



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

Miguel Cuevas-Peláez¹, Alexandra Correa-García², Jorge Mario López-Mahecha^{2,3}

Respetado Editor:

Respecto a la carta dirigida a nuestro artículo titulada Panuveítis no granulomatosa en un paciente colombiano: ¿atribuible a la enfermedad de Lyme? (1) tenemos las siguientes observaciones:

Se trata de un paciente con compromiso ocular bilateral inflamatorio manifestado como Panuveítis (uveítis anterior, intermedia y coroiditis multifocal) y vasculitis retinal, que si bien son manifestaciones raras de la enfermedad de Lyme han sido reportadas previamente en la literatura, en pacientes con la enfermedad en fase tardía (2,3). Ante la no mejoría con esteroides sistémicos, el patrón clínico bilateral de coroiditis multifocal y luego de haber descartado las principales causas infecciosas de uveítis en nuestra región (4), se consideró la enfermedad de Lyme como una posibilidad diagnóstica debido al viaje reciente del paciente a una zona endémica en los Estados Unidos (EE. UU.). Si bien el artículo de Rifkin et al (5) concluye que ninguno de los pacientes en los que se buscó enfermedad de Lyme tenían la enfermedad, hay que aclarar que este era un estudio de tipo retrospectivo realizado en EE. UU. en donde se incluyeron historias de pacientes con diferentes tipos de uveítis a los que se les estaba buscando una posible etiología para su enfermedad. Es decir, que se incluyó la prueba de enfermedad de Lyme independiente de si los pacientes tenían síntomas sistémicos sugestivos o venían de una zona endémica en este país (de hecho, solo 2 centros de este estudio se encontraban en una zona endémica para la enfermedad). Esto lo que concluye finalmente es que a pesar de ser un país con zonas endémicas para la enfermedad no justifica realizar pruebas para Lyme en todos los pacientes con uveítis, pues existen causas más frecuentes para este tipo de inflamación ocular.

Somos conscientes de las recomendaciones del CDC respecto a la interpretación del Western Blott emitidas desde hace 25 años (6) y que recientemente fueron modificadas en Julio de 2019 junto con la FDA, anunciando que el segundo paso del algoritmo diagnóstico debe realizarse

¹ Oftalmólogo general, subespecialista en inmunología ocular, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

² Médica y cirujana. Residente del Programa de Oftalmología de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

³ Médico y cirujano. Residente del programa de Oftalmología de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Cómo citar: Cuevas-Peláez M, Correa-García A, López-Mahecha JM. Respuesta a: panuveítis no granulomatosa en un paciente colombiano: ¿atribuible a la enfermedad de Lyme? Iatreia. 2021 Ene-Mar;34(1):86-8. DOI 10.17533/udea.iatreia.88.

con una segunda prueba de ensayo inmunoenzimático (EIA), siendo esta “sustancialmente equivalente e incluso mejor al inmunoblotting” (7). Lo anterior se suma a las discrepancias que ha habido entre el diagnóstico de la enfermedad de Lyme en América y Europa y los reportes de la literatura que lo sustentan (8), dejando en entredicho lo difícil del diagnóstico de esta entidad, especialmente cuando no se presentan los síntomas clásicos (o el paciente no recuerda haberlos tenido) en la fase aguda. Por otro lado, al igual que en la neuroborreliosis, otra rara manifestación de la enfermedad, no existen criterios claros para diagnosticar el compromiso ocular en la enfermedad de Lyme y en algunos centros no se recomienda el protocolo del CDC sino el incremento en los títulos de anticuerpos, la realización de reacción en cadena de polimerasa (PCR) o la prueba de transformación linfocítica, entre otros (9). Incluso algunas series europeas no especifican la interpretación adecuada del inmunoblotting en sus casos y dan importancia en el diagnóstico, a la previa exclusión de otras causas de uveítis, a la mejoría con tratamiento específico antibiótico y la posible exposición en una zona endémica de sus pacientes (10).

Respecto a los otros cuestionamientos, no se consideró que tuviera una enfermedad autoinmune o que la respuesta a la doxiciclina fuera por su efecto antiinflamatorio y no por el efecto antimicrobiano, dado que el paciente no había mejorado con dosis altas de esteroides.

Se descartó Sífilis ya que VDRL y FTA ABS fueron negativos haciéndolo poco probable. Respecto a la infección por rickettsias, en Antioquia se han identificado tres brotes de la enfermedad en áreas rurales que no corresponden al lugar de residencia del paciente, con manifestaciones sistémicas muy floridas que estaban ausentes en nuestro reporte de caso (11).

