

No toda Borrelia es enfermedad de Lyme: a propósito de un caso

Noorelain Del Valle De León¹, Gisela Parra Martínez¹, Laura Palomino Fernández¹, Irene María Romero de la Rosa¹, Lourdes García Pinilla¹, Beatriz Ruiz Sáez¹, José Manuel Rumbao Aguirre¹

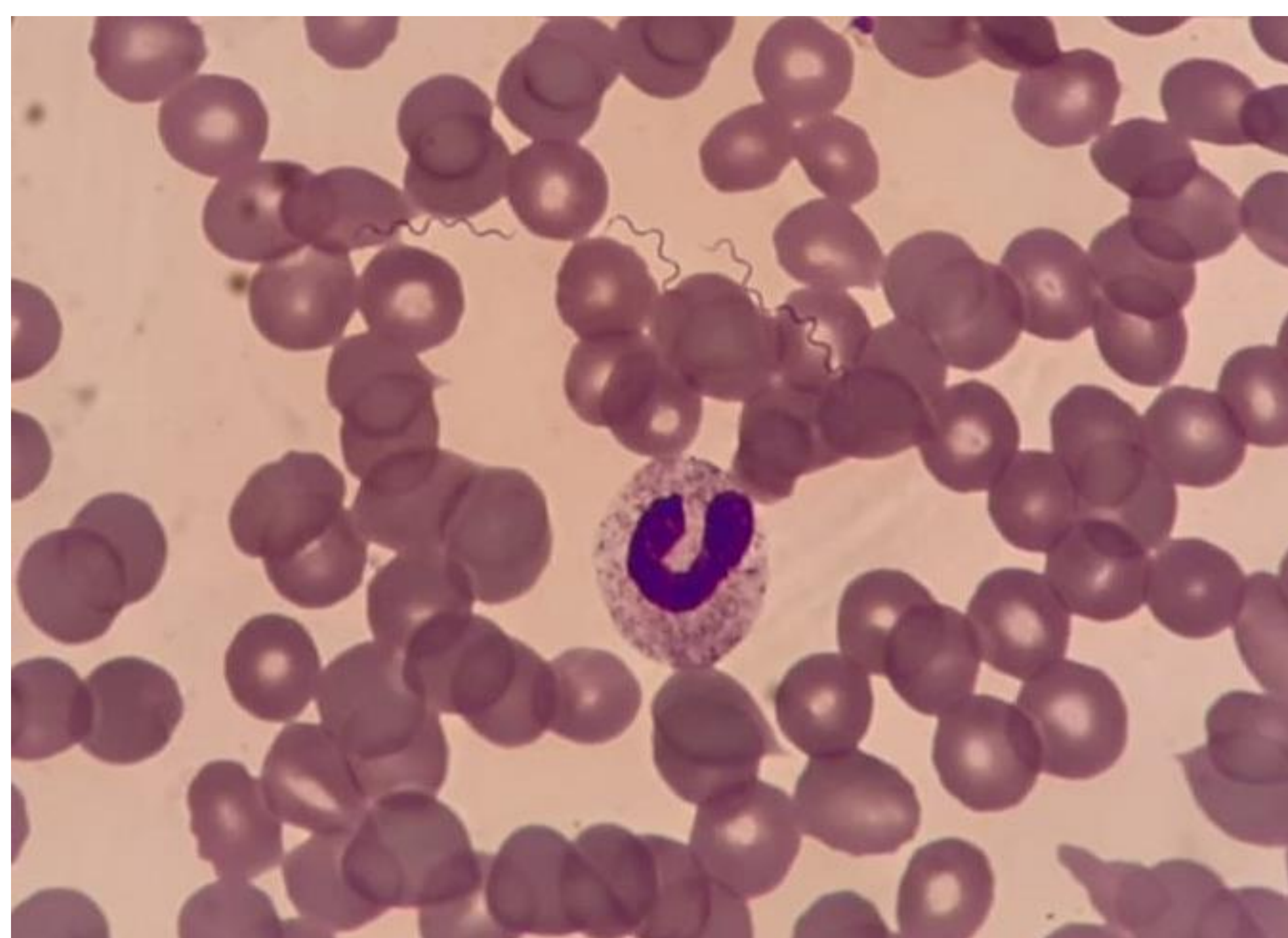
1. Hospital Universitario Reina Sofia, Córdoba

INTRODUCCIÓN

El género bacteriano *Borrelia*, además de producir la bien conocida enfermedad de Lyme, también es el causante de la fiebre recurrente endémica transmitida por garrapata, una entidad infradiagnosticada en nuestro medio por el bajo índice de sospecha. El primer episodio de fiebre suele ser de mayor severidad, con afectación importante del estado general, lo que nos debe orientar a realizar estudios paraclínicos.

RESUMEN DEL CASO

Escolar femenina de 11 años de edad, residente en zona rural adyacente al campo, que acude en verano al servicio de urgencias por fiebre de 6 días de evolución de hasta 39°C, asociada a cefalea frontal, dolor abdominal en hemiabdomen superior, deposiciones líquidas y vómitos, refiriendo además exantema macular eritematoso en tronco, evanescente, autolimitado. Al examen físico presenta decaimiento, tiritonas, palidez cutáneo-mucosa, labios fisurados, lengua pastosa, hemiabdomen superior doloroso a la palpación, con hepatomegalia y esplenomegalia, y exploración neurológica normal incluyendo signos meníngeos negativos. En analítica sanguínea se objetiva anemia, linfopenia y trombopenia de 29.000/mm³ con PCR elevada. Se administra tratamiento de soporte y se ingresa en hospitalización para ampliar estudio. En frotis de sangre periférica se observan formas frecuentes de espiroquetas sugestivas de *Borrelia* spp., por lo que se inicia tratamiento con Doxiciclina IV a 4 mg/kg/día. La paciente se mantiene afebril tras el inicio del tratamiento y con mejoría progresiva del



resto de sintomatología. Se realizan serologías IgM e IgG de *Borrelia burgdorferi* siendo positivas probablemente como reacción cruzada, hemocultivo y coprocultivo negativos, ecografía abdominal a las 48 horas de iniciado el antibiótico, descartándose hepatoesplenomegalia, además de ecocardiograma y electrocardiograma sin hallazgos patológicos. Se decide alta a domicilio a los 6 días de hospitalización, cambiando a Doxiciclina vía oral, cumpliendo en total 14 días de tratamiento.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Ante un síndrome febril prolongado debemos buscar agentes etiológicos, para dar tratamiento dirigido precoz de ser posible. En el caso de la fiebre recurrente endémica transmitida por garrapata, durante el periodo febril circula una elevada carga de espiroquetas en sangre, pudiendo realizarse el diagnóstico a través de la observación directa de las mismas en frotis de sangre periférica. En nuestro caso se presenta la limitante de no poder identificar la especie de *Borrelia* mediante PCR. Sin embargo, el manejo terapéutico no varía según la especie, decidiéndose así administrar el tratamiento antibiótico adecuado, y evitar las recurrencias febriles y potenciales complicaciones.