



I-039 - NEUROBORRELIOSIS. DESCRIPCIÓN DE CUATRO CASOS

A. Calonge Arribas, A. Mancisidor Andrés, C. Vizcay Aranaz, L. Badiola Urquiaga, J. Modesto dos Santos, I. Díaz de Santiago, A.M. Álvarez Aramburu y J.M. Casas Fernández de Tejerina

Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona (Navarra).

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de cuatro casos de neuroborreliosis diagnosticados en un hospital terciario de Medicina Interna.

Métodos: Revisión de las historias clínicas correspondientes y literatura relativa a dicha entidad.

Resultados: De un total de catorce casos de enfermedad de Lyme diagnosticados en nuestro centro, cuatro cumplían criterios de neuroborreliosis. Tres de los casos eran varones y la edad media fue de 60 años. De los cuatro casos, dos referían antecedente de picadura de garrapata. Respecto a las manifestaciones clínicas, tres de los cuatro casos tenían antecedente de eritema migrans. La polirradiculoneuritis fue la manifestación más frecuente seguida de la plexitis braquial. La serología en sangre fue positiva en dos de los cuatro casos y en líquido cefalorraquídeo (LCR) en tres. La proteinorraquia osciló entre 130-240 mg/dl, acompañado de una pleocitosis linfomonocitaria. Todos los pacientes se trataron con ceftriaxona intravenosa durante cuatro semanas con buena respuesta al tratamiento (tabla).

Características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas

Sexo	Edad	Picadura	Clínica	Diagnóstico	Tratamiento
Varón	59	No	Eritema migrans Polirradiculoneuritis	Serología en LCR	Ceftriaxona
Varón	63	Sí	Eritema migrans Radiculitis abdominal	Serología en sangre y LCR	Ceftriaxona
Varón	53	Sí	Eritema migrans Polirradiculoneuritis	Serología en LCR	Ceftriaxona
Mujer	65	No	Plexitis braquial	Serología en sangre Electroneuromiograma	Ceftriaxona

Discusión: La borreliosis de Lyme está producida por una espiroqueta (*Borrelia burgdorferi*), que se transmite a través de las garrapatas del género ixodes. En España, las manifestaciones clínicas más frecuentes son el eritema migrans y los cuadros neurológicos correspondientes a meningoradiculitis dolorosa y parálisis facial. El diagnóstico se basa en la existencia de una exposición a picadura, junto con los hallazgos clínicos y serología en sangre, con o sin serología de LCR. Las sociedades científicas europeas y americanas recomiendan un diagnóstico microbiológico

en dos pasos: la utilización de ELISA o IFA como técnica de cribado y si esta resulta positiva o dudosa, realizar una inmunotransferencia (western blot o inmunoblot)¹. En cuanto al tratamiento, la ceftriaxona intravenosa durante 14-28 días es de elección.

Conclusiones: Se deben tener en cuenta la variedad de las manifestaciones clínicas de la neuroborreliosis así como la presencia del artrópodo vector en nuestro medio, siendo necesario incluir esta enfermedad en el diagnóstico diferencial de determinados síndromes neurológicos.

Bibliografía

1. Portillo A, Santibáñez S, Oteo JA. Enfermedad de Lyme. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2014;32(Supl 1):37-42.