

¿Qué esconde esta cefalea? La importancia del diagnóstico diferencial

Zer dago buruko min honen atzean? Diagnostiko diferentzialaren garrantzia

M. Arenaza Oreja, L. Elcano Sarasibar,
D. Martínez Cirauqui, E. Gembero Esarte

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario
de Navarra. Pamplona

LABURPENA

Buruko mina ohiko kontsulta arrazoia izaten da pediatrian; hori dela eta, diagnostiko eta tratamendurako algoritmoa ezagutzea garrantzitsua da. Orokorrean, larritasun handirik gabeko prozesuen ondorio izaten da, baina alarma-zeinuak kontutan izan behar dira. Migraina eta tentsioagatiko buruko mina, zefalea primario ohikoenak dira eta diagnostikoa klinikoa izan ohi da, betiere bigarren mailako arrazoiak baztertu eta gero.

Jarraian bi asteko eboluzioa duen zefalea eta gorakoak dituen nerabe baten kasua aurkezten da. Diagnostiko diferentzial zabala eta hainbat froga osagarri egin eta gero, neuroborrelosia diagnostikatzen zaio.

Borrelia burgdorferiagatiko zoonosia endemikoa da Nafarroan, Errioxan eta Euskal Autonomia Erkidegoan. "Eritema migrans" deritzon azaleko lesioa patognomonikoa da eta infekzioaren lehen fasean azaltzen da. Hala ere, ez da beti agertzen eta ondorioz, diagnostikoa eta tratamendua atzeratzen badira, gaixotasunak aurrera jarrai dezake organo desberdinak kaltetuz. Bigarren fasean edo barreiatutako infekzio goiztiarrean meningitisa edota nerbio fazialaren parálisi bilateralak garatu daitezke. Azkenik, hilabete edo urteetako eboluzioaren ondorioz, azkeneko fasean, akrodermatitis kroniko atrofikoa edota artritis kronikoa ager daitezke.

Hitz gakoak: Zefalea; Lyme gaixotasuna; Neuroborrelosia.

RESUMEN

La cefalea es un motivo de consulta frecuente en pediatría, por lo que es importante conocer bien y familiarizarse con su algoritmo diagnóstico-terapéutico. Habitualmente suele estar relacionada con procesos que no entrañan gravedad; sin embargo, debemos estar atentos a los signos de alarma. Las cefaleas primarias como la migraña y cefalea tensional son las más frecuentes y su diagnóstico es clínico, tras haberse descartado posibles causas secundarias.

A continuación, se presenta el caso clínico de un adolescente con cefalea de dos sema-

nas de evolución y vómitos. Tras amplio diagnóstico diferencial y diversas pruebas complementarias, se realiza diagnóstico de neuroborreliosis.

La zoonosis por *Borrelia burgdorferi* es endémica en Navarra, La Rioja o País Vasco. El "eritema migrans" es la lesión cutánea patognomónica y suele aparecer en la primera fase de la infección. Sin embargo, no siempre está presente y por ello, si el diagnóstico e inicio del tratamiento se retrasan, la enfermedad puede progresar y afectar a distintos órganos. En el estadio 2 o infección temprana diseminada puede aparecer clínica de meningitis, parálisis facial bilateral, etc. Por último, tras meses o años de evolución, en la última fase pueden manifestarse, acrodermatitis crónica atrófica, artritis crónica, etc.

Palabras clave: Cefalea; Enfermedad de Lyme; Neuroborreliosis.

