https://printo.it/pediatric-rheumatology/AR/intro

Artritis de Lyme

Versión de 2016

1. ¿QUÉ ES LA ARTRITIS DE LYME?

1.1 ¿En qué consiste?

La artritis de Lyme es una de las enfermedades ocasionadas por la bacteria Borrelia burgdorferi (borreliosis de Lyme), que se transmite mediante la picadura de garrapatas de cuerpo duro, incluida Ixodes ricinus.
Aunque la piel, el sistema nervioso central, el corazón, el ojo y otros órganos pueden estar afectados por la infección por Borrelia burgdorferi, las articulaciones son la diana exclusiva en la mayoría de los casos de artritis de Lyme. Sin embargo, pueden existir antecedentes de afectación cutánea en forma de eritema migratorio, una erupción cutánea roja en expansión en el lugar de la picadura de la garrapata. En casos raros, los casos de artritis de Lyme que no se tratan pueden progresar hasta la afectación del sistema nervioso central.

1.2 ¿Es muy frecuente?

Solamente una minoría de niños con artritis presentan artritis de Lyme. Sin embargo, la artritis de Lyme es probablemente la artritis más frecuente que se produce tras una infección bacteriana en los niños y adolescentes de Europa. Rara vez se produce antes de los 4 años de edad, por lo que es principalmente una enfermedad de los niños en edad escolar.
Se produce en todas las zonas de Europa pero es prevalente en Europa Central y en el sur de Escandinavia, alrededor del Mar Báltico. Aunque la transmisión depende de la picadura de las garrapatas infectadas, que están activas desde abril hasta octubre (dependiendo de la humedad y

temperatura ambiental), la artritis de Lyme puede iniciarse en cualquier momento del año debido al tiempo largo y variable que transcurre entre la picadura infecciosa de la garrapata y el inicio de la inflamación articular.

1.3 ¿Cuáles son las causas de la enfermedad?

La causa de la enfermedad es la bacteria Borrelia burgdorferi, que se transmite a través de la picadura de la garrapata Ixodes ricinus. La mayoría de las garrapatas no están infectadas, por lo que la mayoría de las picaduras de las garrapatas de cuerpo duro no da lugar a infección; además la mayoría de las infecciones, si se tratan en la fase de eritema migratorio, no progresan hasta estadios más avanzados de la enfermedad, incluida la artritis de Lyme.
Este es el caso especialmente si las primera etapas, incluido el eritema migratorio, se han tratado con antibióticos. Así pues, aunque la borreliosis de Lyme, en forma de eritema migratorio, puede producirse en 1 de cada 1.000 niños al año, la aparición de la artritis de Lyme, la manifestación tardía de la enfermedad, es un acontecimiento raro.

1.4 ¿Es hereditaria?

La artritis de Lyme es una enfermedad infecciosa y no es hereditaria. Es cierto que la artritis de Lyme resistente al tratamiento con antibióticos se ha asociado con ciertos marcadores genéticos, pero se desconocen los mecanismos precisos de esta predisposición.

1.5 ¿Por qué mi hijo tiene esta enfermedad? ¿Puede evitarse?

En las regiones europeas donde se encuentran las garrapatas es difícil evitar que los niños la padezcan . Sin embargo, la mayor parte del tiempo el organismo causante, Borrelia burgdorferi, no se transmite inmediatamente tras la picadura de la garrapata, sino solamente varias horas o incluso un día después, cuando la bacteria ha alcanzado las glándulas salivales de la garrapata y se excreta con la saliva hacia el interior del huésped (es decir, el cuerpo humano). Las garrapatas atacan a sus huéspedes durante 3 a 5 días, alimentándose de su sangre. Si todas las mañanas se comprueba la presencia de garrapatas adheridas a los niños y se eliminan inmediatamente, la transmisión de

Borrelia burgdorferi es muy poco probable. No se recomienda el tratamiento preventivo con antibióticos tras la picadura de la garrapata. Sin embargo, cuando se producen las primeras manifestaciones de eritema migratorio, debe tratarse con antibióticos. Este tratamiento detendrá la posterior proliferación de la bacteria y evitará la artritis de Lyme. En los EE. UU., se ha desarrollado la vacuna frente a una sola cepa de Borrelia burgdoferi, pero se ha retirado del mercado por motivos económicos. Esta vacuna no es útil en Europa debido a variaciones en la cepa.

1.6 ¿Es contagiosa?

Aunque se trata de una enfermedad infecciosa, no es contagiosa (es decir, no puede pasar de una persona a otra), ya que la bacteria debe transportarse por la garrapata.

