



Panuveítis no granulomatosa en un paciente colombiano: ¿atribuible a la enfermedad de Lyme?

Non-granulomatous panuveitis in a Colombian patient: Attributable to Lyme disease?

Alejandro de la Hoz-Gómez¹, Jose Alejandro Rumbo-Romero²

Señor editor:

Hemos leído con interés el artículo “Panuveítis asociada a la enfermedad Lyme en un paciente colombiano” por Cuevas-Peláez (1), publicado recientemente, y nos surgen múltiples observaciones. Si bien es cierto que en la literatura se han descrito casos de compromiso oftálmico por enfermedad de Lyme en fase tardía, esta presentación es extremadamente inusual (2). Sobre su presentación inicial, llaman la atención las artralgias *de novo* intermitentes en ambas muñecas. Históricamente se conoce que, en la enfermedad de Lyme tardía, es más frecuente el compromiso monoarticular y oligoarticular asimétrico, inflamatorio e intermitente de grandes articulaciones, especialmente de la rodilla (3-5). Si sumamos esta presentación a la panuveítis, ya serían dos hallazgos infrecuentes en la enfermedad de Lyme.

Después de descartar algunas etiologías infecciosas y autoinmunes, y ante la persistente sospecha clínica de infección por *Borrelia burgdorferi*, los autores obtuvieron un IgG por ELISA positivo (12.2 mg/dL) y Western Blot IgG positivo para las bandas p22 y p31. A pesar de que se realizaron los pasos del algoritmo de dos niveles sugerido por los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) para el diagnóstico de enfermedad de Lyme en pacientes con signos y síntomas por más de 30 días, es necesario precisar que el IgG por Western Blot es considerado positivo únicamente si hay 5 o más de las 10 bandas (18, 23, 28, 30, 39, 41, 45, 58, 66 y 93 kDa) (6). Se desaconseja considerar positivo un conteo de bandas de IgG por Western Blot menor o igual a 4, por la alta posibilidad de reacción cruzada con antígenos no pertenecientes a *Borrelia burgdorferi* (6). En este caso, la interpretación de la prueba no se realizó con énfasis en el número de bandas, sino en la positividad de bandas individuales, que carecen de valor diagnóstico por sí solas (7). Por otro lado, Cervantes, en su revisión de literatura sobre la enfermedad de Lyme en el Perú, puntualiza que, en cada caso de diagnóstico de enfermedad de Lyme, debe indicarse el kit de ELISA y Western blot empleados, debido a la alta variedad en la sensibilidad y especificidad entre pruebas comerciales, sin embargo, en este caso se desconoce la prueba empleada por los autores (8).

¹ Investigador postdoctoral. University of Texas McGovern Medical School. Houston, Texas USA.

² Estudiante de XII Semestre. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá D.C.

A pesar de que el paciente tuvo historia de exposición a un área endémica, sus síntomas iniciales inespecíficos configuraban *per se* una probabilidad pretest baja, con alta probabilidad de falsos positivos de acuerdo con el *Clinical Approach to Diagnosis of Early Lyme Disease* (6). En el artículo de Rifkin et al. ninguno de los pacientes en quienes se sospechó inicialmente uveítis por enfermedad de Lyme presentaron signos tempranos de enfermedad de Lyme, y, del mismo modo, en todos los casos se concluyó que la causa de uveítis no era enfermedad de Lyme, sino diferentes enfermedades autoinmunes e infecciosas, incluyendo artritis juvenil idiopática, sífilis, enfermedad de Crohn, entre otras (9).

Por último, el paciente recibió tratamiento con doxiciclina durante 21 días con posterior mejoría de los hallazgos inflamatorios al examen oftalmológico. A pesar de que la respuesta al tratamiento con tetraciclinas podría sugerir una infección por *Borrelia burgdorferi*, merece ser mencionado que la doxiciclina cubre un amplio espectro de microorganismos etiológicos tales como Rickettsias, *Treponema pallidum* y otros microorganismos transmitidos por *Ixodes scapularis* como *Anaplasma phagocytophilum*, *Borrelia miyamotoi*, *Borrelia mayonii*, *Ehrlichia muris-like agent*, entre otros (10). Adicionalmente, la doxiciclina tiene propiedades antiinflamatorias, lo cual podría mejorar otras enfermedades autoinmunes (6).

Como conclusión, al constituir la enfermedad de Lyme un diagnóstico muy atípico e infrecuente, sugerimos la posibilidad de que este caso probablemente correspondió a otro agente etiológico o a una enfermedad autoinmune y no a *Borrelia burgdorferi*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuevas-Peláez M, Correa-García A, López-Mahecha JM. Panuveítis asociada a la enfermedad de Lyme en un paciente colombiano. Reporte de caso. *Iatreia*. 2020 Abr-Jun;33(2):177-183. DOI 10.17533/udea.iatreia.46.
2. Bernard A, Seve P, Abukhashabh A, Roure-Sobas C, Boibieux A, Denis P, et al. Lyme-associated uveitis: Clinical spectrum and review of literature. *Eur J Ophthalmol*. 2019 Jun 26;1120672119856943. DOI 10.1177/1120672119856943.
3. Puius Y, Kalish R. Lyme Arthritis: Pathogenesis, Clinical Presentation, and Management. *Infect Dis Clin North Am*. 2008 Jun;22(2):289-300. DOI 10.1016/j.idc.2007.12.014.
4. Steere A, Strle F, Wormser G, Hu L, Branda J, Hovius J, et al. Lyme borreliosis. *Nat Rev Dis Primers*. 2016 Dec 15;2:16090. DOI 10.1038/nrdp.2016.90.
5. Wormser G, Dattwyler R, Shapiro E, Halperin J, Steere A, Klemperer M, et al. The clinical assessment, treatment, and prevention of Lyme disease, human granulocytic anaplasmosis, and babesiosis: Clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2006 Nov 1;43(9):1089-1134. DOI 10.1086/508667.
6. Moore A, Nelson C, Molins C, Mead P, Schriefer M. Current Guidelines, Common Clinical Pitfalls, and Future Directions for Laboratory Diagnosis of Lyme Disease, United States. *Emerg Infect Dis*. 2016 Jul;22(7):1169-1177. DOI 10.3201/eid2207.151694
7. Lantos P, Auwaerter P, Nelson C. Lyme Disease Sero. *logy. JAMA*. 2016 Apr 26;315(16):1780-1. DOI 10.1001/jama.2016.4882.
8. Cervantes J. Enfermedad de Lyme en el Perú. Una revisión clínica y epidemiológica. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2018;35(2): 292-6. DOI10.17843/rpmpes p.2018.352.3418.
9. Rifkin L, Vadboncoeur J, Minkus C, Dunn E, Moorthy R, Bhatt N, et al. The Utility of Lyme Testing in the Workup of Ocular Inflammation. *Ocul Immunol Inflamm*. 2019 Oct 2;1-5. DOI 10.1080/09273948.2019.1657904.
10. Sanchez E, Vannier E, Wormser G, Hu L. Diagnosis, Treatment, and Prevention of Lyme Disease, Human Granulocytic Anaplasmosis, and Babesiosis: A Review. *JAMA*. 2016 Apr 26;315(16):1767-77. DOI 10.1001/jama.2016.2884.

