



CARTAS AL EDITOR

Posicionamiento de la AEP, la SERPE y la SEIP sobre el diagnóstico de la enfermedad de Lyme basado en la evidencia



Position statement of the AEP, SERPE, and SEIP on the evidence-based diagnosis of Lyme disease

Sr. Editor:

Desde la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica (SERPE) y la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) queremos comunicar nuestra preocupación por el diagnóstico erróneo de la enfermedad de Lyme que se está llevando a cabo en niños con artritis idiopática juvenil. En los últimos años se han comercializado pruebas diagnósticas no validadas científicamente, que están condicionando que niños con artritis de etiología no infecciosa estén recibiendo antibióticos durante tiempo prolongado. Esta tendencia puede condicionar la aparición de secuelas a nivel articular, y más grave si cabe, a nivel ocular por el desarrollo de uveítis crónica, que limitarán la vida futura de estos niños.

La enfermedad de Lyme es un proceso multisistémico provocado por la *Borrelia burgdorferi sensu lato* y transmitido por garrapatas. Dentro de la *Borrelia burgdorferi sensu lato* se han descrito 20 genoespecies, siendo la más frecuente en España la *B. garinii* transmitida por la garrapata *Ixodes ricinus*¹.

La mayoría de los casos de esta enfermedad se diagnostican en la mitad norte de la península ibérica. Se estima una incidencia de 3-5 casos/100.000 hab/año en las áreas de mayor incidencia como La Rioja, la mayoría en su forma precoz localizada.

La clínica se divide en 3 fases (tabla 1). La afectación articular se produce en Europa en un 3-25% de los pacientes. Es monoarticular u oligoarticular con escaso componente inflamatorio, a diferencia de los casos ocurridos en EE. UU., y afecta típicamente a rodillas durante un periodo de meses o años, sin síntomas sistémicos²⁻⁴. En series publicadas del norte de España, la prevalencia de manifestaciones articulares en menores de 15 años fue excepcional, correspondiendo al 5,9% del total de pacientes con artritis.

El diagnóstico se realiza por serología, que puede resultar negativa en la fase precoz. El cultivo es muy laborioso, tiene poca sensibilidad, se contamina fácilmente y solo está disponible en centros de referencia. La PCR en líquidos o tejidos se utilizará como una herramienta diagnóstica complementaria, aunque en muestras de tejido sinovial en pacientes

Tabla 1 Clasificación clínica de la enfermedad de Lyme

Fase precoz localizada	Eritema migratorio o linfadenitis benigna cutis con o sin linfadenopatía	Estadio I
Fase precoz diseminada	Eritema migratorio múltiple y/o manifestaciones neurológicas, cardíacas o articulares agudas	Estadio II
Fase crónica	Acrodermatitis crónica atrófica, neuroborreliosis terciaria o artritis persistente o recidivante (al menos 6 meses)	Estadio III

con artritis puede tener una sensibilidad de hasta el 80%²⁻⁴.

Laboratorios privados ofrecen multitud de pruebas diagnósticas no validadas (tabla 2), sin criterios de calidad, que intentan demostrar una infección por *B. burgdorferi*¹. Para afrontar esta corriente, las sociedades científicas han elaborado guías con criterios diagnósticos estrictos,

Tabla 2 Pruebas diagnósticas no validadas para el diagnóstico de la enfermedad de Lyme

Listado del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de las pruebas diagnósticas no recomendadas para el diagnóstico de la enfermedad de Lyme (https://www.cdc.gov/lyme/diagnostesting/labtest/otherlab/index.html):
–Determinación del antígeno en orina
–Cultivo, tinción de inmunofluorescencia o clasificación celular para formas deficientes de la pared celular o formas quísticas de <i>B. burgdorferi</i>
–Pruebas de transformación de linfocitos (ELISPOT)
–Determinación cuantitativa de linfocitos CD57
–Western-blot reverso
–Criterios internos para interpretación de Inmunoblot
–Medición de anticuerpos en líquido articular (líquido sinovial)
–IgM e IgG sin un previo ELISA/EIA/IFA

reconociendo la mayoría como pruebas diagnósticas válidas la realización de 2 serologías consecutivas: primero mediante ensayos inmunoenzimáticos (ELISA) o inmunofluorescencia (IFA) son poco específicas y presentan riesgo de sensibilidad cruzada, pero su sensibilidad es muy alta, y posteriormente confirmación mediante Inmunoblot o Western-blot²⁻⁴.

