



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/830 - LAS CONSECUENCIAS DE UNA PICADURA DE GARRAPATA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Escalé Besa^a, À. Casaldàliga Solà^b, J. Gómez del Canto^a, A. Abril Gamboa^c, M. de La Cruz Herrera^d, M. Ascorbe García^d, E. González García^a, J. Ginesta Gil^e, M. Esquiús Rafat^f y A. Garde Garde^e

^aMédico Residente de 4^º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Manresa II. Manresa. Barcelona. ^bMédico Residente de 2^º año de Medicina Familiar. EAP Manresa 4. Manresa. Barcelona. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Manresa II. Manresa. Barcelona. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Plaça Catalunya. Manresa-2. Manresa. Barcelona. ^eMédico de Familia. EAP Manresa 2. Manresa. Barcelona. ^fDermatólogo. Hospital Althaia. Manresa. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 51 años, sin antecedentes personales de interés. Consulta un día de verano por malestar general y febrícula de hasta 38° de cuatro días de evolución asociado a una adenopatía inguinal derecha y una placa eritematosa a fosa ilíaca derecha de aparición simultánea a la clínica sistémica, que ha ido aumentando de tamaño. Niega relaciones sexuales de riesgo, no recuerda picada de insecto, no viajes al extranjero ni otros factores desencadenantes por anamnesis, es bombero de profesión.

Exploración y pruebas complementarias: Buen aspecto general, hemodinámicamente estable, afebril. Exploración por sistemas anodina. Adenopatía indurada, móvil, no dolorosa al tacto inguinal derecha. Piel: placa eritematosa, coloración tenue con bordes activos, de unos 8 cm de diámetro con punto de inoculación central. Analítica sanguínea urgente: hemograma, bioquímica i sedimento de orina normales. Serologías: IG anti-Borrelia; 156,3 (0-15) i IgM anti-Borrelia: > 190 (0-22), Rx tórax urgente: imagen de adherencia basal izquierda.

Juicio clínico: Con tratamiento antitérmico presenta buena evolución clínica permaneciendo afebril, al control a las 48h persiste la lesión cutánea con un crecimiento centrífugo, se hace interconsulta vía teledermatología (foto de la lesión que el especialista en dermatología valora y responde en un plazo de 24-48h) que orientan de posible eritema migrans. Al control semanal el paciente está asintomático y la lesión cutánea se ha atenuado. Serologías que nos confirman la sospecha clínica de la enfermedad de Lyme y, aunque el paciente esté asintomático se considera tratamiento profiláctico de complicaciones sistémicas con quinolonas (ciprofloxacino 500 mg/12h) 21 días. Los hallazgos radiológicos se orientan cómo cambios residuales que se confirman por TAC torácico. Al control al finalizar el tratamiento el paciente persiste asintomático.

Diagnóstico diferencial: Patología cutánea: hipersensibilidad o reacción exagerada a la picadura de artrópodos, granuloma anular, eritema pigmentado fijo, morfea, erisipela, celulitis, tiña de cuerpo, eccema numular y dermatitis por contacto. Sistémico: viriasis o neumonía atípica.

Comentario final: El eritema crónico migratorio es una infección producida por espiroquetas del tipo *Borrelia burgdorferi* (enfermedad de Lyme) inoculadas tras la mordedura de garrapatas del género *Ixodes*. Estas garrapatas se encuentran ampliamente distribuidas en la Península Ibérica y tiende a habitar en bosques de hoja caduca. Las ninfas presentan mayor actividad a la primavera y en verano, épocas en que tenemos que pensar más en esta enfermedad. La placa anular, el antecedente de picadura o un viaje a zona endémica son hallazgos que nos orientan al diagnóstico, ya que la clínica sistémica suele ser muy inespecífica, pero lo fundamental es conocerla para pensar en ella.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guerrero A. Borreliosis de Lyme en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2001;19:244-6.
2. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Polano MK, Suurmond D, Wolff K. Atlas en color y sinopsis de *Dermatología Clínica*". 6ª ed. Interamericana.
3. Portillo A, Santibáñez S, Oteo JA. Enfermedad de Lyme. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32 Suppl 1:37-42.