

¿Existe la enfermedad de Lyme autóctona en Argentina?

Hemos leído con atención el caso clínico de Sergio G. Monteiro y col. publicado en esta Revista¹. Deseamos hacer una serie de consideraciones sobre el diagnóstico de enfermedad de Lyme (EL).

La EL es producida por bacterias del Complejo *Borrelia burgdorferi* (B.b) sensu lato, que se transmite al humano por la mordedura de garrapatas del Complejo *Ixodes ricinus* distribuidas en el hemisferio norte. Hasta ahora en Argentina no se han comunicado casos autóctonos de EL por B.b y tampoco se ha identificado algún vector transmisor^{2, 3}.

Los autores concluyen que el paciente contrajo EL al determinar la seroconversión IgM-IgG anti-*Borrelia burgdorferi*. Inicialmente IgM positiva débil e IgG positiva con un título de 1/160. A los 30, 45 y 90 días los títulos séricos de IgM fueron negativos, mientras que los de la IgG fueron de 1/640, 1/1460 y 1/1280 respectivamente¹.

El diagnóstico de esta entidad se sostiene en tres pilares: epidemiología, datos clínicos y pruebas diagnósticas confirmatorias. En cuanto a la epidemiología se considera como criterio de inclusión el antecedente de viaje y permanencia en área endémica confirmada para EL. En el caso de referencia no consta antecedente de viaje y no ha sido demostrado que la ciudad de Buenos Aires (CABA), sus alrededores o Misiones sean áreas endémicas de EL. Tampoco se ha observado en las áreas mencionadas la presencia del vector transmisor de EL de acuerdo al reporte de Armitano y col.³. El trabajo de Cicuttin y col., citado por los autores, describe el hallazgo de *Borrelia spp.* en garrapatas de *Amblyoma aureolatum* que no es vector de EL (aunque sí lo es de *Rickettsia rickettsii*) y de *Ixodes auritulus* (que no parasita humanos sino aves). El trabajo de Sandra González y col. estudió garrapatas en la Reserva Ecológica de la CABA donde comprobó la presencia de *Ixodes auritulus* que es un parásito de aves, del cual no se conocen registros de mordeduras en humanos, pero que son reconocidas por su rol en el mantenimiento del ciclo de B.b sensu lato en aves de América del Norte⁴.

En cuanto al método utilizado en el trabajo del Monteiro y col. para el diagnóstico serológico de IgM/IgG de EL, éste no se informa. Las guías internacionales establecen que el diagnóstico debe ser llevado a cabo utilizando un protocolo de dos niveles, en el cual la detección de anticuerpos por un enzimoimmuno ensayo (EIA) o inmunofluorescencia indirecta (IFI) se continua con la detección de IgM e IgG por *Immunoblot*. Otra forma de estudio es el uso del protocolo de dos niveles modificado, realizando, secuencial y concurrentemente, dos EIAs diferentes sin la realización de *Immunoblot*. La detección de anticuerpos como método de diagnóstico indirecto tiene limitaciones, ya que individuos sin exposición a B.b pueden ocasionalmente presentar pruebas serológicas positivas debido a reacciones cruzadas con otros microorganismos o enfermedades autoinmunes. El fundamento de realizar el protocolo en dos niveles es lograr mejor especificidad del método⁵.

La Dra. Armitano, en el Servicio de Bacteriología Especial INEI-ANLIS Carlos G. Malbrán, ha realizado el estudio de 50 muestras de suero y LCR, entre 2014 y 2017, a través de detección de anticuerpos IgM/IgG por EIA, de pacientes, residentes de Argentina, la mayor parte de ellos de CABA y provincia de Buenos Aires, con síntomas neurológicos o reumatológicos, 44% de ellos sin viaje a área endémica y 46% de ellos con antecedente de mordedura de garrapata: 48/50 muestras fueron no reactivas. Solo dos muestras provenientes de un paciente con viaje a Polonia y antecedentes de cuadro de eritema migrante resultaron reactivas. Estos resultados fueron corroborados por estudios de EIA seguido de *Western Blot* en el *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) en Atlanta, Georgia, EE.UU.³.

Con el fin de resolver el diagnóstico de casos importados de EL, las muestras de estos pacientes, con antecedentes epidemiológicos y cuadros clínicos compatibles, deben ser remitidas a laboratorios de referencia que cumplan con el protocolo de dos niveles, ya sea en el país o por envío de las muestras al exterior. No es recomendable evaluar como diagnóstico potencial la EL, cuando no se cuente con antecedentes epidemiológicos ciertos. Pero por otro lado se necesita que se continúe con el estudio de garrapatas y patógenos asociados en

nuestro país, dada la importancia de las enfermedades transmitidas por estos vectores

Por todo lo anteriormente expuesto y contestando la pregunta inicial, no hay evidencia para afirmar la existencia de EL autóctona en Argentina.

Sergio C. Verbanaz¹, Bárbara C. Finn², Pablo Young²

¹Servicio de Infectología, ²Clínica Médica,

Hospital Británico de Buenos Aires

e-mail: pabloyoung2003@yahoo.com.ar

1. Monteiro SG, Arce SC, Vaca Ruiz G, Salutto V, De Vito EL. Parálisis diafragmática bilateral y neuroborreliosis de Lyme. Diez años de seguimiento. *Medicina (B Aires)* 2021; 81: 474-7.
2. Shapiro ED. Lyme disease. *N Engl J Med* 2014; 370: 1724-31.
3. Armitano RI, Orduna T, Alonso R, et al. Sospecha de enfermedad de Lyme en Argentina. Estado de Situación. Presentado en el XIX Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología, SADI 2019. En: <https://infectologia.info/abstracts/sospecha-de-enfermedad-de-lyme-en-argentina-estado-de-situacion/>; consultado julio 2021.
4. González S, Graciano L, Degregorio O, et al. Especies de garrapatas en un área urbana protegida de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Rev Inv Vet Perú* 2019; 30: 1691-6.
5. Lantos P, Rumbaugh J, Zemel L, et al. Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA), American Academy of Neurology (AAN) and American College of Rheumatology (ACR): 2020 Guidelines for the Prevention, Diagnosis and Treatment of Lyme Disease. *Clin Infect Dis* 2021; 72: 1-8.