

Tema 42

ERITEMA CRÓNICO MIGRATORIO

Dres. A. Moreno, A. Jucglà y X. Bordas

CONCEPTO

Dermatosis secundaria a infección por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*, caracterizada por la aparición lesiones anulares migratorias.

ETIOPATOGENIA

El eritema crónico migratorio es una infección por espiroquetas de tipo *Borrelia burgdorferi* (enfermedad de Lyme), que son inoculadas en la piel tras la mordedura de garrapatas de tipo *Ixodes*. Se ha logrado cultivar *Borrelia* de las lesiones de los pacientes en las de la mitad de los casos. Otros se caracterizan por la presencia de anticuerpos séricos a títulos altos y/o mantenidos al menos durante la fase activa de la enfermedad.

Algunos casos de linfocitoma cutis y prácticamente la totalidad de los casos de acrodermatitis crónica atrófica están causados por la variante europea de enfermedad de Lyme ya que también se ha demostrado la presencia de anticuerpos o se han identificado y/o cultivado de las lesiones en muchos casos.

CLASIFICACIÓN

- Forma europea.
- Forma americana.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Existen diferencias de comportamiento clínico en las variantes europea y americana de la enfermedad de Lyme.

La enfermedad comienza de forma aguda, 1 ó 2 semanas después de la picadura con la aparición de sintomatología infecciosa de tipo gripal (fiebre,

dolores musculares, etc.) acompañados de una lesión cutánea que recibe el nombre de eritema crónico migratorio. Muchos de los pacientes no relacionan la aparición de la lesión cutánea con la picadura previa.

La lesión cutánea consiste en una placa eritematosa solitaria (Fig. 1) que se expande periféricamente de forma lenta pero tenaz. Puesto que puede evolucionar durante semanas en ocasiones alcanza grandes dimensiones. La placa es asintomática. En ocasiones, en el centro de la placa se desarrolla un nódulo reactivo linfoide con apariencia de linfocitoma cutis. Las variantes americanas se caracterizan por la aparición de nuevas lesiones aisladas o a brotes persistiendo la patología cutánea durante meses.

La enfermedad puede curar o complicarse con la aparición de una meningoradiculitis en las formas europeas o de complicaciones graves neurológicas, cardíacas y articulares en las formas americanas.

Una rara complicación tardía es la aparición de acrodermatitis crónica atrófica en las superficies extensoras de las extremidades, con atrofia cutánea marcada que permite la visualización de los vasos sanguíneos suyacentes.

CLAVES CLÍNICAS DIAGNÓSTICAS

- Lesión de expansión anular, a menudo única, semanas después de una picadura.
- Asintomáticas.
- Complicación con aparición de nódulo (linfocitoma) o acrodermatitis crónica atrófica.

DESCRIPCIÓN HISTOLÓGICA

Las biopsias de lesiones de eritema crónico migratorio son completamente inespecíficas. La epi-



Figura 1. Eritema crónico migratorio. En la mitad inferior de la lesión puede observarse la pápula residual de la mordedura de garrapata.

dermis es normal y a nivel de la dermis superficial y media se observa un discreto infiltrado linfoide, puede haber una cierta cantidad de plasmáticas y/o eosinófilos (Figs. 2 y 3), estos últimos preferentemente en las biopsias de la porción central de las lesiones.

Se pueden visualizar espiroquetas con la tinción de plata de Warthin-Starry, especialmente si se obtienen las biopsias de la periferia activa de las lesiones. Se pueden identificar predominantemente en la dermis superficial aunque en ocasiones en

el epitelio epidérmico o anexial. La espiroqueta se puede demostrar también mediante técnicas de inmunofluorescencia indirecta o por PCR.

En los casos de linfocitoma desarrollado sobre la placa, la morfología es similar a los linfocitomas de otra etiología, nódulos pseudotumorales de predominio superficial compuestos por una mezcla de linfocitos, con plasmáticas y eosinófilos. Puede haber folículos linfoides.

En las lesiones de acrodermatitis crónica atrófica lo más llamativo es la reducción del espesor de

