



Clínica cotidiana

Enfermedad de Lyme en un paciente con dolor neuropático en el territorio de un dermatoma

Marta María Calvo Seoane^{a,*}, Maria Joao da Costa Rodrigues^b

^aCentro de salud San Roque. Lugo. ^bCentro de salud Outeiro de Rei. Lugo

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de agosto de 2022

Aceptado el 30 de abril de 2024

On-line el 29 de mayo de 2024

Palabras clave:

Enfermedad de Lyme

Borrelia burgdorferi

Neuroborreliosis

Radiculoneuritis

Dermatoma

R E S U M E N

Mujer de 57 años de edad con dolor súbito en territorio del dermatoma D4 izquierdo sin otras alteraciones. Serologías en la primera semana negativas para todos los agentes. Ocho semanas después, con nueva serología positiva, se diagnostica de borreliosis y, tras instauración del tratamiento, se resuelve el cuadro.

Ante un dolor neuropático en el territorio de un dermatoma no podemos pasar por alto la enfermedad de Lyme. Su diagnóstico en etapas iniciales es fundamental para evitar la progresión de la enfermedad y, con el tratamiento adecuado, tiene una resolución satisfactoria en la mayoría de los casos.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Lyme disease in a patient with neuropathic pain in the territory of a dermatome

A B S T R A C T

A 57-year-old woman presented with sudden pain in the left D4 dermatome territory without other abnormalities. The serologies were negative in the first week for all agents. Eight weeks later, having a new positive serology, the patient was diagnosed with borreliosis and once treatment was initiated, the condition resolved.

When neuropathic pain is found in the territory of a dermatome, we must not overlook Lyme disease. Its diagnosis in the early stages is essential to prevent the progression of the disease which, with appropriate treatment, has a satisfactory resolution in most cases.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Keywords:

Lyme disease

Borrelia burgdorferi

Neuroborreliosis

Radiculoneuritis

Dermatome

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martacalvoseoane@gmail.com (M.M. Calvo Seoane)

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2024.022>

2254-5506 / © 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Mujer de 57 años de edad que comienza con dolor súbito e intenso en el territorio del dermatoma D4 izquierdo.

La exploración física no muestra alteraciones. El dolor no se exacerba con la movilización ni presenta lesiones cutáneas.

Inicialmente se diagnostica de neuralgia postherpética. Se instauro tratamiento, pero no se consigue mejoría.

En la primera semana se realizan serologías extensas que incluyen, entre otros, despistaje de herpes virus, herpes zóster, *Borrelia* y *Brucella*; todas ellas son negativas.

La escalada de tratamiento es rápida e intensa. Se asocian múltiples antiinflamatorios, benzodiacepinas, opioides y corticoides por vía oral, intramuscular e intravenosa, ya que la paciente manifiesta un dolor intenso e incapacitante.

Durante los meses siguientes se realizan varias radiografías de columna y tórax y una resonancia magnética de la columna dorsal que no muestran alteraciones que justifiquen la clínica.

Diez semanas después del inicio del cuadro se remite a la paciente al Servicio de Enfermedades Infecciosas, donde se repite la serología. Ahora es positiva para *Borrelia burgdorferi*, con lo que se realiza el diagnóstico de enfermedad de Lyme. Se instauro tratamiento con doxiciclina y se produce mejoría inmediata de la sintomatología.

Existen diferencias de presentación de neuroborreliosis según los continentes. Mientras en América del Norte, concretamente en Estados Unidos, la forma de presentación característica es la parálisis facial, en Europa lo más frecuente es que se presente en forma de radiculoneuritis. Debemos, por tanto, incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial del dolor neuropático, especialmente en pacientes que se encuentran o provienen de zonas de moderada o alta incidencia de la enfermedad.

En el caso clínico que nos ocupa la primera determinación serológica de *B. burgdorferi* se realizó ocho días después del inicio de los síntomas. Dado que habitualmente no se detectan anticuerpos IgM frente a esta espiroqueta hasta pasadas tres o cuatro semanas de la infección, y anticuerpos IgG hasta unas seis u ocho semanas después, explica que la primera determinación serológica fuera negativa y, nueve semanas más tarde, se positivizase.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Comentarios

La enfermedad de Lyme es una zoonosis causada por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi sensu lato*, transmitida por las garrapatas del género *Ixodes ricinus*, cuyo reservorio principal son los pequeños roedores y los ungulados. El ser humano es un huésped casual, que no actúa como reservorio.

Las manifestaciones de la enfermedad se producen predominantemente en los periodos estival y periestival y se dividen en tres etapas:

- La primera (fase circunscrita) consta de un síndrome pseudogripal y se puede acompañar de lesiones cutáneas, como el eritema migrans.
- Días o semanas después, en la segunda etapa (fase diseminada) pueden producirse multitud de síntomas en función del lugar donde se haya diseminado, vía hematogena, la espiroqueta: afectaciones cardíacas, artromialgias o radiculoneuritis.
- La tercera etapa (infección persistente) aparece meses o años después. Se manifiesta en forma de alteraciones crónicas como artritis, polineuropatías, encefalopatías o acrodermatitis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Steere AC. Borreliosis de Lyme. En: Jameson J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 20ª ed. McGraw-Hill; 2018. [Citado 10 Julio 2022]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2461§ionid=209900162>
2. Vázquez López ME. Estudio de la enfermedad de Lyme en el área sanitaria del Hospital Universitario Lucus Augusti y su relación con las poblaciones de corzos parasitados por *Ixodes* [Tesis doctoral]. Santiago de Compostela: USC; 2016. <http://hdl.handle.net/10347/13941>
3. Taboada Rivas S. Picadura de garrapata y enfermedad de Lyme. En: Armenteros del Olmo L, Rodríguez Ledo P, Abarca Buján B, Miguel Carrera J, Varela Prado ME, Miguel Gómez MA, eds. Mini-píldoras de consulta rápida. Manual de Residentes y Médicos de Familia. Madrid: MEDGEN; 2019. p. 737-9.
4. Marques AR, Strle F, Wormser GP. Comparison of Lyme Disease in the United States and Europe. *Emerg Infect Dis.* 2021; 27(8): 2017-24.
5. Vázquez-López ME, Fernández G, Díaz P, Díez-Morrondo C, Pego-Reigosa R, Coira-Nieto A. Utilidad de los estudios serológicos en los centros de Atención Primaria para el diagnóstico precoz de la enfermedad de Lyme. *Aten Primaria* [Internet]. 2018; 50(1): 16-22.