

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO | N.º 113 - Noviembre de 2021

Día Mundial del Sida (1 de diciembre) | Notificaciones breves • Ómicron, nueva variante de preocupación del SARS-CoV-2 • Paxlovid: nuevo antiviral que reduce el riesgo de hospitalización y muerte por COVID-19 | Actualización • Enfermedad de Lyme

STAFF

Departamento de
Epidemiología

Dirección

DR. DANIEL STAMBOULIAN

Coordinación y redacción

DRA. LILIÁN TESTÓN

Edición

LIC. SOLEDAD LLARRULL

Con el aval de FIDEC y FUNCEI

SUSCRIPCIÓN GRATUITA
epidemiologia@funcei.org.ar

MÁS INFORMACIÓN

Twitter: @EpidemiologiaFUNCEI

FIDEC

1390 S Dixie Hwy, suite 1106
Miami FL 33146
Tel.: 305 854 0075
www.fidex-online.org

FUNCEI

French 3037
C1425AWK, CABA (Argentina)
Tel.: 4809 4242 info@funcei.org.ar
www.funcei.org.ar

Día Mundial del Sida (1 de diciembre)

El 5 de junio de 1981, se informaron los **primeros cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en California** (EE. UU.). A partir de este hallazgo, que se comunicó en el Reporte Semanal de Morbilidad y Mortalidad (MMWR, por sus siglas en inglés), de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), **se identificó el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)**, causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)¹. Cuatro décadas más tarde, **37,7 millones de personas viven con el VIH en el mundo**².

“Si queremos **poner fin al sida para 2030**, debemos acabar urgentemente con las desigualdades económicas, sociales, culturales y legales”, enfatiza ONUSIDA al conmemorar el Día Mundial del Sida en 2021³. Estas **enormes desigualdades estructurales, más que la falta de conocimientos, capacidad o medios, obstaculizan la prevención y el tratamiento del VIH** con herramientas que han demostrado ser eficaces². Por lo tanto, el lema de la campaña 2021 de ONUSIDA, junto con la Organización Panamericana de la Salud

(OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el siguiente^{2,3}:

**Poner fin a las desigualdades
Poner fin al sida
Poner fin a las pandemias**

El objetivo de esta iniciativa es informar sobre la importancia del acceso equitativo a servicios de salud; fortalecer las acciones en el primer nivel de atención, en especial la prevención combinada del VIH y los servicios de tratamiento; y promover el trabajo con las comunidades para llegar a las personas más vulnerables al VIH³.

Situación en América Latina y el Caribe^{4,5}

En la Región de las Américas, a pesar de los avances y de las medidas adoptadas por los países, **persisten numerosos retos** que deberán abordarse en la respuesta conjunta al VIH. Según estimaron la OMS y ONUSIDA, América Latina y el Caribe quedaron **por debajo del objetivo 90-90-90 para 2020** (Figura 1; véase la página 2). Otros aspectos por revertir son los siguientes:

- El porcentaje de nuevas infecciones no ha cambiado desde 2010.



Figura 1. Comparación de los objetivos propuestos por ONUSIDA para 2020 y los datos estimados en América Latina y el Caribe^{4,5}.

- La proporción de embarazadas a las que se les realizó la detección sistemática del VIH cayó del 80 % en 2019 al 73 % en 2020. En este grupo, la cobertura con antirretrovirales fue del 85 %, dos puntos porcentuales menos que en 2019.
- La cantidad de testeos disminuyó el 34 %; esto es un retroceso en el camino hacia la eliminación.
- Solo el 50 % de las personas reciben el tratamiento de primera línea con dolutegravir, a pesar de que casi todos los países implementaron políticas para introducir el fármaco.

Efectos de la pandemia de COVID-19⁵

“En 2020 y 2021 el impacto de la pandemia de COVID-19 se ha dejado sentir con fuerza y ha perdurado”, reconocen la OPS, la OMS y ONUSIDA. Detallan que la crisis sanitaria **afectó la disponibilidad de suministros e interrumpió las actividades de prevención, la realización de pruebas para detectar el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, y el inicio rápido de la terapia antirretroviral** después del diagnóstico. Asimismo, las medidas de confinamiento impidieron que las personas mantuvieran la regularidad de las consultas de seguimiento.

