

Baja incidencia de la enfermedad de Lyme en el noroeste gallego

Sr. Director. La borreliosis de Lyme es una de las enfermedades transmitidas por garrapatas de mayor distribución a nivel mundial. Aunque se han descrito casos en todo el mundo, su diagnóstico se establece con mayor frecuencia en América del Norte y en Europa. Su distribución geográfica sigue un patrón de «zonas endémicas». Esto es debido a su vector de transmisión, la garrapata *Ixodes ricinus*, cuya tendencia a una distribución focal hace que puedan coexistir unas zonas hiperendémicas con otras próximas de baja prevalencia.

Se han publicado numerosos casos de borreliosis prácticamente en todo el territorio español¹⁻³, incluyendo varios en la comunidad gallega^{2,3}. De igual manera, se ha comprobado la existencia del vector *I. ricinus* en toda la mitad norte de la Península⁴. Si esto se relaciona con el hecho de que la provincia de La Coruña, al igual que el resto de las provincias gallegas, basa su economía en gran medida en las actividades agrícolas y ganaderas, y de que las condiciones climáticas son idóneas para proporcionar un hábitat adecuado al vector^{5,6}, nos encontramos con dos factores de riesgo que hacen de este espacio, en teoría, una zona con alta probabilidad de presentar focos endémicos para esta enfermedad⁷.

Hemos realizado un estudio sobre la incidencia de esta enfermedad en el noroeste gallego, en la provincia de La Coruña. El estudio incluyó aquellas personas sospechosas de padecer la enfermedad que fueron estudiadas en el intervalo transcurrido entre el 01-01-1995 y el 01-01-2001 en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo de La Coruña, que atiende a una población total de 516.700 personas.

El diagnóstico de la enfermedad se basó en la presencia de un cuadro clí-

nico compatible y en la demostración de la existencia de anticuerpos dirigidos a *Borrelia burgdorferi*, de acuerdo con los criterios establecidos por el grupo de estudio para la borreliosis de Lyme⁸. El diagnóstico de laboratorio se basó en dos tipos de pruebas serológicas. Entre el 01-01-1995 y el 01-02-1996 se utilizó una técnica de enzoinmunoanálisis (ELISA) para la detección de inmunoglobulina G, mientras que desde el 01-01-1996 al 01-01-2001 se utilizó un enzoinmunoanálisis automatizado (VIDAS), para una detección simultánea de inmunoglobulinas G y M anti-borreliosis.

De un total de 1.741 pruebas realizadas, el 3,04 % presentaban una serología positiva 0,75% (13) por ELISA y 2,29 % (40) por la técnica VIDAS. Tan sólo una persona de entre todos los pacientes con serología positiva cumplía los criterios diagnósticos. La enferma fue diagnosticada de eritema migratorio. La paciente de 56 años había residido en una casa rural tres semanas antes del diagnóstico y presentaba una lesión cutánea única, de crecimiento excéntrico con tendencia a aclararse en su zona central. La paciente fue estudiada en el servicio de dermatología donde se excluyeron otros diagnósticos. No presentaba semiología reumática, cardiológica o neurológica. Los estudios serológicos, realizados con un intervalo de trece días entre ambos, detectaron tanto IgG como IgM frente a *B. burgdorferi*.

Se presenta así una tasa de incidencia de tan sólo 0,322 casos por año/100.000 habitantes en esta zona de la provincia. Con esta incidencia se observa una baja rentabilidad de las pruebas diagnósticas.

El valor predictivo positivo de la prueba fue, por tanto, muy bajo, del 1,89 %. En las pruebas obtuvimos 13 casos de falsos positivos producidos en su mayor parte (69,2%) por reacciones cruzadas con otra espiroqueta similar, *Treponema pallidum*; otras reacciones cruzadas fueron producidas por *Mycobacterium tuberculosis*, factor reumatoide y una enfermedad autoinmune.

Nos encontramos así con tan solo un diagnóstico de borreliosis de Lyme en los últimos seis años en una población de más de medio millón de habitantes. Contrastan nuestros datos con los resultados de estudios realizados en otras regiones endémicas del norte de España (Asturias, Rioja, etc.), con unas características climáticas similares. Esto refuerza la hipótesis de la distribución geográfica en forma de focos de la enfermedad de Lyme.

Alejandro Beceiro, Carmen Zúñiga
y Antonio Guerrero

Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña.

Bibliografía

- Guerrero A, Serrano MJ y grupo de estudio de la enfermedad de Lyme. Frecuencia y espectro clínico de la infección de *B. Burgdorferi* en España. Med Clin 1989; 92: 438-439.
- Guerrero A, Queda C, Martí Belda P, Escudero R. Borreliosis de Lyme ¿Cómo se manifiesta en España? Med Clin 1993; 101: 5-7.
- Maestre JR, Almagro M, Martínez P, de Casas R, Queda R, Egidio J. Esclerodermia localizada (morfea) y artritis séptica. Manifestaciones clínicas de la borreliosis de Lyme observadas en El Ferrol. Enf Infecc Microbiol Clin 1991; 9 : 394-398.
- Sáez S, Sánchez Covisa, Guerrero A. Garrapatas y enfermedad de Lyme. Enf Infecc Microbiol Clin 1991; 9: 111-115.
- Anderson JF. Epizootiology of *Borrelia* in *Ixodes* ticks vectors and reservoir Review of Infectious Diseases 1989, 11 (Supl 6): 1.451-1.459.
- Oteo-Revuelta JA, Martínez de Artola V. Borreliosis de Lyme: aspectos epidemiológicos y etiopatogénicos. Enferm Infecc Microbiol Clin 1995; 13: 550-555.
- Arteaga F, García Moncá JC. Asociación de la enfermedad de Lyme con actividades laborales y de recreo. Enf Infecc Microbiol Clin 1998; 16: 265-268.
- Grupo de trabajo en borreliosis de Lyme y Guerrero A. Borreliosis de Lyme: criterios diagnósticos. Rev Clin Esp 1995; 195: 3.