



Manifestaciones cutáneas de la enfermedad de Lyme

Juan Guillermo Chalela

La enfermedad de Lyme (EL), si bien es bastante frecuente en los Estados Unidos, es tal vez una enfermedad muy rara en nuestro medio y hay en la literatura muy pocas referencias al respecto; quizá el artículo más autóctono es el que se publica en esta edición escrito por un grupo de colegas antioqueños, en el cual revisan la experiencia por ellos adquirida y revisada según la detección de anticuerpos para *Borrelia* (1). Este trabajo se sumaría a otros en nuestro medio (2), y a trabajos hechos por médicos colombianos en los EE.UU. (3, 4), publicados en Acta Médica Colombiana en 1994.

La EL, se considera como una enfermedad infecciosa cutáneo-sistémica causada por la *Borrelia burgdorferi*, con numerosas manifestaciones en la piel, que se presentan a lo largo de cada uno de los estadios por los que atraviesa el proceso.

Clínicamente se presenta en tres estadios diferentes que tienen manifestaciones bien definidas, así como características de laboratorio muy marcadas.

Aunque el germen causal es la *Borrelia*, la cual es transmitida por artrópodos que incluyen mosquitos, moscas y garrapatas (5) entre las que hay que resaltar las del grupo *Ixodes* llamadas *I. dammini*, *I. pacificus*, *I. iricinus*

e *I. persulcatus* según la nomenclatura de cada autor en diferentes zonas geográficas (5).

Los estadios clínicos de la EL se caracterizan por las siguientes manifestaciones:

Primer estadio

Los primeros signos clínicos de la infección aparecen después de un período de 4 a 25 días. La lesión cutánea se denomina Eritema Crónico Migrans (ECM) (6), el cual consiste en lesiones pápuloeritematosas que aparecen algunos días o semanas después, sobre la zona de picadura y comienzan a expandirse en forma centrífuga con aclaramiento central de la lesión formando elementos con tendencia a ser anulares, que pueden medir hasta 50 cm de diámetro. En este momento el cuadro cutáneo puede tener otras manifestaciones como son lesiones urticariformes y lesiones verdaderamente figuradas, que se acompañan de adenopatías y cuadro sistémico que compromete al sistema nervioso, aparato musculoesquelético, aparato respiratorio, hígado y sistema urogenital. En los niños las lesiones de ECM suelen ser más pequeñas y coalescer, recordando el eritema marginado de la fiebre reumática(7).

Dr. Juan Guillermo Chalela M.: Internista, Dermatólogo, Escuela Colombiana de Medicina, Fundación Santa Fe de Bogotá.

Segundo estadio

Esta etapa ocurre entre el segundo y el séptimo mes y suele involucrar más al sistema nervioso, músculos, articulaciones y corazón. Las mialgias y artralgias generalmente envuelven músculos y articulaciones alrededor de las zonas donde se localiza el ECM.

Ese compromiso de la piel es lo que se ha llamado la linfadenosis benigna cutis (8), la cual se forma igualmente en los sitios alejados a donde se formó en un principio el ECM. Las mujeres y los niños tienden a ser afectados más frecuentemente por esta enfermedad y son laaréola mamaria y el lóbulo de las orejas donde las lesiones son más aparentes. Macroscópicamente son nodulos eritematosos cianóticos con un diámetro de dos a cuatro cm que no crecen pero sí infiltran tejidos alejados. Histológicamente son similares a linfomas y tienden a permanecer estacionarios hasta por 10 años, para desaparecer finalmente.

Tercer estadio

La acrodermatitis crónica atrofiante es la lesión cutánea

característica de esta etapa. Clínicamente son lesiones con atrofia cutánea acral que suele infiltrar y afectar la piel en forma de placas delgadas periarticulares. Rara vez producen parestesias o dolor, pero infiltran acral y bilateralmente, dando como resultado una piel delgada con la arquitectura venosa fácilmente visible. Esta expresión clínica ha hecho pensar que puede existir una relación entre la borreliosis y las formas de esclerodermia localizada (Morfea) y las atrofiaciones (6). Después de dos a tres años de episodios intermitentes se pueden presentar calcificaciones periarticulares y tendinosas, así como quistes óseos yuxtaarticulares.

La EL no tratada puede detenerse en etapas tempranas y dejar solamente una cicatriz serológica. Cuando llega a la etapa terciaria su pronóstico es favorable y sólo hay algunos casos fatales por complicaciones neurológicas y cardíacas. Desde el punto de vista diagnóstico salvo los cultivos de sangre, líquido cefalorraquídeo y piel, no hay exámenes patognomónicos y en

la biopsia de piel tampoco existen hallazgos exclusivos de la enfermedad (9).

Referencias

1. Muñoz A, Orrego JJ, Salazar M, et al. Reactividad humoral contra *Borrelia burgdorferi* en pacientes con enfermedades dérmicas y reumáticas. *Acta Med Colomb* 1995; 20: 257-261.
2. Gómez P, Romero C, Avila M, et al. Detección de anticuerpos para *Borrelia burgdorferi* en pacientes colombianos con espondiloartropatías seronegativas. *Acta Med Colomb* 1992; 17 (Supl): 338.
3. Torres C, Levin M. Enfermedad de Lyme y su espectro expandido. *Acta Med Colomb* 1994; 19: 187-192.
4. Fajardo M, Fajardo L. La Enfermedad de Lyme. *Acta Med Colomb* 1994; 19: 193-198.
5. Fitzpatrick T, Eisen A, Burgdorf W, Goltz P. Figurate erythemas. In: *Dermatology in General Medicine*. 3rd. ed. Boston: McGraw Hill; 1993: 1013-1017.
6. Trevisan G, Cinco M. Lyme Disease a general survey. *Int J Dermatol* 1990; 29: 1-8.
7. Stanek G, Wewalka V, Groh R, et al. Differences between Lyme Disease and European arthropod-borne *Borrelia* infections. *Lancet* 1985; 1: 401-406.
8. Wilske BG, Schiera G, Prec-Mursic V, et al. Serological diagnosis of erythema migrans disease and related disorders. *Infection*. 1984; 12: 331-337.
9. Magnarelli LA, Anderson JF, Johnson RC. Cross reactivity in serological test for Lyme Disease and other infections. *J Infect Dis* 1987; 156: 183-188.