

# Doença de Lyme

## Forma rara de apresentação

P. Ramos\*, C. Fernandes\*\*, J. Moreira\*\*\*, A. Ventura\*\*\*\*, M. Riscado\*\*\*\*

### Resumo:

Os autores apresentam o caso de um doente de 32 anos, militar, com um quadro clínico de Eritema Crônico Migratório que apresentava uma serologia positiva com título significativo para *Borrelia burgdorferi*, tendo-se verificado uma regressão rápida das lesões cutâneas com a terapêutica antibiótica efectuada (tetraciclina). Cerca 2 meses após a remissão dos primeiros sintomas constatou-se o aparecimento de lesões cutâneas secundárias à Doença de Lyme, às quais se associou a instalação rápida e bilateral de um marcado edema peri-orbitário e de conjuntivite purulenta. O controlo da sintomatologia foi efectuado através da administração de doxiciclina, tendo o quadro ocular e cutâneo remitido rapidamente. Nos meses seguintes, com uma periodicidade quase mensal observaram-se sucessivas recorrências de lesões cutâneas secundárias à Doença de Lyme. A remissão definitiva do quadro foi conseguida após administração intravenosa de uma cefalosporina de 3ª geração (ceftriaxone).

Palavras chave: Doença de Lyme, edema peri-orbitário, conjuntivite purulenta.

### Abstract:

The authors present the case of a 32 year old male presenting the classic features of Erythema Chronicum Migrans. Significant titres for *Borrelia burgdorferi* were then obtained. After an antibiotic trial with tetracycline a good response was obtained, with a quick disappearance of all skin lesions. In two months time new secondary skin lesions of Lyme disease, together with a bilateral and

intense peri-orbital oedema and purulent conjunctivitis, occurred. Again a good response was obtained from doxycyclin with a quick disappearance of all features. In the following months with an almost monthly sequence, multiple relapsing episodes of widespread secondary cutaneous lesions of Lyme disease were seen. A definitive remission was then obtained, upon use of I.V. ceftriaxon.

Key words: Lyme disease, peri-orbital oedema and purulent conjunctivitis.

### Introdução

A doença de Lyme é uma infecção de expressão clínica variada, actualmente bem definida. O compromisso ocular característico da fase secundária da doença é uma forma de manifestação pouco frequente, surgindo apenas em cerca de 3% dos casos<sup>1</sup>. A resistência ao tratamento antibiótico, bem como determinadas manifestações clínicas parecem estar associadas a características imunopatogénicas particulares, em relação com o H.L.A.<sup>2</sup>, como veremos no caso descrito.

### Caso clínico

Homem de 32 anos, raça branca, militar, residente na Amadora, saudável, observado em Agosto de 1992 devido ao aparecimento, cerca de 6 semanas antes, de pápulas avermelhadas pruriginosas localizadas no joelho esquerdo e tronco, com cerca de 10 cm de diâmetro, confluentes, migratórias e envolvendo em cerca de 3-5 dias (figuras 1 e 2). Havia já efectuado no ambulatório ampicilina e amoxicilina, sem qualquer melhoria clínica.

A suspeita clínica de Eritema Crônico Migratório da Doença de Lyme foi posteriormente confirmada através da serologia positiva com título significativo para a *Borrelia burgdorferi* (IgM:1/320). Efectuou então doze dias de terapêutica com tetraciclina (500 mg, t.i.d., P.O.), com remissão completa do quadro e diminuição clara do título serológico nas semanas subsequentes.

Cerca de 2 meses depois, verificou-se o aparecimento progressivo de lesões cutâneas anulares múltiplas, pruriginosas, de bordo circinado, interessando ambos os membros, o tronco, a face e o couro cabeludo, que motivaram o internamento.

Vinte e quatro horas após a observação, e de modo inesperado, assistiu-se ao estabelecimento rápido e bilateral de edema peri-orbitário exuberante e conjuntivite purulenta, com incapacidade na abertura das pálpebras, febre (37,9<sup>o</sup> C.) e artralguas, envolvendo sobretudo as articulações metacarpo-falângicas, cotovelos e joelhos.

Dos exames laboratoriais entretanto efectuados salientavam-se um hemograma sem alterações, V.S. 10 mm na 1ª hora, bioquímica inalterada (incluindo P.F.H., P.F.R. e urina tipo II), coagulação dentro da normalidade, VDRL negativo, doseamento das imunoglobulinas sem

\* Interno do Internato Complementar de Medicina Interna

\*\* Interna do Internato Complementar de Dermatologia

\*\*\* Assistente Hospitalar de Medicina Interna

\*\*\*\* Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna

Serviço de Medicina 2 e Serviço de Dermatologia.  
Hospital Curry Cabral.

alterações, P.C.R. = (4+), Widal, Huddleson e Wright negativas, crioglobulinas (2+), C.I.C. 7 $\mu$ g/ml, HLA (+) para Drw2 e Drw4.

