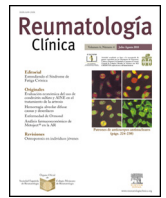




Reumatología Clínica

www.reumatologiainclinica.org



Original breve

Manifestaciones articulares en enfermos de Lyme

María Esther Vázquez-López^{a,*}, Carolina Díez-Morrondo^b, Amalia Sánchez-Andrade^c,
Robustiano Pego-Reigosa^d, Pablo Díaz^e y Manuel Castro-Gago^f

^a Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Lucus Agustí, Lugo, España

^b Unidad de Reumatología, Hospital del Bierzo, Ponferrada, León, España

^c Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Lucus Agustí, Lugo, España

^d Servicio de Neurología, Hospital Universitario Lucus Agustí, Lugo, España

^e Unidad de Epidemiología, Zoonosis y Salud Pública, Facultad de Veterinaria, Universidad de Santiago de Compostela, Lugo, España

^f Servicio de Neuropediatría, Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela, La Coruña, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de junio de 2015

Aceptado el 30 de octubre de 2015

On-line el xxx

Palabras clave:

Manifestaciones articulares

Enfermedad de Lyme

Diagnóstico diferencial

Tratamiento y evolución

R E S U M E N

Objetivos: Determinar el porcentaje de pacientes con clínica articular entre los enfermos de Lyme en el NO de España y conocer su evolución y respuesta al tratamiento.

Pacientes: Se realizó un estudio retrospectivo (2006-2013) revisando las historias clínicas de los enfermos de Lyme con clínica articular. Se analizaron las manifestaciones clínicas, los datos de laboratorio, el tratamiento y la evolución de los enfermos.

Resultados: Diecisiete de 108 pacientes confirmados como enfermos de Lyme (15,7%) presentaban clínica articular. De estos 17, el 64,7% presentó artritis, el 29,4% artralgiás y el 5,9% bursitis. La rodilla fue la articulación más afectada. La clínica articular se asoció frecuentemente a manifestaciones neurológicas, dermatológicas o cardíacas. La mayoría de los pacientes estaban en fase III. El 11,8% evolucionó a artritis crónica recidivante, aunque recibieron tratamiento adecuado.

Conclusiones: En zonas con elevado riesgo de picadura por garrapatas, la presencia de clínica articular debe hacernos sospechar la posibilidad de una enfermedad de Lyme con objeto de establecer de forma precoz un tratamiento adecuado que evite secuelas.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y

Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Articular manifestations in patients with Lyme disease

A B S T R A C T

Objectives: To determine the percentage of Lyme patients with articular manifestations in NW Spain and to know their evolution and response to treatment.

Patients: A retrospective study (2006-2013) was performed using medical histories of confirmed cases of Lyme disease showing articular manifestations. Clinical and laboratory characteristics, together with the treatment and evolution of the patients, were analysed.

Results: Seventeen out of 108 LD confirmed patients (15.7%) showed articular manifestations. Regarding those 17 patients, 64.7%, 29.4% and 5.9% presented arthritis, arthralgia and bursitis, respectively. The knee was the most affected joint. Articular manifestations were often associated to neurological, dermatological and cardiac pathologies. Otherwise, most patients were in Stage III. The 11.8% of the cases progressed to a recurrent chronic arthritis despite the administration of an appropriate treatment.

Keywords:

Articular manifestations

Lyme disease

Differential diagnosis

Treatment and evolution

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: esther.vazquez.lopez@sergas.es (M.E. Vázquez-López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2015.10.013>

1699-258X/© 2015 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Conclusions: Lyme disease patients showing articular manifestations should be included in the diagnosis of articular affections in areas of high risk of hard tick bite, in order to establish a suitable and early treatment and to avoid sequelae.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad de Lyme (EL) es una zoonosis de distribución cosmopolita, causada por bacterias gramnegativas pertenecientes al complejo *Borrelia burgdorferi* (*B. burgdorferi*) *sensu lato* y es transmitida por la picadura de garrapatas duras, principalmente *Ixodes ricinus* en España¹.

La EL es una infección que afecta a múltiples órganos y sistemas, por lo que su espectro clínico es muy variado. Puede afectar a la piel, el corazón, el sistema nervioso y las articulaciones, siguiendo una evolución temporal en fases. La fase I (localizada precoz) incluye eritema migrans (EM), la fase II (diseminada precoz) clínica articular, neurológica y cardíaca, la fase III (diseminada tardía) artritis crónica recidivante, acrodermatitis crónica atrófica y neuroborreliosis tardía^{1,2}. Sin embargo, los hallazgos clínicos de cada fase pueden solaparse y algunos pacientes pueden presentar signos de infección tardía sin manifestaciones previas de infección precoz^{2,3}.

Manifestaciones musculoesqueléticas, como artralgias y mialgias, se observan con más frecuencia en la fase II de la enfermedad, mientras que las artritis son más frecuentes en la fase III³⁻⁵. Por este motivo, después de semanas o meses, los enfermos que no han sido diagnosticados y tratados, a menudo desarrollan una artritis oligoarticular en las grandes articulaciones^{3,4} o una artritis monoarticular intermitente, especialmente en la rodilla⁶.

