

Eritema crónico migratorio

E. León-Muiños¹, A. Vilas-Sueiro², B. Monteagudo², A. Ramírez², L. Vázquez³

¹Pediatra. Centro de Salud de San Sadurniño. Área Sanitaria de Ferrol. SERGAS. San Sadurniño. ²Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Área Sanitaria de Ferrol. SERGAS. Ferrol. ³Pediatra. Centro de Salud de Narón. Área Sanitaria de Ferrol. SERGAS. Narón (A Coruña)

Title: Erythema migrans

Sr. Director:

Los eritemas anulares en la infancia son un grupo de dermatosis con una configuración de tipo anular, circinada oval o policíclica, con muchas similitudes en su presentación clínica, duración de las lesiones y edad de aparición. Incluye entidades potencialmente graves, como el lupus neonatal, y otras benignas de carácter autolimitado, como el eritema anular de la infancia¹.

La enfermedad de Lyme es una zoonosis secundaria a la picadura de garrapata del género *Ixodes*, infectada por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*. Es endémica en algunas zonas del norte de España, y el contagio se produce sobre todo en zonas rurales o de campo en verano y principios de otoño^{2,3}. Las manifestaciones clínicas son muy variadas, con afectación cutánea, reumatológica, neurológica y cardíaca, que se dividen en 3 estadios: precoz localizada, precoz diseminada y tardía o persistente. El eritema crónico migratorio (ECM) es su manifestación inicial en el 89% de los niños^{3,4}.

Aunque el ECM no es una entidad infrecuente en la población pediátrica, describimos un caso observado recientemente, que nos ha parecido interesante por el gran tamaño de la lesión y la larga evolución del cuadro sin presentar una resolución espontánea.

Lactante varón, de 21 meses de edad, sin antecedentes personales de interés, que consultó por una placa anular con borde eritematoso de 22 cm de diámetro, asintomática, localizada en la zona superior del tronco a la altura del escote, los hombros y la zona alta de la espalda (figura 1). La lesión se inició 8 meses antes en el lóbulo auricular derecho, creciendo de forma centrífuga, con afectación inicial de la mejilla derecha y posterior del cuello y el tronco. El niño no presentaba fiebre ni otra sintomatología general asociada. Cuando el cuadro se limitaba a la región facial, se trató con corticoides tópicos ante el diagnóstico de dermatitis atópica.

Con la sospecha diagnóstica de ECM se solicitó la serología de borreliosis de Lyme. En la entrevista, los padres recordaron el antecedente de picadura por garrapata en la oreja derecha unos días antes del inicio de todo el cuadro cutáneo. La serología mostró IgG positiva frente a *B. burgdorferi* confirmado con

IgG positiva frente a proteínas de *Borrelia* spp. en suero con técnica de Inmunoblot. A las 2 semanas la placa había aumentado de tamaño y presentaba un diámetro de 26 cm (figura 2).

Se pautó al paciente amoxicilina por vía oral en una dosis de 50 mg/kg/día durante 14 días. A las 24 horas de iniciado el tratamiento apareció una nueva placa anular de similares características y menor tamaño en el brazo izquierdo (reacción de Jarisch-Herxheimer) (figura 3), y a las 72 horas remitieron ambas lesiones.

El ECM aparece unos 7-15 días después de la picadura de la garrapata infectada y tiende a la resolución espontánea entre 3 días y 8 semanas^{1,4}. Suele localizarse en el tronco o la raíz de las extremidades, y en la infancia a menudo afecta a la cabeza y el cuello^{5,6}. Se inicia como una mácula o pápula eritematosa en el punto de inoculación. Posteriormente se expande de forma rápida para formar una placa eritematosa uniforme o anular con aclaramiento central, cuyo diámetro está directamente relacionado con la duración de la lesión. Aunque el ECM puede ser pruriginoso o doloroso, generalmente es asintomático^{1,7}.

El diagnóstico se establece en función de las características clínicas y la evolución del eritema⁸. La confirmación serológica ayuda a diferenciarlo, sobre todo en los ECM múltiples, del resto de eritemas anulares de la infancia u otros procesos, como la urticaria, la dermatitis atópica o seborreica, los exantemas víricos, la erisipela, las reacciones inespecíficas a picaduras de insectos o garrapatas y el granuloma anular^{1,5}. La histopatología es inespecífica con la existencia de un infiltrado linfocitario perivascular en la dermis superficial y profunda, y numerosas células plasmáticas y eosinófilos⁹.

En los niños menores de 9 años, el ECM se trata habitualmente con amoxicilina oral entre 25 y 50 mg/kg/día durante 2 o 3 semanas; en los niños mayores y adultos se puede emplear doxiciclina. Las lesiones suelen remitir a los pocos días de iniciado el tratamiento, aunque en las primeras 24 horas los pacientes pueden experimentar un agravamiento del cuadro cutáneo o sistémico (reacción de Jarisch-Herxheimer)^{5,10}.

