



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/1097 - De una dudosa Infección Urinaria a una Neuroborreliosis. A propósito de un caso

M. de Cos Gutiérrez<sup>a</sup>, M.J. Otero Ketterer<sup>b</sup>, J.L. López Fernández<sup>b</sup>, A I. Ortiz Blanco<sup>b</sup>, C. Manzanares Arnáiz<sup>c</sup>, N. Guelai<sup>d</sup> y N. Royuela Martínez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Liébana. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Besaya. Los Corrales de Buelna. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Centro de Salud Santoña. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. <sup>e</sup>Cardiología-críticos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 37 años sin antecedentes de interés. Inicia cuadro de fiebre alta (39 °C) acompañado de sedimento patológico por lo que se atribuye la fiebre a una ITU. Poco después desarrolla cuadro de malestar, artromialgias y febrícula 37,8 °C. Además refiere acúfenos en oído izquierdo y cefalea hemicraneal izquierda (no antecedente de migrañas previas) y sudoración profusa autolimitada sin causa aparente. Presenta además cuadro constitucional con pérdida de 7 kg de peso en los últimos 2 meses y astenia. La paciente ingresa en el hospital y se le realiza toda una batería de analíticas y pruebas serológicas objetivando serología positiva a *Borrelia burgdorferi* (antigua) y a *Rickettsia conorii* (reciente).

**Exploración y pruebas complementarias:** CyO; TA 100/75; peso 54. Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración neurológica: FIS normales; meníngeos negativos, PICNR con resto de pares craneales normales. No focalidad sensitivomotora; pruebas cerebelosas normales. Analítica: 6.800 leucos con formula normal, VSG 14 FR negativo. Serología Brucela, lúes, toxoplasma, hepatitis y VIH negativo. *Borrelia burgdorferi* Ig G positivo e IgM negativo. *Rickettsia conorii* Ig M positivo y Ac a títulos 1/40 y 2 meses más tarde Ac a títulos 1/160. TAC craneal sin alteraciones. Líquido cefalorraquídeo: células 0; hematíes 0; G 68, PR 31; ADA < 4. Bandas oligoclonales mediante IEE en gel de agarosa positivas. PET de cuerpo entero de rastreo tumoral negativo con FDG-F18.

**Juicio clínico:** Neuroborreliosis. Rickettsiosis.

**Diagnóstico diferencial:** Patología tumoral, lúes, hepatopatías víricas, brucelosis, toxoplasma.

**Comentario final:** Ante un proceso infeccioso de origen no claro, en un entorno con incidencia de zoonosis por espiroquetas, la anamnesis y el diagnóstico clínico nos pueden poner en el camino de un diagnóstico y tratamiento adecuado previniendo la aparición de complicaciones. Las manifestaciones neurológicas ocurren entre 4 y 6 semanas tras la mordedura de la garrapata. Únicamente la mitad de los pacientes recuerdan la mordedura de la garrapata y solo el 20-30% refieren la infección cutánea (eritema migrans). Las manifestaciones neurológicas se clasifican en dos grupos: neuroborreliosis precoz (estadio II) con síntomas y signos que tienen una duración

menor de 6 meses, y neuroborreliosis tardía (estadio III) en la que los síntomas duran más de 6 meses.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Harrison Principios de Medicina Interna. 17ª edición; Vol. I; Cap.166. Borreliosis de Lyme.
2. Harrison Principios de Medicina Interna. 17ª Edición; Vol. I; Cap. 167 Rickettsiosis.
3. Mygland A, Ljøstad U, Fingerle V, Rupprecht T, Schmutzhard E, Steiner I. EFNS guidelines on the diagnosis and management of European Lyme neuroborreliosis. Eur J Neurol. 2010;17:8-16.