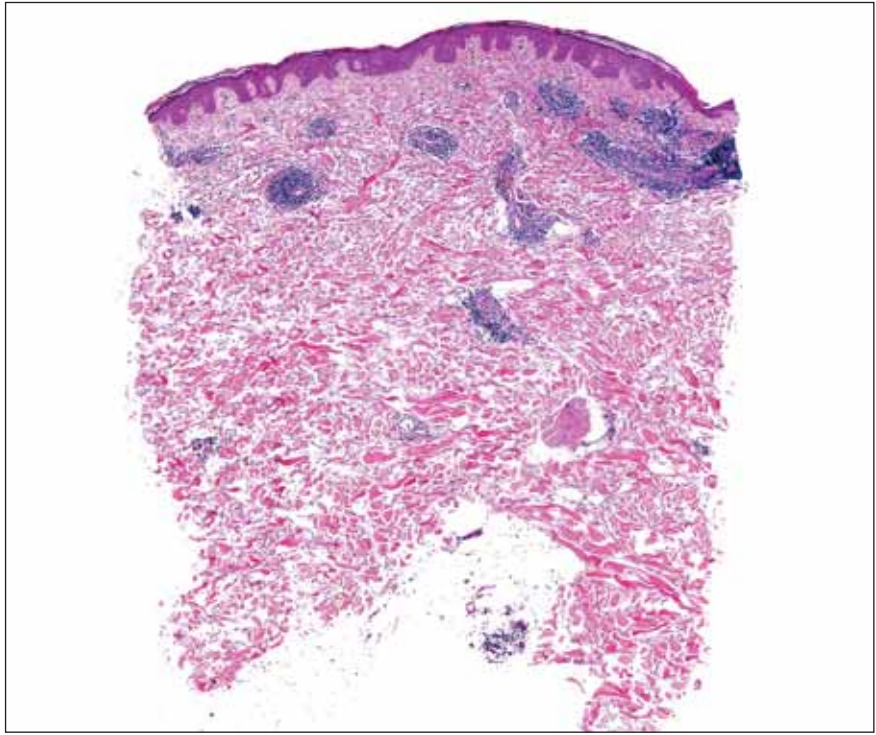


Figura 2. Imagen histológica a bajo aumento. Infiltrado perivascular de linfocitos y eosinófilos.

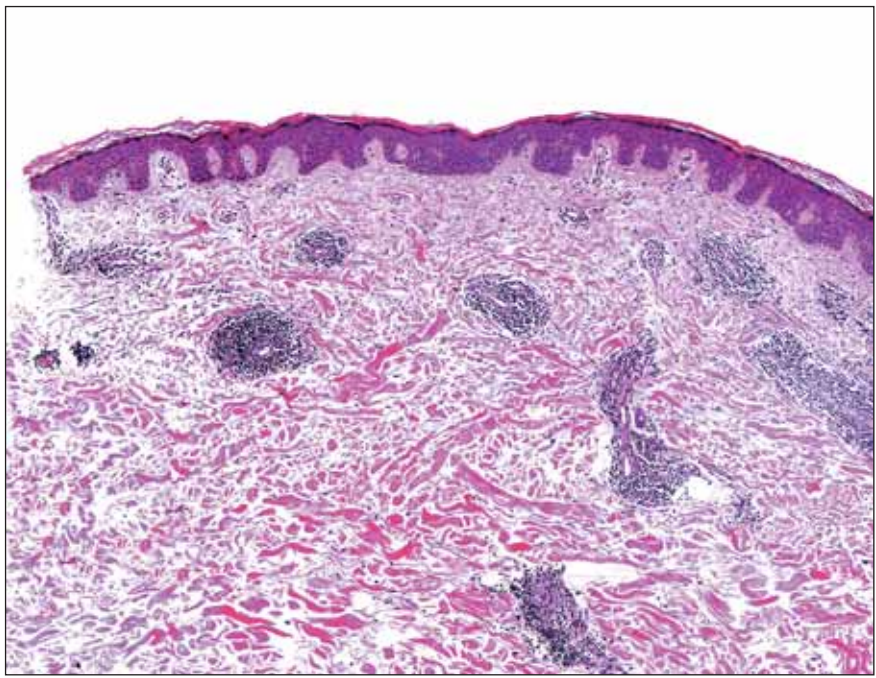


Figura 3. Detalla del infiltrado linfoide inespecífico dérmico. La epidermis es normal.

la dermis con presencia de ovillos sudoríparos próximos a la superficie. La epidermis es atrófica con adelgazamiento y pérdida de las crestas interpapilares y puede haber una cierta infiltración linfoide en la dermis más superficial.

CLAVES DEL DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

- Infiltrados linfoides dérmicos perivasculares con eosinófilos y plasmáticas, inespecíficos.
- Epidermis normal.

- A veces desarrollo de linfocitoma o de lesiones atróficas acrales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Otros eritemas figurados: Clínicamente muy similares. Las principales diferencias con el Eritema anular centrífugo son que suele tratarse de una lesión única y que predomina en partes descubiertas. Histológicamente no hay criterios. El antecedente de la mordedura es esencial en el diagnóstico diferencial en las formas europeas.

Linfocitomas: pueden ser causados por picadu-

ras de insecto. Sólo en caso de causa etiológica muy aparente con patrón histológico adecuado puede aceptarse como diagnóstico una hiperplasia linfoide reactiva en la piel (linfocitoma). En todos los demás casos debe sospecharse en primer lugar un linfoma B primario cutáneo, tipo linfoma de la zona marginal.

TRATAMIENTO

Responde de forma rápida a la penicilina, tetraciclina y otros antibióticos.