INTRODUCCIÓN

La cefalea es un síntoma común y motivo de consulta muy frecuente en edad pediátrica. Habitualmente se debe a procesos que no implican gravedad, pero que generan importante ansiedad en el entorno familiar y, por tanto, es importante conocer bien su manejo. Generalmente la anamnesis y exploración neurológica suelen ser suficientes en su valoración, quedando reservada la realización de pruebas complementarias para los cuadros con signos de alarma (papiledema, vómitos persistentes, déficit neurológico focal, empeoramiento con maniobras de Valsalva...) o presentación atípica. Las cefaleas primarias como la migraña y la cefalea tensional son las más frecuentes y su diagnóstico es clínico. En las secundarias aparece como síntoma de un proceso subyacente como viriasis, otitis media aguda, sinusitis... debiendo incluir en el diagnóstico diferencial de la meningitis por Lyme en zonas endémicas^(1,2). A continuación, se presenta el algoritmo diagnóstico-terapéutico realizado en un adolescente con cuadro de cefalea y vómitos de semanas de evolución.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Adolescente varón de 14 años sin antecedentes personales de interés que reconsulta en Urgencias por cefalea de 2 semanas de evolución y vómitos en los últimos 5 días. Valorado 48 horas antes por el mismo motivo, realizándose tomografía axial computarizada (TAC) urgente y analítica sanguínea que son normales.

El paciente refiere cefalea frontal de características opresivas, con dolor 7 sobre 10 en escala EVA que asocia leve fotofobia y sonofobia, sin alteraciones visuales. Presenta además tos y clínica constitucional con astenia y pérdida ponderal de hasta 6 kg desde el inicio del cuadro. Afebril durante todo el proceso.

En Urgencias presenta exploración física y neurológica normales. Se realiza fondo de ojo que descarta edema de papila, se recoge muestra de exudado nasofaríngeo para PCR de virus respiratorios y se cursa analítica que incluye serologías para *Mycoplasma* y enfermedad de Lyme. Dado el cuadro prolongado de cefalea y síntomas de alarma (vómitos y pérdida ponderal), se decide ingreso en planta de Hospitalización para continuar estudio.

Tras valoración por Neuropediatría se solicita resonancia magnética craneal (RMN) en la que se objetiva tenue imagen milimétrica en margen posterior del tálamo izquierdo y milimétrico quiste en hendidura de Rathke, hallazgos que no justifican la sintomatología del paciente.

Ante presencia de vómitos, se solicitan también ecografía y radiografía abdominales que no muestran alteraciones, así como marcadores de enfermedad inflamatoria intestinal en sangre y heces que son normales.

Al octavo día de ingreso, avisan desde Microbiología por haberse detectado resultado positivo para serología IgG de Lyme, que posteriormente se confirma por técnica de Western Blot. Se rehistoria a la familia, quienes refieren hábitat en medio urbano en la Comunidad de Navarra, sin aparente antecedente de picadura de garrapata ni lesiones cutáneas en los días previos. Se realiza punción lumbar con salida de líquido claro, presión de apertura normal y bioquímica compatible con meningitis aséptica

(pleocitosis con predominio de mononucleares y proteinorraquia). La técnica de Western Blot en líquido cefalorraquídeo (LCR) resulta positiva con un índice de anticuerpos en LCR frente a suero positivo (224,7). Se amplía estudio con electrocardiograma (ECG) que descarta posibles alteraciones eléctricas y ecocardiografía que es normal. Se repite fondo de ojo que no muestra alteraciones.

Inicialmente, recibe tratamiento con cefotaxima intravenosa con mejoría de la cefalea y vómitos, que permiten paso a doxiciclina oral hasta completar tres semanas de tratamiento con resolución completa del cuadro.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Lyme es una zoonosis transmitida por picadura de garrapata. Es más prevalente en el hemisferio norte, siendo endémica en zonas como Navarra, La Rioja o País Vasco. Está causada por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi* y su vector principal en Europa es la garrapata del género *Ixodes ricinus*. La enfermedad sigue un curso cronológico dividiéndose según la patogénesis en tres fases^(3,4).

En la infección temprana localizada (estadio 1) la lesión principal es cutánea, una mácula o pápula eritematosa que crece aclarándose en el centro denominada "eritema migrans". Es patognomónica de esta enfermedad y su diagnóstico confirma la enfermedad de Lyme, sin necesidad de realizar estudio serológico⁽³⁾. Aparece hasta en el 89% de enfermos y puede acompañarse de adenopatías y síntomas generales: mialgias, astenia...⁽⁵⁾.