1.7 ¿Cuáles son los principales síntomas?

Los principales síntomas de la artritis de Lyme es la inflamación articular con derrame y limitación del movimiento en las articulaciones afectadas. La enorme inflamación suele estar acompañada por poco o ningún dolor. La articulación que se ve afectada con mayor frecuencia es la rodilla, aunque puede afectar a otras articulaciones grandes y pequeñas. Es raro que la rodilla no esté afectada, ya que el 67 % de los casos presentan monoartritis de la articulación de la rodilla. Más del 95 % de los casos siguen una evolución oligoarticular (hasta 4 articulaciones), habitualmente con una articulación de la rodilla como la única que permanece inflamada tras pasado algún tiempo. La artritis de Lyme se produce como artritis recurrente en el 67 % de los casos (es decir, la artritis desaparece por sí misma tras varios días o unas pocas semanas y, tras un intervalo sin síntomas, la artritis reaparece en las mismas articulaciones).
La frecuencia y la duración de los episodios de inflamación articular suele disminuir con el tiempo, pero en algunos casos, la inflamación puede aumentar ya que la artritis puede llegar a volverse crónica. También hay casos raros con artritis de larga duración desde el inicio (duración de la artritis de al menos 3 meses).

1.8 ¿La enfermedad es igual en todos los niños?

No. La enfermedad puede ser aguda (es decir, existe un solo episodio de artritis), recurrente o crónica. La artritis parece ser más aguda en los niños más jóvenes y más crónica en adolescentes.

1.9 ¿La enfermedad en niños es diferente que la que presentan los adultos?

La enfermedad es similar en adultos y niños. Sin embargo, los niños pueden presentar una mayor frecuencia de artritis que los adultos. Por otro lado, cuanto más joven es el niño, más rápida es la evolución y mayor es la posibilidad de un tratamiento satisfactorio con antibióticos.

2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

2.1 ¿Cómo se diagnostica?

Cada vez que se produce una nueva aparición de artritis sin una causa conocida, la artritis de Lyme debe considerarse para el diagnóstico diferencial. La sospecha clínica se confirma mediante ensayos analíticos, incluidos los análisis de sangre y, en algunos casos, análisis del líquido sinovial (líquido de las articulaciones inflamadas).
En la sangre, los anticuerpos frente a Borrelia burgdorferi se detectan mediante una prueba llamada enzimo inmunoensayo. Si se encuentran anticuerpos IgM frente a Borrelia burgdorferi mediante el enzimo inmunoensayo, debe realizarse una prueba confirmatoria llamada inmunoblot o Western blot.
Si se presenta artritis de causa desconocida y se detectan anticuerpos IgM frente a Borrelia burgdorferi mediante el enzimoinmunoensayo, y se confirman mediante Western blot, el diagnóstico es de artritis de Lyme. El diagnóstico puede confirmarse mediante el análisis del líquido sinovial, puesto que en él puede encontrarse el gen de la bacteria Borrelia burgdorferi utilizando una técnica llamada reacción en cadena de la polimerasa. No obstante, esta prueba de laboratorio es menos fiable que los anticuerpos medidos mediante serología. En concreto, el ensayo puede fallar a la hora de indicar la infección en presencia de la misma y puede indicar infección cuando esta no se está presente. La artritis de Lyme debe diagnosticarse por parte del pediatra o en un hospital pediátrico. Sin embargo, si el tratamiento con antibióticos no

tiene éxito, un especialista en reumatología pediátrica debe participar en el posterior tratamiento de la enfermedad.

2.2 ¿Cuál es la importancia de los análisis?

Aparte de los valores serológicos, suelen llevarse a cabo las mediciones de los marcadores inflamatorios en la bioquímica sanguínea. Además, pueden considerarse otras causas infecciosas de la artritis y descartarse utilizando los ensayos analíticos adecuados.
Una vez confirmada la artritis de Lyme mediante valores analíticos incluido el enzimoinmunoensayo y el inmunoblot, no resulta útil repetir estos análisis ya que no indican la respuesta frente al tratamiento con antibióticos. Por otro lado, estos análisis pueden seguir dando valores altamente positivos durante años a pesar de un tratamiento adecuado.

2.3 ¿Puede tratarse o curarse?

Puesto que la artritis de Lyme es una enfermedad bacteriana infecciosa, el tratamiento se realiza mediante la administración de antibióticos. Más del 80 % de los pacientes con artritis de Lyme se curan tras uno o dos ciclos de tratamiento con antibióticos. En el restante 10 o 20 % de los casos, un tratamiento adicional con antibióticos no suele curar la enfermedad y es necesario el tratamiento antirreumático.