En conclusión, debido a la baja incidencia de afectación articular por enfermedad de Lyme en España, su diagnóstico se realizará cuando se cumplan: criterios epidemiológicos (haber estado en zona de transmisión de *Borrelia* y comprobar la picadura de garrapata; no siendo obligatorio), criterios clínicos compatibles y diagnóstico microbiológico en 2 pasos con técnicas de serologías diferentes y validadas. Por todo ello, las sociedades científicas implicadas recomiendan el diagnóstico y seguimiento de pacientes con sospecha de enfermedad de Lyme en centros especializados en infectología pediátrica. Además, en casos con afectación articular se deberá llevar a cabo el diagnóstico diferencial con artritis de otras etiologías más frecuentes en nuestro medio, estimando el tratamiento oportuno el especialista en reumatología pediátrica, si se descarta la causa infecciosa.

Bibliografía

1. Portillo A, Santibáñez S, Oteo JA. Enfermedad de Lyme. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32 Supl 1:S37-42.
2. Brouqui P, Bacellar F, Baranton G, Birtles RJ, Bjoërsdorff A, Blanco JR, et al., ESCMID Study Group on Coxiella, Anaplasma Rickettsia

and Bartonella; European Network for Surveillance of Tick-Borne Diseases. Guidelines for the diagnosis of tick-borne disease in Europe. *Clin Microbiol Infect*. 2004;10:1108-32.

3. Wormser GP, Dattwyler RJ, Shapiro ED, Halperin JJ, Steere AC, Klemperer MS, et al. The clinical assessment, treatment, and prevention of Lyme disease, human granulocytic anaplasmosis, and babesiosis: Clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2006;43:1089-134.
4. Cruickshank M, O'Flynn N, Faust SN, Guideline Committee. Lyme disease: Summary of NICE guidance. *BMJ*. 2018;361:k1261.

Sara Guillén Martín^{a,*}, Esmeralda Núñez Cuadros^b, Alfredo Tagarro García^c y Cristina Calvo Rey^d, en representación de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica (SERPE) y la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP)

^a Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

^b Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

^c Hospital Infanta Sofía, Madrid, España

^d Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sguillen@salud.madrid.org (S. Guillén Martín).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.04.018>
1695-4033/

© 2019 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Transparencia de las revistas españolas de medicina hacia sus lectores y autores



Transparency of Spanish medical journals towards their readers and authors

Sr. Editor:

En 2010, el Segundo Congreso Mundial sobre la Integridad de la Investigación acordó que los directores de las revistas deberían tener la máxima transparencia: los autores deben declarar sus conflictos de intereses (Cdi) potenciales, deben evitar que expertos externos revisen los manuscritos si presentan Cdi y, en fin, impedir que los miembros de los comités editoriales se involucren en decisiones sobre textos con los que tengan potenciales Cdi, y que estos se declaren, «idealmente públicamente»¹. Las recomendaciones del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas² (ICMJE) abundan en lo mismo, pero señalan que los Cdi potenciales de los equipos editoriales deben hacerse públicos de forma regular. Son miles las revistas de biomedicina miembros del Comité de Ética de la Publicación¹ (COPE) o adheridas a las recomendaciones del ICMJE².

En una muestra aleatoria de 350 revistas adheridas a las recomendaciones del ICMJE, entre las que tenían factor de impacto, el 95% publicaba en sus portales unas instrucciones

sobre Cdi potenciales de los autores, pero esto solo ocurría en el 38% y 20% cuando se trataba de las políticas sobre los Cdi de revisores y equipos editoriales, respectivamente³. Solo el 1% publicaba los potenciales Cdi de cada uno de los miembros del comité editorial³.

La revisión de los portales de 20 revistas españolas, 19 de ellas órganos de expresión de sociedades científicas, y todas con un factor de impacto en 2017 superior a 1, muestra que: a) todas requieren que los autores declaren sus Cdi potenciales; b) solo una (*Gaceta Sanitaria*) menciona la necesidad de que los revisores no presenten potenciales Cdi; y, c) solo dos (*Anales de Pediatría* y *Revista Española de Cardiología*) facilitan los Cdi potenciales de cada uno de los integrantes de sus equipos editoriales (tabla 1). Ocho revistas son miembros de COPE y 9 se han adherido a las recomendaciones del ICMJE, según la información incluida en sus respectivos portales de Internet. Dieciséis son editadas por Elsevier, y con la variedad de relaciones que muestran con el COPE y las recomendaciones del ICMJE, se pone de manifiesto la libertad que tiene cada una de ellas con respecto de la editorial.

A lectores y autores les puede llamar la atención que sea excepcional que las revistas hagan mención en sus portales sobre la necesidad de evitar que los revisores presenten Cdi, y que no se publiquen los Cdi potenciales de los miembros de los comités editoriales. Pero esto, sorprendentemente, también ocurre con las 14 revistas que son miembros del ICMJE y, por tanto, autores de sus recomendaciones: el 96%