámenes complementarios habituales condujeron a realizar una resonancia magnética nuclear que mostró engrosamiento de la vaina del nervio óptico del ojo izquierdo del paciente, en su porción intraorbitaria, con lo cual se confirmó el edema del disco óptico encontrado al examen físico; el estudio del líquido cefalorraquídeo evidenció una pleocitosis linfocítica, con concentraciones de proteínas elevadas y de glucosa ligeramente baja.^{2,3} Por último, se definió con la entomóloga del servicio de Epidemiología hospitalaria el género de la garrapata relacionada con dicha afección, quien proporcionó la siguiente descripción: Reino: Animalia, Filo: Arthropoda, Clase: Arachnida, Subclase: Acari, Superorden: Parasitiformes, Orden: Ixodida, Familia: Ixodidae, Subfamilia: Amblyomminae Género: Amblyomma Cajennense, muy similar al agente causal encontrado en el caso presentado y documentado por especialistas del Instituto de Medicina Tropical «Pedro Kourí»,² en Pinar del Río.

Sin embargo, ante los referentes citados, y después del examen y diagnóstico clínico epidemiológico, se llega a la conclusión de estar en presencia de un posible caso de EL, y se administró tratamiento específico con ceftriaxona, doxiciclina, esteroides y vitaminas durante 14 días. La buena respuesta del paciente y la reversión de casi todos los signos y síntomas fueron gratificantes, aunque de la agudeza visual no mejoró totalmente hasta varias semanas de evolución posterior al egreso ([Figura 1](#)).

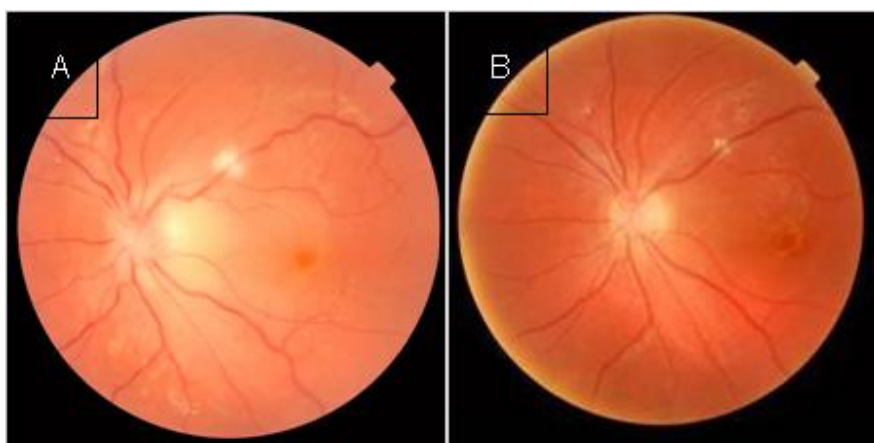


Figura 1. A. Signos de papilitis por retinografía (sin contraste) del ojo izquierdo del paciente afectado. B. Desaparición de la papilitis después del tratamiento.

Por ello, el cuadro clínico compatible con el diagnóstico de EL debe investigarse intencionadamente en nuestra región e incrementar la percepción de riesgo por parte del personal de la salud. Asimismo, debería tenerse en cuenta por las autoridades de salud y de docencia médica, la necesidad de preparar a nuestros profesionales para el diagnóstico certero de esta enfermedad, ante la posibilidad de que pueda convertirse en un problema de salud por la existencia de condiciones ambientales para su desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrera Lorenzo O, Infante Ferrer J, Ramírez Reyes C, Lavastida Hernández H. Enfermedad de Lyme: historia, microbiología, epizootiología y epidemiología [internet]. Rev Cubana Hig Epidemiol [internet]. 2012 mayo-ago. [citado 4 ene. 2013];50(2):[aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000200012&n
2. Rodríguez González I. Actualización acerca de *Borrelia burgdorferi sensu lato* y enfermedad de Lyme [internet]. Rev Cubana Med Trop [internet]. 2013 abr.-jun. [citado 14 jun. 2014]; 65(2):[aprox. 16 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602013000200002
3. Rodríguez González I. Evidencias de infección por *Borrelia burgdorferi sensu lato* en Cuba [tesis]. La Habana: Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí; 2011 [citado 10 ene. 2012]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/424/>
4. Hildenbrand P, Craven DE, Jones R, Nemeskal P. Lyme neuroborreliosis: manifestations of a rapidly emerging zoonosis [internet]. AJNR Am J Neuroradiol [internet]. 2009 apr. 3 [citado 19 jun. 2011];30(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.ajnr.org/content/30/6/1079.long>
5. Fernández Molina C, Obregón Fuentes AM. VI Taller Internacional «Leptospirosis Habana 2012». I Curso Pre-Congreso de «Borreliosis de Lyme: del vector a la enfermedad». II Congreso Internacional de Leptospirosis, Sífilis y Borreliosis «Espiroquetas Habana 2012». Rev Cubana de Med Trop [internet]. 2013 abr.-jun. [citado 19 sep. 2013];65(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602013000200001&n
6. Rodríguez I, Pedroso R, Fernández C, Cinco M, Fuentes O. ¿Enfermedad de Lyme en Cuba? Presentación de posibles casos [internet]. Rev Cubana Med Trop [internet]. 2003 [citado 14 ene. 2011];55(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol55_1_03/mtr07103.htm
7. Rodríguez Versón HE, Rodríguez Versón G. Enfermedad de Lyme. En: Reumatología Pediátrica [internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2012 [citado 14 ene. 2013]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/reumatologia_pediatica/cap20.pdf

Recibido: 16 de enero de 2016

Aprobado: 25 de febrero de 2016

MSc. Dr. Osbeydis García Zamora. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Oftalmología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructor. Hospital Docente Clínico-Quirúrgico Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: jcimfr@capiro.vcl.sld.cu