De acuerdo con un informe de la OMS, la infección por VIH es un **factor de riesgo independiente de presentar formas graves de la COVID-19**, de ingreso y mortalidad hospitalaria. “La Región de las Américas y el Caribe están en **camino de alcanzar la meta de la OMS del 40 % de vacunación para el final del año 2021**. Se debe asegurar que las personas vulnerables y de más alto riesgo reciban la vacunación contra la COVID-19, entre ellas las personas que viven con el VIH”, enfatizan los organismos internacionales.

Además, advierten que **se han retrasado en la región los planes para implementar la profilaxis preexposición (PrEP, por sus siglas en inglés)**. Solamente

10 países —apenas dos más que en 2019— cuentan ahora con políticas públicas para proveer la PrEP. Incluso, en algunos países que ya la ofrecían, el servicio se ha interrumpido. **“Sin el impulso de la PrEP a la escala suficiente en las poblaciones clave, no se logrará la reducción del número de nuevas infecciones hasta terminar con el sida como problema de salud (meta al 2030)”**, recalcan las organizaciones.

Situación en la Argentina^{6,7}

En 2021, el Ministerio de Salud de la Nación publicó los siguientes datos descriptivos de la pandemia por el VIH en la Argentina:

- **Viven con el VIH 140.000 personas**; el 17 % desconoce su diagnóstico.
- En promedio, se notifican **4500 casos de VIH al año**.
- **Más del 98 %** de las personas diagnosticadas entre 2019 y 2020 adquirieron el VIH **por relaciones sexuales sin protección**.
- La mediana de edad de diagnóstico del VIH es de 32 años en los varones cis (género autopercibido), 35 años en las mujeres cis y 30 años en las mujeres trans.
- En cuanto al diagnóstico, la razón varón cis / mujer cis es de 2,40, sin cambios en los últimos años.
- El 65 % de las personas que viven con el VIH se atienden en el subsistema público; 65.000 están en tratamiento.
- La tasa de mortalidad por sida es de 2,81 cada 100.000 habitantes; en la subpoblación de mujeres desciende a 1,83, y en la de varones crece a 3,81.
- No se dispone de datos fiables para estimar la tasa de transmisión vertical durante el período analizado; **en 2017, se diagnosticó la infección a 4,6 de cada 100 bebés de personas gestantes con VIH**.

Se aclara que 2019 y 2020 son años no cerrados, por lo que es posible que las cifras anteriores se modifiquen en el futuro.

Oportunidad del diagnóstico de VIH

Se considera que **un diagnóstico es oportuno cuando ocurre durante un estadio clínico asintomático o un síndrome retroviral agudo en personas con valores de CD4⁺ ≥200 células/mm³**. En cambio, entre 2019 y 2020, **el 30% de las personas notificadas con VIH recibieron un diagnóstico tardío**. En comparación con el bienio anterior, no se han producido variaciones en la situación de diagnóstico de las mujeres cis, pero sí una muy ligera mejoría en la situación del diagnóstico de los varones cis y de las mujeres trans.

Cuadro 1. Datos del seguimiento de niños/as con exposición al VIH y tasas de transmisión vertical en la Argentina (2017-2018)⁶.

| Año | Niños | | Tasa positivos / casos cerrados | Tasa positivos / casos expuestos |
|------|------------|----------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| | Estudiados | Diagnóstico completo | | |
| 2017 | 1559 | 1073 | 49 | 4,6 |
| 2018 | 1561 | 784 | 37 | 4,7 |

Al analizar el momento del diagnóstico en función del género, la edad y el nivel de educación alcanzado, se llegó a las siguientes conclusiones:

- Las personas más afectadas siguen siendo los **varones cis** (y, entre ellos, aquellos infectados durante relaciones sexuales desprotegidas con mujeres), las **personas con menor nivel de instrucción** y aquellas de **mayor edad**.
- Más del 50 % de los varones cis de 55 años o más, y de las mujeres trans de 35 a 44 años recibieron un diagnóstico tardío.
- Más del 40 % de las mujeres cis de 45 años o más también fueron diagnosticadas en un estadio avanzado de la infección.
- Más del 40 % de los varones cis mayores de 25 años que se infectaron durante relaciones sexuales desprotegidas con mujeres fueron diagnosticados tardíamente; la proporción llega al 65 % en los mayores de 55.
- El porcentaje de diagnósticos tardíos es también considerable en los grupos de mayor sexo relaciones sexuales con otros varones.

