



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

Artrite de Lyme

Versión de 2016

1. QUE É A ARTRITE DE LYME?

1.1 En que consiste?

A artrite de Lyme é unha das enfermidades ocasionadas pola bacteria *Borrelia burgdorferi* (borreliose de Lyme), que se transmite mediante a picadura de carrachas de corpo duro, incluída *Ixodes ricinus*.

Mentres que a pel, o sistema nervioso central, o corazón, o ollo e outros órganos poden ser o obxectivo da infección por *Borrelia burgdorferi*, as articulacións son a diana exclusiva na maioría dos casos de artrite de Lyme. Con todo, poden existir antecedentes de afectación cutánea en forma de eritema migratorio, unha erupción cutánea vermella en expansión no lugar da picadura da carracha.

En casos raros, os casos de artrite de Lyme que non se tratan poden progresar ata a afectación do sistema nervioso central.

1.2 É moi frecuente?

Soamente unha minoría de nenos con artrite presentan artrite de Lyme. Con todo, a artrite de Lyme é probablemente a artrite máis frecuente que se produce tras unha infección bacteriana nos nenos e adolescentes de Europa. De cando en cando prodúcese antes dos 4 anos de idade, polo que é principalmente unha enfermidade dos nenos en idade escolar.

Prodúcese en todas as zonas de Europa pero é prevalente en Europa Central e no sur de Escandinavia, ao redor do Mar Báltico. Aínda que a transmisión depende da picadura das carrachas infectadas, que están activas desde abril ata outubro (dependendo da humidade e temperatura ambiental), a artrite de Lyme pode iniciarse en calquera

momento do ano debido ao tempo longo e variable que transcorre entre a picadura infecciosa da carracha e o inicio da inflamación articular.

1.3 Cales son as causas da enfermidade?

A causa da enfermidade é a bacteria *Borrelia burgdorferi*, que se transmite a través da picadura da carracha *Ixodes ricinus*. A maioría das carrachas non están infectadas, polo que a maioría das picaduras das carrachas de corpo duro non dá lugar a infección; ademais a maioría das infeccións, se se tratan na fase de eritema migratorio, non progresan ata estadios máis avanzados da enfermidade, incluída a artrite de Lyme.

Este é o caso, especialmente, se nas primeiras etapas, incluído o eritema migratorio, se trataron con antibióticos. Así pois, aínda que a borreliose de Lyme, en forma de eritema migratorio, pode producirse en ata 1 de cada 1.000 nenos ao ano, a aparición da artrite de Lyme, a manifestación tardía da enfermidade, é un acontecemento raro.

1.4 É hereditaria?

A artrite de Lyme é unha enfermidade infecciosa e non é hereditaria. Certo é que a artrite de Lyme resistente ao tratamento con antibióticos asociouse con certos marcadores xenéticos, pero descoñécense os mecanismos precisos desta predisposición.

1.5 Por que o meu fillo ten esta enfermidade? Pode evitarse?

Nas rexións europeas onde se atopan as carrachas é difícil evitar que os nenos a padezan . Con todo, a maior parte do tempo o organismo causante, *Borrelia burgdorferi*, non se transmite inmediatamente tras a picadura da carracha, senón soamente varias horas ou mesmo un día despois, cando a bacteria alcanzou as glándulas salivais da carracha e se excreta coa saliva cara ao interior do hóspede (é dicir, o corpo humano). As carrachas atacan os seus hóspedes durante 3 a 5 días, alimentándose do seu sangue. Se todas as mañás se comproba a presenza de carrachas adheridas aos nenos e se eliminan inmediatamente, a transmisión de *Borrelia burgdorferi* é moi pouco probable. Non se recomenda o tratamento preventivo con antibióticos tras a picadura da carracha.

Con todo, cando se producen as primeiras manifestacións de eritema migratorio, debe tratarse con antibióticos. Este tratamento deterá a posterior proliferación da bacteria e evitará a artrite de Lyme. Nos EEUU, desenvolveuse a vacina fronte a unha soa cepa de *Borrelia burgdoferi*, pero retirouse do mercado por motivos económicos. Esta vacina non é útil en Europa debido a variacións na cepa.

1.6 É contaxiosa?

Aínda que se trata dunha enfermidade infecciosa, non é contaxiosa (é dicir, non pode pasar dunha persoa a outra), xa que a bacteria debe transportarse pola carracha.

