



Clínica cotidiana

Enfermedad de Lyme diseminada con manifestaciones neurológicas y síndrome post-tratamiento: un reto diagnóstico en atención primaria

Enriqueta Quesada Yáñez^{a,*}, Patricia Álvarez Alcalá^a, M^a Ángeles Martín Linares^b

^aConsultorio de Cabo de Gata, UGC Almería Periférica. Almería. ^bUnidad de Protección de la Salud. Almería.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de septiembre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Enfermedad de Lyme

Neuroborreliosis

Síndrome post-Lyme

Atención primaria

Garrapatas

Zoonosis

Diagnóstico tardío

R E S U M E N

La enfermedad de Lyme (EL), causada por *Borrelia burgdorferi*, es una zoonosis transmitida por garrapatas que puede cursar con afectación multisistémica. Su diagnóstico es un desafío, especialmente en fases tardías o cuando las manifestaciones iniciales son atípicas o se pasan por alto. Este caso destaca la importancia de una anamnesis exhaustiva en atención primaria, considerando los antecedentes epidemiológicos y la aparición de síntomas inespecíficos, para evitar el retraso diagnóstico y sus secuelas, así como la necesidad de un seguimiento multidisciplinar prolongado que integre la perspectiva veterinaria en la prevención de zoonosis.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Disseminated Lyme disease with neurological manifestations and post-treatment syndrome: a diagnostic challenge in primary care

A B S T R A C T

Lyme disease (LD), caused by *Borrelia burgdorferi*, is a tick-borne zoonosis that can present with multisystemic involvement. Its diagnosis is challenging, especially in late stages or when initial manifestations are atypical or overlooked. This case highlights the importance of a thorough medical history in primary care, considering epidemiological factors and the appearance of nonspecific symptoms, to avoid diagnostic delays and their sequelae, as well as the need for long-term multidisciplinary follow-up that integrates a veterinary perspective in zoonosis prevention.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Keywords:

Lyme disease

Neuroborreliosis

Post-Lyme syndrome

Primary care

Ticks

Zoonoses

Delayed diagnosis

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: enriqueta.quesada.sspa@juntadeandalucia.es (E. Quesada Yáñez).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.031>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Descripción del caso clínico

Se trata de un varón de 45 años, sin antecedentes médicos de interés conocidos, quien aproximadamente diez años antes de su diagnóstico definitivo, realizó una ruta por Cantabria. Durante el trayecto, notó la picadura de una garrapata en la región torácica, la cual retiró sin mayor dificultad y sin darle excesiva importancia en ese momento. Al regresar de sus vacaciones, unos cuatro o cinco días después, el paciente comenzó con fiebre. Consultó a su médico de atención primaria (MAP), quien inicialmente diagnosticó un proceso vírico o faringitis, pautando tratamiento sintomático. Aunque el paciente refirió el antecedente de la picadura de garrapata, esta información no fue considerada de particular relevancia en ese momento y no se le dio seguimiento.

Dos o tres semanas después de la picadura, y tal como se describe en la literatura, el paciente desarrolló un exantema que no motivó una nueva consulta, pero los picos febriles diarios persistieron. Esta enfermedad febril prolongada llevó al paciente a consultar repetidamente en diversos puntos de urgencias de atención primaria y servicios de urgencias hospitalarias. Finalmente, fue ingresado para investigación de fiebre prolongada de origen desconocido. Tras varios meses desde el inicio del cuadro febril, y en el marco de una exhaustiva batería diagnóstica, se solicitó una serología para Borrelia, que resultó positiva para IgG con títulos significativos. La resonancia magnética craneal (RMC) con contraste mostró focos dispersos de gliosis supratentorial incipiente de aspecto leucoaraiótico.

Ante este hallazgo, se pautó un tratamiento antibiótico estándar para la enfermedad de Lyme, consistente en una dosis combinada de doxiciclina y ceftriaxona. Tras completar el ciclo, el paciente fue dado de alta para continuar el estudio y seguimiento de forma ambulatoria.