Dada a evidência de um compromisso secundário múltiplo (envolvimento ocular, peri-orbitário e cutâneo) duma doença de Lyme (estadio II), foi então iniciada tetraciclina (500 mg, q.i.d., P.O. durante 15 dias), com excelente resultado, tendo a sintomatologia remitido por completo ao 5º dia de terapêutica.

Nos 9 meses seguintes observaram-se 7 episódios de recorrência das lesões cutâneas secundárias, de características e evolução semelhantes às anteriormente observadas e não acompanhadas por qualquer outra sintomatologia. O intervalo livre entre as recidivas foi em média de 35 dias ( $\pm$ 4 dias), nos quais o doente permaneceu sempre assintomático. Os títulos serológicos persistiram elevados com valores significativos (1/200, 1/156, 1/225), durante os 9 meses em que foram observadas recorrências. Os vários episódios foram igualmente tratados quer com tetraciclina (500 mg q.i.d. durante 15 dias) quer com doxiciclina (100 mg b.i.d. durante 15 dias) e regrediram rapidamente com a terapêutica instituída.

Dada a clara evidência da resistência à terapêutica anti-biótica, e após o aparecimento de novas lesões secundá-

rias semelhantes às já anteriormente descritas, efectuou-se, sob internamento, ceftriaxone (3 gr/dia/I.V. durante 10 dias), com uma rápida resolução e remissão dos sintomas. Não foram, desde então, observadas quaisquer outras recorrências tendo-se verificado, após alguns meses, a negatificação dos testes serológicos realizados.

## Discussão

O caso atrás descrito ilustra a imprevisível variabilidade classicamente associada à Doença de Lyme. Iniciada neste caso com a característica lesão cutânea de Eritema Crónico Migratório e confirmada por serologia em título significativo<sup>2</sup>, não foi contudo acompanhada das manifestações gerais que lhe estão habitualmente associadas, tais como a febre, artralguas, mialgias, mal-estar, ou fadiga<sup>1,3,4,5,6,7</sup>.

O aparecimento de lesões cutâneas anulares múltiplas é um achado frequente, ocorrendo em cerca de metade dos casos (48%)<sup>3,4,7</sup>. No caso descrito foram também encontradas, demonstrando a ineficácia da terapêutica efectuada e a progressão da doença para um estadio posterior<sup>6</sup>. São também habituais o compromisso neurológico e cardíaco (encontrados em 15 e 8% dos casos), caracterizados por quadros de irritação meníngea.