1.7 Cales son os principais síntomas?

Os síntomas principais da artrite de Lyme é a inflamación articular con derrame e limitación do movemento nas articulacións afectadas. A enorme inflamación adoita estar acompañada por pouca ou ningunha dor. A articulación que se ve afectada con maior frecuencia é o xeonllo, aínda que pode afectar a outras articulacións grandes e pequenas. É raro que o xeonllo non estea afectado, xa que o 67 % dos casos presentan monoartrite da articulación do xeonllo. Máis do 95 % dos casos seguen unha evolución oligoarticular (ata 4 articulacións), habitualmente cunha articulación do xeonllo como a única que permanece inflamada tras pasado algún tempo. A artrite de Lyme prodúcese como artrite recorrente no 67 % dos casos (é dicir, a artrite desaparece por si mesma tras varios días ou unhas poucas semanas e, tras un intervalo sen síntomas, a artrite reaparece nas mesmas articulacións).

A frecuencia e a duración dos episodios de inflamación articular adoita diminuír co tempo, pero nalgúns casos, a inflamación pode aumentar e a artrite pode chegar a volverse crónica. Tamén hai casos raros con artrite de longa duración desde o inicio (duración da artrite de polo menos 3 meses).

1.8 A enfermidade é igual en todos os nenos?

Non. A enfermidade pode ser aguda (é dicir, existe un só episodio de artrite), recorrente ou crónica. A artrite parece ser máis aguda nos

nenos máis novos e máis crónica en adolescentes.

1.9 A enfermidade en nenos é diferente que a que presentan os adultos?

A enfermidade é similar en adultos e nenos. Con todo, os nenos poden presentar unha maior frecuencia de artrite que os adultos. Doutra banda, canto máis novo é o neno, máis rápida é a evolución e maior é a posibilidade dun tratamento satisfactorio con antibióticos.

2. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

2.1 Como se diagnostica?

Cada vez que se produce unha nova aparición de artrite sen unha causa coñecida, a artrite de Lyme debe considerarse para o diagnóstico diferencial. A sospeita clínica confírmase mediante ensaios analíticos, incluídos as análises de sangue e, nalgúns casos, análises do líquido sinovial (líquido das articulacións inflamadas).

No sangue, os anticorpos fronte a *Borrelia burgdorferi* detéctanse mediante unha proba chamada inmunoensaio enzimático. Se se atopan anticorpos IgG fronte a *Borrelia burgdorferi* mediante o inmunoensaio enzimático, debe realizarse unha proba confirmatoria chamada inmunoblot ou Western blot.

Se se presenta artrite de causa descoñecida e se detectan anticorpos IgG fronte a *Borrelia burgdorferi* mediante o inmunoensaio enzimático e se confirman mediante Western blot, o diagnóstico é de artrite de Lyme. O diagnóstico pode confirmarse mediante a análise do líquido sinovial, posto que nel pode atoparse o xene da bacteria *Borrelia burgdorferi* utilizando unha técnica chamada reacción en cadea da polimerasa. Con todo, esta proba de laboratorio é menos fiable que os anticorpos medidos mediante seroloxía. En concreto, o ensaio pode fallar á hora de indicar a infección con presenza dela e pode indicar infección cando esta non está presente. A artrite de Lyme debe diagnosticarse por parte do pediatra ou nun hospital pediátrico. Con todo, se o tratamento con antibióticos non ten éxito, un especialista en reumatoloxía pediátrica debe participar no posterior tratamento da enfermidade.

2.2 Cal é a importancia das análises?

Á parte dos valores serolóxicos, adoitan levar a cabo as medicións dos marcadores inflamatorios na bioquímica sanguínea. Ademais, poden considerarse outras causas infecciosas da artrite e descartarse utilizando os ensaios analíticos adecuados.

Unha vez confirmada a artrite de Lyme mediante valores analíticos incluído o inmunoensaio enzimático e o inmunoblot, non resulta útil repetir estas análises xa que non indican a resposta fronte ao tratamento con antibióticos. Doutra banda, estas análises poden seguir dando valores altamente positivos durante anos a pesar dun tratamento frutífero.

2.3 Pode tratarse ou curarse?

Posto que a artrite de Lyme é unha enfermidade bacteriana infecciosa, o tratamento realízase mediante a administración de antibióticos. Máis do 80 % dos pacientes con artrites de Lyme cúranse tras un ou dous ciclos de tratamento con antibióticos. No restante 10 ou 20 % dos casos, un tratamento adicional con antibióticos non adoita curar a enfermidade e é necesario o tratamento antirreumático.