A pesar del tratamiento antibiótico, el paciente continuó experimentando síntomas persistentes, predominantemente en la esfera osteoarticular y neurológica. Describía artralgias y mialgias continuas, cefaleas recurrentes, sensación de falta de concentración y alteraciones del estado de ánimo, incluyendo sintomatología compatible con depresión y ansiedad. Esta constelación de síntomas llevó al paciente a un largo periplo por diferentes especialidades médicas, incluyendo salud mental, reumatología, neurología y medicina interna, siendo en ocasiones diagnosticado de alta probabilidad de fibromialgia o síndrome de fatiga crónica, dada la inespecificidad y cronicidad de su sintomatología.

Desde el diagnóstico inicial y el tratamiento específico de la enfermedad de Lyme hasta la actualidad, el paciente ha continuado experimentando picos febriles, mayormente vespertinos, lo que añade complejidad a su manejo y subraya la cronicidad de su condición.

Comentario

Este caso clínico representa un ejemplo paradigmático de las dificultades diagnósticas de la enfermedad de Lyme, especialmente en el contexto de la atención primaria. La inespecificidad de los síntomas iniciales, sumada a la falta de consideración del antecedente epidemiológico de la picadura de garrapata, condujo a un retraso significativo en el diagnóstico. El eritema migrans, patognomónico del estadio temprano, no

fue evaluado por un profesional, y la fiebre inespecífica fue atribuida a cuadros virales comunes. Esta situación subraya la necesidad de una formación continua de los profesionales de atención primaria sobre la epidemiología de la EL en zonas endémicas (como la ruta del Camino de Santiago) y la importancia de indagar sobre exposiciones a garrapatas, incluso en ausencia de un eritema migrans clásico o visible.

Desde la perspectiva de la atención primaria, la clave reside en un alto índice de sospecha. Ante un cuadro febril inespecífico o síntomas sistémicos tras una excursión al aire libre en zonas con garrapatas, o tras una picadura, la EL debe incluirse en el diagnóstico diferencial^{3,4}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marques AR. Lyme disease: A review. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2017;17(7):44.
2. Halperin JJ. Lyme disease: a neurological perspective. *Int J Gen Med.* 2011;4:357-65.
3. Wormser GP, Dattwyler RJ, Shapiro ED, Halperin JJ, Steere AC, Klempner MS, et al. The clinical assessment, treatment, and prevention of Lyme disease, human granulocytic anaplasmosis, and babesiosis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2006;43(9):1089-134.
4. Izquierdo M, García-Montero M, Rodríguez-Pérez M. Lyme disease: a growing problem in Spain? *Gac Sanit.* 2015;29(6):466-9.
5. Aucott JN, Rebman AW, Shapiro ED. Post-treatment Lyme disease syndrome. *Infect Dis Clin North Am.* 2015;29(2):309-24.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Lyme disease. Diagnosis and testing. Disponible en: <https://www.cdc.gov/lyme/diagnosistesting/index.html>
7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre la prevención de la enfermedad de Lyme en niños. *An Pediatr (Barc).* 2002;57(5):477-80.
8. Dersch R, Sommer H, Rauer S. Neurologic manifestations of Lyme borreliosis: Diagnosis and treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2017;114(15):252-8.
9. Arce S. Enfermedad de Lyme: Guía de práctica clínica. *Rev Clin Esp.* 2019;219(Supl 1):1-18.
10. Rupprecht TA, Pfister HW. Lyme neuroborreliosis: current concepts and treatment. *Curr Opin Infect Dis.* 2016;29(5):455-61.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). One Health. OMS; 2017. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/one-health>
12. Gómez EM, Gómez CJ, Calvo PL, Oteo JA. Neuroborreliosis: serie de 7 casos en un hospital. *Neurología.* 2016;31(2):137-9.
13. Lantos PM. Chronic Lyme disease: the controversies and the science. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2011;9(7):787-97.
14. Del Arco A, Pérez-Gala S, Saavedra M. Enfermedad de Lyme: manifestaciones cutáneas y neurológicas. *Med Fam SEMERGEN.* 2017;43(5):306-11.
15. Mygland A, Ljøstad U, Fingerle V, Rupprecht T, Schmutzhard E, Steiner I, et al. EFNS guidelines on the diagnosis and management of European Lyme neuroborreliosis. *Eur J Neurol.* 2010;17(1):8-16.
16. Lantos PM, Rumbaugh J, Bockenstedt LK, Falck-Ytter YT, Agüero-Rosenfeld ME, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of Lyme disease. *IDSA and AAN. Clin Infect Dis.* 2021;72(1):e1-48.