Transmisión maternoinfantil del VIH

En el Cuadro 1, se muestran los datos del seguimiento de niños expuestos al VIH en 2017 y 2018. **Se diagnosticó antes de que cumplieran 90 días al 69,4 % de los niños que nacieron en 2017. En 2018, esa proporción fue del 75,6 %.**

Para eliminar la transmisión vertical del VIH, deben cumplirse los siguientes requisitos:

- Compromiso político y planificación y ejecución del plan nacional.
- Integración de las prácticas para prevenir la transmisión maternoinfantil en los servicios de salud de la mujer y el niño.
- Seguimiento de las personas gestantes y de bebés con exposición perinatal mediante el sistema nacional de vigilancia.
- Oferta accesible del diagnóstico de la infección por VIH (durante el embarazo, análisis serológico de VIH, inicio rápido del tratamiento antirretroviral para lograr la carga viral indetectable al nacer, seguimiento de los recién nacidos y lactantes).
- Servicios de salud accesibles y equitativos.

Mortalidad por sida

La mortalidad por causas vinculadas con el VIH se incrementa cuando el diagnóstico de la infección es tardío. La evolución de la tasa de mortalidad cada 100.000 habitantes durante los últimos diez años se observa en la Figura 2. **Por quinto año consecutivo, disminuyó la tasa de mortalidad en ambos sexos.** La caída acumulada desde 2015 es cercana al 21 %.

En 2019, la mediana de edad de muerte fue de 45 años (varones: 46 años; mujeres: 45 años). **Se mantiene así la tendencia ascendente desde 2013,** cuando la

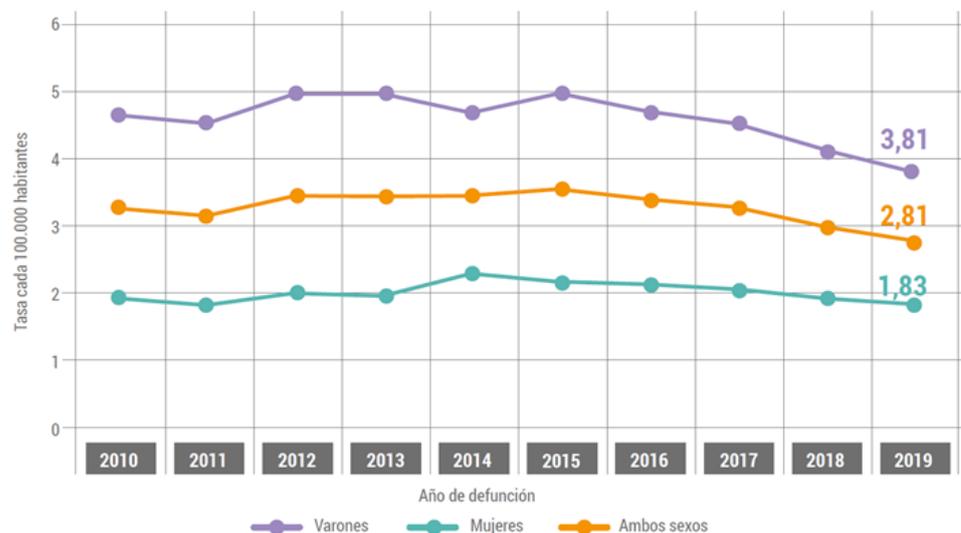


Figura 2. Evolución de las tasas de mortalidad por sida cada 100.000 habitantes según el sexo. Argentina, 2010-2019⁶.

mediana fue de 42 años. La **mayor cantidad de muertes ocurrieron en el grupo de 45 a 54 años (28 %), sin diferencias relevantes en función del sexo**. El 4,4% de las personas fallecidas tenían 24 años o menos.