En conclusión, destacamos la importancia de pensar en el ECM al observar un eritema anular en la infancia, aunque no se refiera el antecedente de picadura de garrapata, y la necesidad de tratarlo para prevenir las posibles secuelas tardías de la enfermedad de Lyme.

Bibliografía

1. Toledo-Alberola F, Betlloch-Mas I. Eritemas anulares en la infancia. *Actas Dermosifiliogr.* 2010; 101: 473-484.
2. Guerrero Espejo A. Borreliosis de Lyme: una enfermedad que la diagnostica quien piensa en ella. *Rev Clin Esp.* 2000; 20: 55-56.
3. Roca B. Borreliosis de Lyme. *Med Clin (Barc).* 2006; 127: 265-268.
4. Torres Claveras S, Duplá Arenaz M, García Jiménez MC. Borreliosis. A propósito de un caso de enfermedad de Lyme. *An Pediatr (Barc).* 2006; 64: 500-501.

5. Srinivasalu H, Brescia AC, Rose CD. Lyme chondritis presenting as painless ear erythema. *Pediatrics*. 2013; 131: e1.977-e1.981.
6. Benedix F, Geyer A, Röcken M, Biedermann T. Butterfly rash in a young boy: a quiz. *Acta Derm Venereol*. 2010; 90: 109-111.
7. Arnez M, Pleterki-Rigler D, Luznik-Bufon T, Ruzic-Sabljić E, Strle F. Solitary and multiple erythema migrans in children: comparison of demographic, clinical and laboratory findings. *Infection*. 2003; 31: 404-409.
8. Wright WF, Riedel DJ, Talwani R, Gilliam BL. Diagnosis and management of Lyme disease. *Am Fam Physician*. 2012; 85: 1.086-1.093.
9. Pereyra-Rodríguez JJ, Bernabeu-Wittel J, Cañas E, Conejo-Mir J. Mácula eritematosa lentamente progresiva. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011; 29: 68-69.
10. Nizic T, Velikanje E, Ruzic-Sabljić E, Arnez M. Solitary erythema migrans in children: comparison of treatment with clarithromycin and amoxicillin. *Wien Klin Wochenschr*. 2012; 124: 427-433.



Figura 1. Placa anular con un borde eritematoso de 22 cm de diámetro en la zona superior del tronco

Fecha de recepción: 9/06/13. Fecha de aceptación: 31/08/13.

Correspondencia: B. Monteagudo Sánchez. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Avda. Residencia, s/n. 15405 Ferrol (A Coruña). Correo electrónico: benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es

Cómo citar este artículo: León-Muiños E, Vilas-Sueiro A, Monteagudo B, Ramírez A, Vázquez L. Eritema crónico migratorio. *Acta Pediatr Esp*. 2013; 71(10): e329-e332.

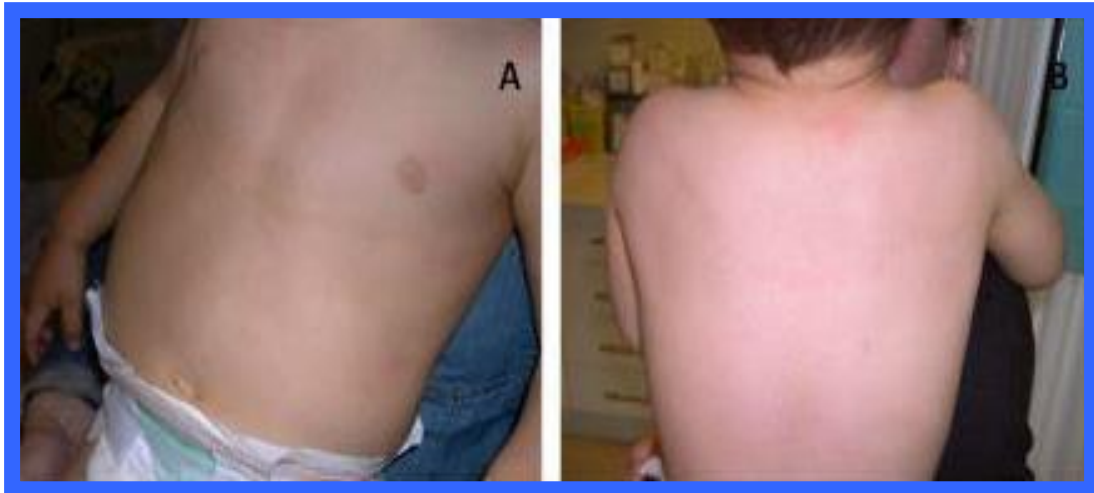


Figura 2. A las 2 semanas, se aprecia una lesión de 26 cm de diámetro



Figura 3. A las 24 horas de iniciado el tratamiento, se observa una nueva placa anular en el brazo izquierdo (reacción de Jarisch-Herxheimer)II