El diagnóstico de la EL, excepto en el caso de presentar EM, requiere la confirmación microbiológica (ELISA y Western Blot)¹. Además, es necesario que exista la posibilidad de haber sufrido la picadura de garrapata, de ahí el valor de una exhaustiva historia clínica^{3,7}.

El pronóstico de la EL es bueno, siempre que se realice un diagnóstico temprano y un adecuado tratamiento antibiótico frente a *Borrelia*^{2-4,6,8}. Por el contrario, un retraso en el diagnóstico y en la administración del tratamiento puede asociarse a secuelas con elevada morbilidad^{2,4,8}.

El objetivo de este estudio es determinar el porcentaje de enfermos de Lyme con clínica articular, así como conocer su evolución y respuesta al tratamiento, basándonos en los datos extraídos de las historias clínicas.

Pacientes

Se realizó un estudio retrospectivo (2006-2013), descriptivo y observacional con el objeto de profundizar en el conocimiento de las manifestaciones articulares de la enfermedad de Lyme en el área sanitaria del Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo, que da cobertura asistencial a una media de 223.374 personas. Para ello, se revisaron 108 historias clínicas de personas diagnosticadas como casos confirmados de EL según los criterios de vigilancia epidemiológica de los Centers for Disease Control and Prevention⁹. Se seleccionó a los pacientes con clínica articular y se obtuvieron los datos correspondientes a sus principales manifestaciones clínicas, pruebas complementarias, tratamiento administrado y evolución. Además, se tuvieron en cuenta la edad, el sexo y el hábitat de residencia (rural o urbano) de los pacientes y si estos recordaban el antecedente de picadura por garrapata. Se consideraron núcleos rurales aquellos de menos de 2.000 habitantes (n = 118.447) y el resto núcleos urbanos (n = 104.927). La fase de la enfermedad

(I, II, III) se determinó según el criterio establecido por diversos autores^{1,10}.

Resultados

De los 108 pacientes confirmados como enfermos de Lyme, el 15,7% (n = 17 pacientes) presentaban clínica articular y todos tenían ELISA (VIDAS® Lyme IgG e IgM; bioMérieux, St. Louis, EE. UU.) y Western-Blott IgG (EUROLINE-WB, Euroimmun AG, Lübeck, Alemania) positivo frente a *Borrelia* spp. El 64,7% presentó artritis, el 29,4% artralgias y el 5,9% bursitis. La rodilla fue la articulación más frecuentemente afectada. Los enfermos de Lyme sin clínica articular presentaron manifestaciones cutáneas, neurológicas o cardíacas.

De los 11 enfermos con artritis, el 72,7% asociaba manifestaciones neurológicas, dermatológicas o cardíacas (tabla 1) y la mayoría (90,9%) estaba en fase III. En un paciente (caso 5) en el que se observó EM se realizó un diagnóstico temprano y en el resto hubo un retraso medio en el diagnóstico de 402 días. Al 90,9% de los pacientes con artritis se les administró tratamiento antibiótico; no obstante, 3 presentaron secuelas de tipo neurológico (dolor radicular en el brazo) y 2 desarrollaron una artritis crónica recidivante, por lo que además se les administraron corticoides y metotrexato. En el líquido articular se observó un incremento del número de leucocitos a expensas de polimorfonucleares. Además, el líquido sinovial de la paciente pediátrica, que desarrolló una monoartritis crónica recidivante en la rodilla izquierda, fue remitido al Centro Nacional de Microbiología (Instituto Carlos III), donde se identificó, mediante PCR, *Borrelia garinii* (*B. garinii*).

Los 6 enfermos que presentaron artralgias o bursitis asociaron clínica dermatológica, neurológica o cardíaca. El 33,3% se encontraba en fase I. En uno de estos enfermos (caso 12) se realizó una biopsia de la piel afectada por el EM y se identificó *Borrelia afzelii* (*B. afzelii*) por PCR. Al 83,3% se les administró tratamiento antibiótico y no presentaron secuelas. Por el contrario, hubo un paciente con bursitis que tuvo un retraso en el diagnóstico de 1.277 días, no fue tratado y presentó secuelas de tipo neurológico.

La clínica articular fue ligeramente superior en el sexo femenino (52,9%). La edad de los pacientes osciló entre 4 y 87 años (media y mediana de 58 años), constatándose una menor prevalencia de manifestaciones articulares en los pacientes menores de 15 años (5,9%).

Todos los enfermos residían en el medio rural y el 52,9% recordaba el antecedente de picadura de garrapata. La mayoría de los pacientes (70%) se diagnosticaron entre los meses de junio y agosto.

Discusión

En todos los pacientes con clínica reumatológica, la articulación más afectada fue la rodilla y, con menor frecuencia, la mano y el tobillo. Estos resultados coinciden, en general, con los señalados por otros autores^{3,4,8,11-14}.

Las artralgias y las bursitis, sin artritis asociada, fueron relativamente frecuentes y se observaron mayoritariamente en la fase II de la enfermedad^{3,4}.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5669666>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5669666>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)