Bibliografía

1. NIH. Reflect, Recommit, Reenergize, Reengage – Four for Forty; 21 de junio de 2021 (última actualización). Disponible en <https://oar.nih.gov/reflect-recommit-reenergize-reengage-four-forty>.
2. ONUSIDA. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Disponible en <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>.
3. ONUSIDA. Día Mundial del Sida. Poner fin a las desigualdades. Poner fin al sida. Poner fin a las pandemias; 1 de diciembre de 2021. Disponible en <https://www.unaids.org/es/2021-world-aids-day>.
4. OPS. Día Mundial del Sida 2021. Disponible en <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-sida-2021>.
5. OPS, OMS, ONUSIDA. Día Mundial de la Lucha contra el Sida 2021. Disponible en https://www.paho.org/sites/default/files/2021-cde-world-aids-day-concept-note-es_0.pdf.
6. Argentina. Ministerio de Salud. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Boletín N° 38. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. Año XXIV - Diciembre de 2021. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-ndeg-38-respuesta-al-vih-y-las-its-en-la-argentina>.
7. Argentina. Ministerio de Salud. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Boletín N° 37. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. Año XXIII - Diciembre de 2020. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-sobre-el-vih-sida-e-its-en-la-argentina-ndeg-37>.

Notificaciones breves

Ómicron, nueva variante de preocupación del SARS-CoV-2

El 26 de noviembre de 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) **clasificó la variante B.1.1.529 del SARS-CoV-2 como variante de preocupación** (véase el recuadro). La decisión respondió a lo recomendado por el Grupo Técnico Asesor en Evolución del Virus SARS-CoV-2 (TAG-VE, por sus siglas en inglés), que consideró que la evidencia disponible indicaba un cambio perjudicial en las características epidemiológicas de la COVID-19. La variante fue, entonces, nombrada *ómicron*¹.

Sudáfrica notificó a la OMS la aparición de esta nueva variante el 24 de noviembre de 2021, después de un incremento abrupto de las infecciones. Hasta ese momento, en el país se habían producido tres diferentes picos, el último de ellos con predominancia de la variante delta¹.

La variante ómicron se caracteriza por 30 **cambios, el 50 % de los cuales se encuentran en el dominio de unión al receptor**². Es la **variante con más**

Definiciones de la OMS¹

Variantes de interés (VOI)

Deben cumplirse estas dos condiciones:

- Cambios genéticos que se sabe o se prevé que afectan las características del virus, por ejemplo, transmisibilidad; capacidad de causar formas graves de la enfermedad; capacidad de evadir la respuesta inmunitaria; posibilidad de fracaso diagnóstico o terapéutico.
- Transmisión comunitaria significativa o múltiples conglomerados de COVID-19 en varios países, con aumento de su prevalencia relativa y de los casos con el tiempo, u otras consecuencias epidemiológicas que llevan a pensar en un riesgo emergente para la salud pública global.

Variantes de preocupación (VOC)

Cumplen los criterios de las VOI y se asocian con uno o más de los siguientes cambios con implicancia para la salud pública global:

- Aumento de la transmisibilidad o cambios perjudiciales en aspectos epidemiológicos de la COVID-19.
- Aumento en la virulencia o cambio en la presentación clínica de la enfermedad.
- Disminución de la efectividad de las medidas preventivas (sociales y de salud pública), los métodos diagnósticos, las vacunas o los tratamientos disponibles.

divergencia que se ha detectado en proporciones significativas desde el inicio de la pandemia, de allí que preocupa que sea más transmisible y que las vacunas sean menos efectivas contra ella². De acuerdo con las primeras evidencias, **podría ser mayor el riesgo de reinfección con esta variante** que con otras variantes de preocupación¹. Se ha confirmado que los métodos actuales para diagnosticar la infección (PCR) detectan esta nueva variante¹. Aunque aún no se disponga de datos clínicos e inmunológicos con evidencia definitiva, el tipo de mutaciones que posee esta nueva variante se asocia con mayor transmisibilidad, gravedad, evasión de la respuesta inmunitaria y posibilidades de reinfección³.

El riesgo de que la variante ómicron sea más transmisible generó alarma en distintas naciones, que restringieron los vuelos provenientes de Sudáfrica y de otros países del continente africano. Al cierre de este boletín, ya se habían registrado casos en los EE. UU., pero también en países de Europa y Latinoamérica, incluido un caso en la Argentina. Se trató de un viajero con esquema completo de vacunación, antecedente de COVID-19, test de PCR negativo previo a regresar al país desde Sudáfrica y test de antígeno negativo al arribar a Ezeiza⁴.