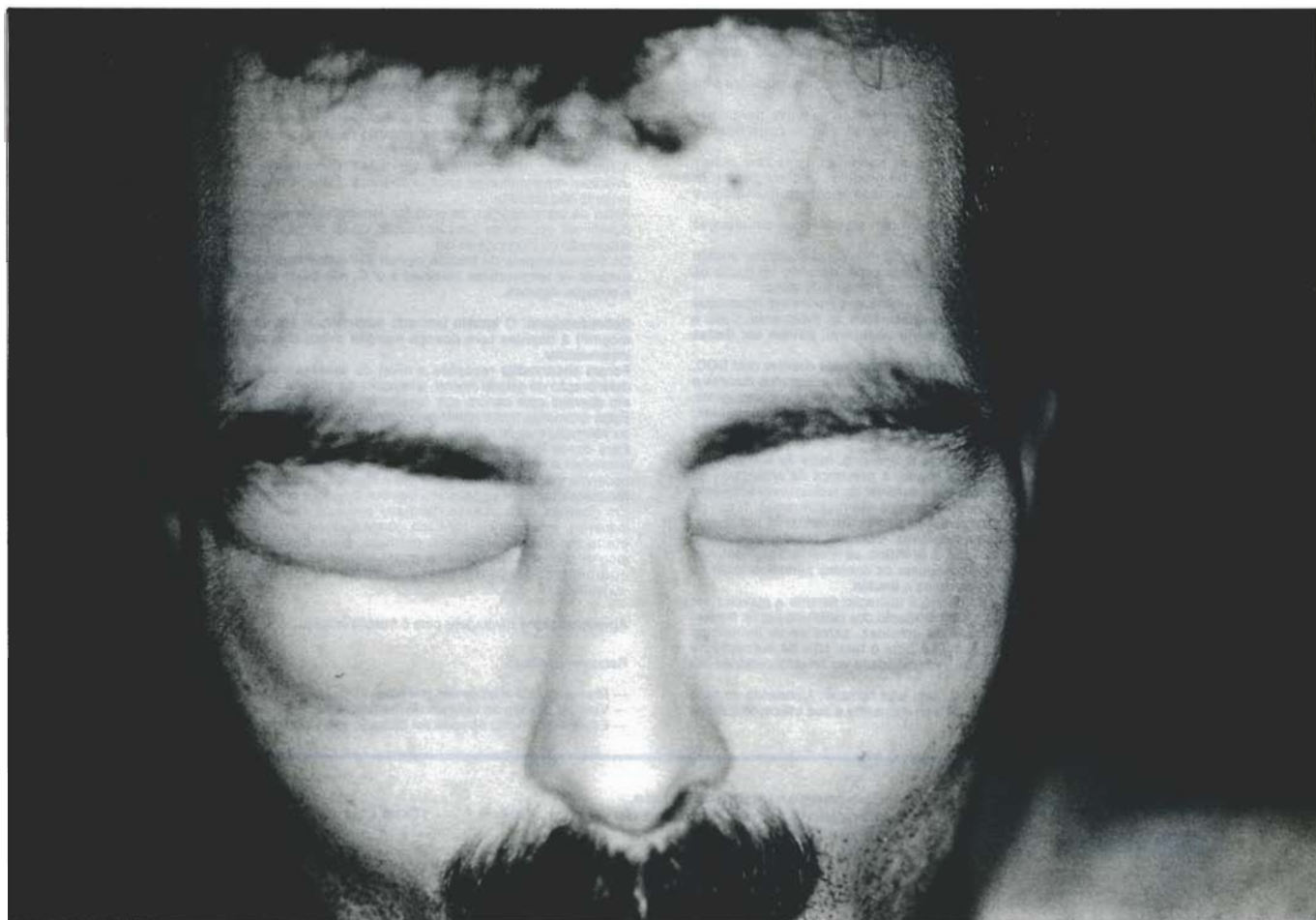


Figura 1



**Figura 2**

paralisia facial periférica, nevrite ou bloqueio cardíaco de grau variável, respectivamente<sup>5,7</sup>. O comprometimento ocular, manifestado neste caso por conjuntivite purulenta bilateral e edema peri-orbitário, é uma forma de apresentação rara, surgindo apenas em 11 e 3 % dos casos<sup>1,7,8</sup>.

A evolução incomum, pautada por episódios sucessivos de recidiva após terapêutica, e o raro comprometimento visceral (envolvimento ocular) observado, poderão estar relacionados com características imunopatogênicas particulares a cada doente. Com efeito, tem sido encon-

trada uma associação particular entre o HLA-Drw2/Drw4 e a evolução para a cronicidade da doença<sup>1,7,9</sup>, à qual não será estranha a resistência à terapêutica antibiótica clássica.

A terapêutica, que de um modo geral é efectuada com tetraciclina ou doxiciclina<sup>1,2</sup>, foi neste caso claramente ineficaz. Assim, nas formas aparentemente resistentes ou às quais está já associado um comprometimento visceral típico dum estadio avançado, está indicada a utilização intravenosa de penicilina ou de uma cefalosporina de 3ª geração (ceftriaxone)<sup>10</sup>.

## Bibliografia

1. Steere C, Bartenhagen D *et al*. The Early Clinical Manifestations of Lyme Disease. *Ann Intern Med* 1983; 99: 76-82.
2. Volkman D, Dattwyler R. Imunodiagnóstico e tratamento da Borreliose de Lyme. *Momento Médico* 1990; 30(3): 3-11.
3. Steere A, Malawista S, Hardin J, Ruddy S, Askenase P, Andiman W. Erythema Chronicum Migrans and Lyme arthritis. *Ann Intern Med* 1977; 86: 685-698.
4. Luger S. Lyme disease transmitted by a biting fly. Letter. - *N Engl J Med* 1990; 322: 1752.
5. Sigal L. Summary of the first 100 patients seen at a Lyme Disease Referral Center. *Am J Med* 1990; 88: 577-581.
6. Steere A, Hutch G, Rahn D, Sigal L, Craft J, Desana E, Malawista S. Treatment of the early manifestations of Lyme disease. *Ann Intern Med* 1983; 99: 22-26.
7. Ruel M, Dournon E. La Maladie de Lyme. *Ann Med Interne* 1988; 139: 555-574.
8. Aaberg T. The Expanding ophthalmologic spectrum of Lyme disease. *Am J Ophth* 1989; 107: 77-80.
9. Steere A, Dwyer E, Winchester R. Association of chronic Lyme Arthritis with HLA-Dr4 and HLA-Dr2 alleles. *N Engl J Med* 1979; 301(25): 1358-1363.
10. Dattwyler R, Halperin J, Volkman D, Luft G. Treatment of late Lyme borreliosis - Randomised Comparison of ceftriaxone and penicilin. *Lancet* 1988; 8596: 1191-1194.