Para concluir aclaramos entonces que nuestro paciente no cumplió con la recomendación en la interpretación del inmunoblotting por el CDC que a la fecha ya no está vigente, pero que al presentar una prueba serológica por ELISA positiva, una manifestación clínica ya descrita de la enfermedad, una mejoría con tratamiento antibiótico específico y una exposición en una zona endémica previa, es compatible como en muchos reportes previos, a una manifestación ocular por enfermedad de Lyme, la cual no tiene criterios claros establecidos para su diagnóstico, sumado a que

muchos pacientes no recuerdan la picadura por garrapatas, la ausencia de eritema migratorio en 30% de los pacientes y la no existencia de una prueba “Gold estándar” específica de antígeno o PCR disponible comercialmente en todo el mundo (12).

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Hoz-Gómez A, Rumbo-Romero JA. Panuveítis no granulomatosa en un paciente colombiano: ¿atribuible a la enfermedad de Lyme? *Iatreia*. 2021 Ene-Mar;34(1):84-5. DOI 10.17533/udea.iatreia.87.
2. Mikkilä HO, Seppälä JJ, Viljanen MK, Peltomaa MP, Karma A. The expanding clinical spectrum of ocular Lyme borreliosis. *Ophthalmology*. 2000;107(3):581-7. DOI 10.1016/s0161-6420(99)00128-1.
3. Bernard A, Seve P, Abukhashab H, Roure-Sobas Ch, Boibieux A, Denis P, et al. Lyme-associated uveitis: Clinical spectrum and review of literature [published online ahead of print, 2019 Jun 26]. *Eur J Ophthalmol*. 2019;1120672119856943. DOI 10.1177/1120672119856943.
4. de-la-Torre A, López-Castillo CA, Rueda JC, Mantilla RD, Gómez-Marín JE, Anaya JM. Clinical patterns of uveitis in two ophthalmology centres in Bogota, Colombia. *Clin Exp Ophthalmol*. 2009;37(5):458-66. DOI 10.1111/j.1442-9071.2009.02082.x.
5. Rifkin LM, Vadboncoeur J, Minkus CC, Dunn EN, Moorthy RS, Bhatt N, et al. The Utility of Lyme Testing in the Workup of Ocular Inflammation [published online ahead of print, 2019 Oct 2]. *Ocul Immunol Inflamm*. 2019;1-5. DOI 10.1080/09273948.2019.1657904.
6. Engstrom SM, Shoop E, Johnson RC. Immunoblot interpretation criteria for serodiagnosis of early Lyme disease. *J Clin Microbiol*. 1995;33(2):419-27. DOI 10.1128/JCM.33.2.419-427.1995.
7. Mead P, Petersen J, Hinckley A. Updated CDC Recommendation for Serologic Diagnosis of Lyme Disease. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019;68(32):703. DOI 10.15585/mmwr.mm6832a4.
8. Gentilini M, Bricaire F. Chronic Lyme disease: a scam that should be condemned! *Med Mal Infect*. 2019;49(2):83-84. DOI 10.1016/j.medmal.2019.01.001.

9. Makhani N, Morris SK, Page AV, Brophy J, Lindsay LR, Banwell BL, et al. A twist on Lyme: the challenge of diagnosing European Lyme neuroborreliosis. *J Clin Microbiol.* 2011;49(1):455-7. DOI 10.1128/JCM.01584-10.
10. Bernard A, Seve P, Abukhashab A, Roure-Sobas Ch, Boibieux A, Denis P, et al. Lyme-associated uveitis: Clinical spectrum and review of literature [published online ahead of print, 2019 Jun 26]. *Eur J Ophthalmol.* 2019;1120672119856943. DOI 10.1177/1120672119856943.
11. Quintero JC, Londoño AF, Díaz F J, Agudelo-Flórez P, Arboleda M, Rodas JD. Ecoepidemiología de la infección por rickettsias en roedores, ectoparásitos y humanos en el noroeste de Antioquia, Colombia. *Biomédica.* 2013;33(Sup1):38-51. DOI 10.7705/biomedica.v33i0.73.
12. Van Hout MC. The Controversies, Challenges and Complexities of Lyme Disease: A Narrative Review. *J Pharm Pharm Sci.* 2018;21(1):429-36. DOI 10.18433/jpps30254.