Bibliografía

1. OMS. Classification of Omicron (B.1.1.529): SARS-CoV-2 Variant of Concern; 26 de noviembre de 2021. Disponible en [https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-\(b.1.1.529\)-sars-cov-2-variant-of-concern](https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-(b.1.1.529)-sars-cov-2-variant-of-concern)
2. Threat assessment Brief: Implications of the emergence and spread of the SARS-CoV-2 B.1.1.529 variant of concern (Omicron) for the EU/EEA. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). 26 No 2021. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-emergence-sars-cov-2-variant-b.1.1.529>.
3. Karim SSA, Karim QA. Omicron SARS CoV-2 variant: a new chapter in the COVID-19 pandemic. The Lancet, 3 de diciembre de 2021. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02758-6.
4. Argentina. Ministerio de Salud. Primer caso de variante Ómicron de SARS CoV-2 detectado en Argentina en un viajero procedente de Sudáfrica; 5 de diciembre de 2021. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/primer-caso-de-variante-omicron-de-sars-cov-2-detectado-en-argentina-en-un-viajero>.

Paxlovid: nuevo antiviral que reduce el riesgo de hospitalización y muerte por COVID-19

Paxlovid es un medicamento antiviral que interfiere con la capacidad del SARS-CoV-2 para multiplicarse. **Redujo el 89 % las internaciones y muertes por COVID-19 cuando se lo administró por vía oral, de tres a cinco días después del inicio de los síntomas, a pacientes que no estaban hospitalizados**, pero tenían alto riesgo de presentar formas graves de la enfermedad. Estos datos surgieron del análisis provisional del **ensayo EPIC-HR (por sus siglas en inglés), de fase II/III, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo**^{1,2}.

El principio activo PF-07321332 **bloquea la actividad de una enzima necesaria para que el SARS-CoV-2 se multiplique**. Paxlovid también contiene una **dosis baja de ritonavir**, otro inhibidor de proteasa que se utiliza como **booster** en tratamientos antirretrovirales. Lentifica la descomposición del principio activo, por lo que permite que perduren valores adecuados para la actividad antiviral¹.

Durante el ensayo EPIC-HR, **solo fueron hospitalizados 3 de 389 pacientes (0,8 %) que iniciaron el tratamiento con Paxlovid hasta tres días después del inicio de los síntomas. No se registraron muertes en este grupo**. En cambio, en el grupo de placebo, fueron internados 27 de los 385 pacientes (7 %), y 7 de ellos fallecieron.

La reducción de las hospitalizaciones y muertes de personas que iniciaron el tratamiento hasta cinco días después del inicio de los síntomas fue similar: fueron hospitalizadas 6/607 (1%) de las tratadas con Paxlovid, en comparación con 41/612 (6,7 %) en el grupo de placebo. **Mientras que no hubo muertes en el grupo de tratamiento, se registraron 10 fallecidos en el grupo de placebo (1,6 %)²**.

Debido a la eficacia demostrada en el ensayo, se suspendió el enrolamiento de pacientes. Ya se ha presentado Paxlovid a las autoridades regulatorias para su aprobación².

Bibliografía

1. Europa Press. La EMA inicia la revisión para autorizar el antiviral 'Paxlovid' de Pfizer contra la COVID-19; 19 de noviembre de 2021. Disponible en <https://www.infosalus.com/farmacia/noticia-ema-inicia-revision-autorizar-antiviral-paxlovid-pfizer-contra-covid-19-20211119171712.html>.
2. Downey Jr K. Pfizer says antiviral reduces risk for hospitalization, death from COVID by 89%; 5 de noviembre de 2021. Disponible en https://www.healio.com/news/infectious-disease/20211105/pfizer-says-antiviral-reduces-risk-for-hospitalization-death-from-covid19-by-89?utm_source=selligent&utm_medium=email&utm_campaign=news&M_BT=140878301242.

Actualización

Enfermedad de Lyme

En 1977, un grupo de niños que vivían en Old Lyme, pueblo en una zona boscosa de Connecticut (Estados Unidos), presentó síntomas de artritis. Se identificó luego que la causa del cuadro, al que se llamó enfermedad de Lyme, eran **bacterias del Complejo *Borrelia burgdorferi* sensu lato**, que se transmite al ser humano por la **mordedura de garrapatas del Complejo *Ixodes ricinus*** (Figura 3). La enfermedad también se conoce como borreliosis.