2.4 Cales son os tratamentos?

A artrite de Lyme pode tratarse mediante antibióticos por vía oral durante 4 semanas ou mediante antibióticos por vía intravenosa durante polo menos 2 semanas. Se o cumprimento con amoxicilina ou doxiciclina é problemático (só se administran a nenos de máis de 8 anos de idade), o tratamento por vía intravenosa con ceftriaxona (ou con cefotaxima) pode ser máis vantaxoso.

2.5 Cales son os efectos secundarios do tratamento farmacolóxico?

Poden producirse efectos secundarios, incluída a diarrea ou reaccións alérxicas, ao administrar antibióticos por vía oral. Con todo, a maioría dos efectos secundarios son raros e de pouca importancia.

2.6 Canto tempo debería durar o tratamento?

Tras finalizar o tratamento con antibióticos, recoméndase esperar 6 semanas antes de concluír que o tratamento podería non curar a enfermidade en presenza da artrite en curso.

Se este é o caso, pode administrarse outro tratamento antibiótico.

Cando a artrite segue presente tras 6 semanas despois de finalizar o segundo tratamento con antibióticos, debe iniciarse o tratamento con antirreumáticos. Normalmente, recítanse fármacos antirreumáticos non esteroideos e inxéctanse corticoesteroides nas articulacións afectadas, sobre todo na articulación do xeonllo.

2.7 Que tipo de revisións periódicas son necesarias?

A única revisión útil é a exploración das articulacións. Canto máis prolongado é o período desde a desaparición da artrite, menos probable é a súa reaparición.

2.8 Durante canto tempo durará a enfermidade?

En máis do 80 % dos casos, a enfermidade desaparece tras un ou dous tratamentos con antibióticos. Nos casos restantes, a artrite desaparecerá durante o transcurso de meses ou anos. Finalmente, a enfermidade deterase por completo.

2.9 Cal é a evolución a longo prazo (o prognóstico) da enfermidade?

Tras o tratamento con antibióticos, na maioría dos casos, a enfermidade desaparecerá sen deixar ningunha consecuencia. Existen casos individuais nos que se produciu dano articular definitivo, incluída a limitación do rango de movemento e a osteoartrite prematura.

2.10 É posible recuperarse completamente?

Si. Máis do 95 % dos casos recuperáranse completamente.

3. VIDA COTIÁ

3.1 Como pode afectar a enfermidade á vida cotiá do neno e da súa familia?

Debido á dor e á limitación do movemento, o neno pode experimentar limitacións nas actividades deportivas, por exemplo, pode non ser capaz de correr tan rápido como antes. Na maioría dos pacientes, a enfermidade é leve e a maior parte dos problemas son leves e transitorios.

3.2 Que ocorre coa escola?

Durante un período de tempo limitado, pode ser necesario deixar de participar nas actividades deportivas do colexio. O estudante pode ser capaz de decidir por si mesmo en que actividades lle gustaría participar.

3.3 Que ocorre cos deportes?

O neno ou o adolescente debe decidir por si mesmo respecto deste asunto. Se o neno participa nun programa regular planificado nun centro deportivo, pode ser conveniente diminuír os requisitos deste programa ou adaptar os requisitos aos desexos do paciente.

3.4 Que ocorre coa dieta?

A dieta debe ser equilibrada e conter cantidades adecuadas de proteínas, calcio e vitaminas para o crecemento do neno. Os cambios na dieta non afectan á evolución da enfermidade.

3.5 Pode influír o clima na evolución da enfermidade?

Aínda que as carrachas necesitan un clima cálido e húmido, unha vez a infección alcanzou as articulacións, a evolución posterior da enfermidade non se ve influenciada polas variacións climáticas.

3.6 Pode vacinarse o neno?

Non existen restricións polo que respecta ás vacinas. O éxito das vacinas non se ve afectado pola enfermidade ou polo tratamento con antibióticos, e non existen efectos secundarios adicionais que deban

esperarse pola presenza da enfermidade ou o tratamento. Na actualidade, non existe unha vacina fronte á borreliose de Lyme.

3.7 Que ocorre coa vida sexual, o embarazo e a anticoncepción?

Non existen restricións sobre a actividade sexual ou o embarazo como consecuencia da enfermidade.