Si la enfermedad no se reconoce ni se trata en la etapa localizada, la espiroqueta se disemina y puede afectar a distintos órganos con predominio del corazón y sistema nervioso central. El estadio 2 o infección temprana diseminada, puede desarrollarse entre las dos semanas y dos meses desde la picadura. Las manifestaciones clínicas incluyen lesiones cutáneas como múltiples lesiones de eritema migratorio y linfadenitis benigna cutis. A nivel cardíaco, aunque es poco frecuente en edad pediátrica, puede producir un bloqueo aurículo-

loventricular completo y pancarditis. A nivel neurológico, es típica la parálisis de los pares craneales, siendo característica la parálisis bilateral del nervio facial⁽⁴⁾. La meningitis por Lyme es una manifestación menos común que aparece en el 1% de los niños que desarrollan esta enfermedad⁽⁴⁾. La clínica y bioquímica del LCR es superponible a las meningitis víricas, aunque se han descrito ciertas diferencias: la meningitis por Lyme aparece en niños mayores (edad media 10,5 frente a 5,5), el antecedente de eritema migratorio, la afectación de pares craneales y edema de papila son hallazgos típicos de esta enfermedad que no suelen aparecer en las meningitis víricas⁽⁵⁾.

Finalmente, si la enfermedad progresa tras meses o años de evolución, en el estadio 3 o infección tardía los pacientes pueden desarrollar acrodermatitis crónica atrófica, artritis crónica, encefalomiелitis crónica...⁽⁴⁾.

El diagnóstico de la enfermedad de Lyme, salvo en la fase temprana que puede ser clínico, precisa de confirmación microbiológica. Suelen emplearse métodos indirectos (serología y prueba de confirmación con Western Blot), ya que las técnicas directas como el cultivo o detección por PCR son complejas y poco rentables. Para el diagnóstico de neuroborreliosis se debe demostrar la producción intratecal de anticuerpos, que se basa en la comparación de *Borrelia* anti-IgG en suero y LCR. Un índice de anticuerpos superior a 1,3 indica positividad para la síntesis intratecal⁽³⁾.

El tratamiento depende de la fase de evolución y manifestaciones clínicas que haya desarrollado el paciente. La mayoría de los casos pueden tratarse con antibioterapia oral (doxiciclina en niños mayores de 8 años y amoxicilina en menores de 8 años) con buena respuesta y pronóstico. La doxiciclina penetra bien el SNC y en Europa se considera tratamiento de elección para los casos de neuroborreliosis⁽⁴⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez N, González Acero A, Málaga Diéguez I. Cefalea en el niño y el adolescente. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Neurología Pediátrica. AEP. 2022; 1: 115-24.

2. Cerezo Corredera S, Carro Falagán AM. Cefalea. En: Urgencias Pediátricas. Guía de actuación. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2024. p. 475-80.
3. Oteo JA, Corominas H, Escudero R, Fariñas-Guerrero F, García-Moncó JC, Goenaga MA, et al. Consensus statement of the Spanish Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology (SEIMC), Spanish Society of Neurology, Spanish Society of Immunology (SEI), Spanish Society of Pediatric Infectology (SEIP), Spanish Society of Rheumatology (SER), and Spanish Academy of Dermatology and Venereology (AEDV), on the diagnosis, treatment and prevention of Lyme borreliosis [Internet]. SEIMC. 2022 [consultado nov 2024]. Disponible en: <https://seimc.org/documentoscientificos/seimc-dc-2022-Lyme-Borreliosis.pdf>
4. Errasti Viader I, Aracil Santos FJ. Zoonosis en pediatría. En: Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. 6ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018. p. 1625-36.
5. Shapiro ED. Lyme disease: Clinical manifestations in children [Internet]. En: UpToDate, Sheldon MD (ed); 2024 [consultado oct 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate-com.na-cdib.a17.csinet.es/contents/lyme-disease-clinical-manifestations-in-children>