Figura 3. Garrapata de los ciervos o garrapata de patas negras (*Ixodes scapularis*, del complejo *Ixodes ricinus*). Foto de Scott Bauer, cedida por el Agricultural Servicio de Investigación en Agricultura, agencia de investigación del Departamento de Agricultura de los EE. UU. ID k8002-3 (next). Dominio público, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=363940>.

Solo el 20 % de las garrapatas de patas negras y otras del género *Ixodes* portan la bacteria, que adquieren cuando pican ratones o ciervos infectados. La garrapata puede quedar adherida a cualquier parte del cuerpo humano (con preferencia, axilas, ingles, cabello). Si se logra quitarla antes de que transcurran 24 h, se reduce de forma significativa la probabilidad de contraer la enfermedad de Lyme. Sin embargo, como estos ácaros son pequeños, resultan muy difíciles de visualizar. En el caso de detectar que se han adherido al cuerpo, se los debe arrancar de inmediato de la superficie de la piel. Para esto, es necesario utilizar pinzas finas, luego limpiar la picadura y, finalmente, higienizarse las manos con alcohol. La transmisión es improbable si la garrapata permanece adherida menos de 36 h o de 48 h. Entre 24 h y 48 h después de que se adhirió la garrapata, la persona puede presentar una tumoreación pequeña con enrojecimiento, similar a la picadura de un mosquito, pero no es signo de enfermedad.

La enfermedad de Lyme es estacional y coincide con la mayor circulación de estos ácaros durante la primavera y el verano. Las actividades al aire libre (caminatas, golf, campamentos, excursiones, jardinería, etc.) son el mayor factor de riesgo de infección. Las áreas endémicas son los EE. UU. (áreas del noreste, región superior del Oeste medio y norte de California), Europa y Asia.

Importante:

En la Argentina, no se han reportaron casos autóctonos ni se ha identificado algún vector transmisor, según informaron autoridades científicas y sanitarias de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS Malbrán).

Presentación clínica

Se trata de una enfermedad multisistémica.

Signos y síntomas iniciales (de 3 a 30 días después de la picadura)

- Eritema *migrans*: rash que afecta al 80 % de las personas infectadas. Aparece en el sitio de la picadura, en cualquier parte del cuerpo, y va migrando de forma gradual por la piel durante los primeros 30 días entre 15 cm y 30 cm (Figura 4). No duele ni pica, pero se percibe un aumento de la temperatura al tacto.
- Luego de días a semanas, se produce la diseminación sanguínea con múltiples lesiones eritemato-

sas, fiebre, temblores, cefalea, mialgias, artralgias y adenopatías.

Signos y síntomas tardíos (de días a meses después de la picadura)

- Cefalea intensa y rigidez de cuello.
- Eritema *migrans* adicionales o rash en otras áreas del cuerpo.
- Artritis con edema y dolor articular, en particular, en las rodillas o los hombros.
- Parálisis facial.
- Dolor intermitente en tendones, músculos, huesos y articulaciones.
- Palpitaciones y ritmo cardíaco irregular (carditis de Lyme).
- Episodios de mareos o disnea.
- Dolor neural.
- Problemas con la memoria a corto plazo.

Manifestaciones neurológicas

El 15-20 % de los casos sin tratamiento progresan a un cuadro con afectación neurológica: neuropatía, parálisis facial (puede ser bilateral), meningitis linfocitaria, radiculoneuritis sensorial y motora. La enfermedad neurológica tardía se caracteriza por



Figura 4. Eritema *migrans*. Foto de James Gathany. Content Provider(s): CDC/ James Gathany - Centers for Disease Control and Prevention #039;s Public Health Image Library (PHIL), with identification number #9875. Dominio público, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=2546074>.

encefalopatía subaguda leve con afectación de la concentración y la memoria, y polineuropatía distal con parestesias y dolor radicular. Un mecanismo autoinmunitario podría relacionarse con la enfermedad crónica.

Manifestaciones cardíacas

Se observan en el **4-8 % de los casos no tratados**: bloqueo aurículoventricular y trastornos en la conducción cardíaca.