2.4 ¿Cuáles son los tratamientos?

La artritis de Lyme puede tratarse mediante antibióticos por vía oral durante 4 semanas o mediante antibióticos por vía intravenosa durante al menos 2 semanas. Si el cumplimiento con amoxicilina o doxiciclina (solo se administran a niños de más de 8 años de edad) es problemático, el tratamiento por vía intravenosa con ceftriaxona (o con cefotaxima) puede ser más ventajoso.

2.5 ¿Cuáles son los efectos secundarios del tratamiento farmacológico?

Pueden producirse efectos secundarios, incluida la diarrea o reacciones alérgicas, al administrar antibióticos por vía oral. Sin embargo, la mayoría de los efectos secundarios son raros y de poca importancia.

2.6 ¿Cuánto tiempo debería durar el tratamiento?

Tras finalizar el tratamiento con antibióticos, se recomienda esperar 6 semanas antes de concluir que el tratamiento podría no haber curado la enfermedad en presencia de la artritis en curso.
Si este es el caso, puede administrarse otro tratamiento antibiótico. Cuando la artritis sigue presente tras 6 semanas después de finalizar el segundo tratamiento con antibióticos, debe iniciarse el tratamiento con antirreumáticos. Normalmente, se recetan fármacos antirreumáticos no esteroideos y se inyectan corticoesteroides en las articulaciones afectadas, sobre todo en la articulación de la rodilla.

2.7 ¿Qué tipo de revisiones periódicas son necesarias?

La única revisión útil es la exploración de las articulaciones. Cuando más prolongado es el periodo desde la desaparición de la artritis, menos probable es su reaparición.

2.8 ¿Durante cuánto tiempo durará la enfermedad?

En más del 80 % de los casos, la enfermedad desaparece tras uno o dos tratamientos con antibióticos. En los casos restantes, la artritis desaparecerá durante el transcurso de meses o años. Finalmente, la enfermedad se detendrá por completo.

2.9 ¿Cuál es la evolución a largo plazo (el pronóstico) de la enfermedad?

Tras el tratamiento con antibióticos, en la mayoría de los casos, la enfermedad desaparecerá sin dejar ninguna consecuencia. Existen casos individuales en los que se ha producido daño articular definitivo, incluida la limitación del rango de movimiento y la osteoartritis prematura.

2.10 ¿Es posible recuperarse completamente?

Sí. Más del 95 % de los casos se recuperarán completamente.

3. VIDA COTIDIANA

3.1 ¿Cómo puede afectar la enfermedad a la vida cotidiana del niño y de su familia?

Debido al dolor y a la limitación del movimiento, el niño puede experimentar limitaciones en las actividades deportivas, por ejemplo, puede no ser capaz de correr tan rápido como antes. En la mayoría de los pacientes, la enfermedad es leve y la mayor parte de los problemas son leves y transitorios.

3.2 ¿Qué ocurre con la escuela?

Durante un periodo de tiempo limitado, puede se necesario dejar de participar en las actividades deportivas del colegio. El estudiante puede ser capaz de decidir por sí mismo en qué actividades le gustaría participar.

3.3 ¿Qué ocurre con los deportes?

El niño o el adolescente debe decidir por sí mismo respecto a este asunto. Si el niño participa en un programa regular planificado en un centro deportivo, puede ser conveniente disminuir los requisitos de este programa o adaptarlos a los deseos del paciente.

3.4 ¿Qué ocurre con la dieta?

La dieta debe ser equilibrada y contener cantidades adecuadas de proteínas, calcio y vitaminas para el crecimiento del niño. Los cambios en la dieta no afectan a la evolución de la enfermedad.

3.5 ¿Puede influir el clima en la evolución de la enfermedad?

Aunque las garrapatas necesitan un clima cálido y húmedo, una vez que la infección ha alcanzado las articulaciones, la evolución posterior de la enfermedad no se ve influenciada por las variaciones climáticas.

3.6 ¿Puede vacunarse al niño?

No existen restricciones en lo que respecta a las vacunas. La respuesta a las vacunas no se ve afectado por la enfermedad o por el tratamiento con antibióticos, y no existen efectos secundarios adicionales que deban esperarse por la presencia de la enfermedad o el tratamiento. En la actualidad, no existe una vacuna frente a la borreliosis de Lyme.

3.7 ¿Qué ocurre con la vida sexual, el embarazo y la anticoncepción?

No existen restricciones sobre la actividad sexual o el embarazo como consecuencia de la enfermedad.