Manifestaciones articulares

Aparece oligoartritis, en especial en la rodilla, en el **60 % de los pacientes no tratados**. Se observa un aumento en el líquido sinovial con predominio de leucocitos polimorfonucleares. La artritis crónica afecta a una o dos articulaciones. De no tratarse, la artritis persiste o remite de forma espontánea.

Diagnóstico

Para diagnosticar la enfermedad de Lyme, se debe **interrogar a la persona** (viajes a zona de riesgo con actividades al aire libre) y **evaluar las manifestaciones clínicas** (eritema *migrans*, dolores articulares, *rash*, etc.). Se confirma la sospecha mediante pruebas de laboratorio.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) recomiendan dos determinaciones utilizando la misma muestra de sangre: **enzimoinmunoanálisis o inmunofluorescencia, seguidas de Western Blot o enzimoinmunoanálisis**. La mayoría de los test están diseñados para detectar anticuerpos, que pueden tardar semanas en aparecer. Por lo tanto, **en las etapas iniciales de la infección, los resultados pueden ser negativos**. Los anticuerpos persisten en sangre durante meses o años luego de que la infección ha desaparecido, por lo que no pueden usarse estas pruebas para establecer la curación. Infecciones virales o bacterianas, o, incluso, enfermedades autoinmunitarias pueden llevar a falsos positivos.

Tratamiento

La mayoría de los pacientes pueden recibir **tratamiento antibiótico con doxiciclina** durante un período **de dos a cuatro semanas**. Administrado durante las etapas iniciales favorece la recuperación completa y rápida.

En un pequeño porcentaje de los casos tratados de forma adecuada, **los síntomas pueden persistir durante seis meses**, aproximadamente. Esta entidad se conoce como *enfermedad de Lyme crónica* o *síndrome postratamiento de la enfermedad de Lyme*.

No se conoce su causa, aunque algunos expertos opinan que los síntomas son el resultado del daño residual de tejidos y del sistema inmunitario. Otra causa probable es que persista la infección. **Deben pasar varios meses hasta la recuperación total.**

Prevención

Para la prevenir las picaduras de garrapata, se aconseja lo siguiente:

- Utilizar repelente que contenga DEET al 20-30%, reaplicarlo cada 4 h.
- Usar vestimenta adecuada: mangas largas y pantalones largos de colores claros y rociados con repelente.
- Ducharse al regresar.
- Buscar garrapatas en todo el cuerpo, sobre todo axilas, detrás de las rodillas, cabello e ingle.
- Lavar la ropa con agua caliente (T >60 °C) durante 1 h para destruir las garrapatas adheridas.

Conclusiones

- Enfermedad sistémica caracterizada por una lesión eritematosa en el sitio de la picadura, presente en el 80% de los casos, que puede progresar a otras áreas (eritema *migrans*).
- Sus manifestaciones neurológicas, cardíacas y reumatológicas deberán tenerse en cuenta para el diagnóstico diferencial en personas con antecedente de viajes y actividades en zonas endémicas.
- La mayoría de los casos se resuelven con tratamiento antibiótico.
- No se han notificado casos autóctonos ni se ha identificado algún vector en la Argentina .

Bibliografía

1. Marques A. Lyme Disease: a Review. Curr Allergy Asthma Rep. 2010;10(1):13-20.
2. Armitano RI, Orduna T, Alonso R, et al. Sospecha de Enfermedad de Lyme en Argentina, Estado de Situación. PE1075 , XIX Congreso SADI 2019. Disponible en <https://infectologia.info/abstracts/sospecha-de-enfermedad-de-lyme-en-argentina-estado-de-situacion/>.
3. El enigma Lyme: está en la Argentina la enfermedad que tiene Justin Bieber y otros famosos? Gabriela Navarra. La Nación. 26 de noviembre de 2021. <https://bit.ly/3m9YNHr>.
4. CDC. Lyme Disease. Diagnosis and testing. Disponible en <https://www.cdc.gov/lyme/diagnosistesting/index.html>.
5. CDC. Updated CDC Recommendation for serologic diagnosis of Lyme Disease. MMWR. 2019, 16 de agosto;68(32);703. Disponible en https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6832a4.htm?s_cid=mm6832a4_w.