

TERAPIA DE LA ENFERMEDAD DE LYME

Mrs. Dr. Med. Laurence Meer-Scherrer

Aumatt 6
CH-3175 Flamatt, Suiza
Phone+ +41317411707
FAX+ +41317412463
E-Mail dr.meerl@planet.ch
Board member of ILADS
www.ilads.org

Traducido por Miguel A. Ramírez Ortega, Veterinario, Avila (España)

La Terapia de la E.L. se convierte en terapia de coinfecciones transmitidas por garrapata

- La línea directiva de la CDC está basada en las siguientes hipótesis:
 - E.L. Es una infección fácil de tratar.
 - E.L. No es una infección crónica.
 - Cuando el primer o segundo tratamiento falla, el diagnóstico de E.L. es equivocado.
 - Las coinfecciones no tienen consecuencias terapéuticas.
 - E.L. está sobrediagnosticada y sobretratada.
- A causa de mi experiencia clínica y estudio de la literatura disponible propongo las siguientes hipótesis compartidas por componentes de ILADS:
 - E.L. Es una enfermedad infecciosa mayor.
 - E.L. Es difícil de diagnosticar y tratar.
 - E.L. Puede hacerse crónica y recurrente en un número importante de pacientes. Las coinfecciones son frecuentes y causan problemas terapéuticos importantes.
 - E.L. y enfermedades asociadas no tratadas o infratratadas son responsables de importantes minusvalías neurológicas y neuropsiquiátricas.
 - E.L. Es infradiagnosticada, a menudo diagnosticada demasiado tarde e infratratada.
 - E.L. crónica recurrente seronegativa con coinfecciones es una de las enfermedades más difíciles de tratar.
 - La relación entre inmunodeficiencia y E.L. no es bien comprendida pero probablemente una cartapisa importante para la resistencia al tratamiento.

3 objetivos importantes de la terapia de ETG

- 1) Estabilizar la infección con sustancias antimicrobianas
- 2) Influenciar al sistema inmune
- 3) Aliviar los síntomas

Os refiero a la guía escrita por el Dr. Burras como ambos hemos desarrollado de forma completamente independiente tratamientos similares en USA y Europa, estamos en contacto sólo desde 1998. El publicó su guía en el libro estandar "Conn's Current Therapy 1997"

Por cada objetivo terapéutico hay varias observaciones:

1) Estabilizar la infección con sustancias antimicrobianas

Mejor no tratar que dar un tratamiento insuficiente, porque inhibiríamos la producción de anticuerpos mientras que la infección no será eliminada.

- **ECM** debe ser tratado por al menos 3 semanas, y se debe continuar si tras este tiempo la erupción y la induración no han desaparecido por completo. Las dosis deben ser altas ya que se ha probado que la diseminación temprana de las espiroquetas es común. Amoxicidina 750 mg cuatro veces diarias, Doxiciclina 200 mg dos veces al día o Claritromicina 500 mg dos veces diarias.

- **Las demás manifestaciones clínicas** requieren tratamiento intravenoso por al menos 6 semanas: Ceftriaxona 2 g diarias o Cefotaxima 2 g tres veces al día, Doxiciclina 200-400 mg una vez al día.

Los síntomas deben haberse despejado al menos 4 semanas antes de poder parar la terapia intravenosa, si no habrá que repetirla al poco tiempo.

No hay controles de laboratorio para determinar el grado de infección, el único parámetro son los síntomas del paciente.

Borrelia afzelii, la principal responsable de la ACA responde bien a las Penicilinas y cefalosporinas.

Borrelia garinii, la principal responsable de síntomas neurológicos responde bien a terapia intravenosa con Cefalosporinas, Doxiciclina y Azitromicina.

Generalmente el tratamiento es más efectivo en niños. La borreliosis de Lyme congénita debe ser tratada.

Las mujeres embarazadas necesitan altas dosis de Amoxicidina como 750 mg cada 6 horas.

El tiempo de generación de las espiroquetas es de 12 -24 horas in vitro y el ritmo de crecimiento de 4 semanas.

Los antibióticos habituales no funcionan durante la fase de latencia.

- **Coinfección por Babesia:**

- En mi protocolo de tratamiento publicado sobre 20 pacientes usé Azitromicina en combinación con Atovaquona por 2 -4 meses, un tercio de estos pacientes se hicieron positivos de nuevo tanto después como durante el tratamiento.
- Mefloquina funciona de forma excelente, pero tiene importantes efectos secundarios adversos.

- *Bartonella henselae*:
 - No hay una terapia establecida, las sustancias antibióticas que uso son:
 - Cefotaxime.
 - Azitromicina.
 - Ciprofloxacina.
- Coinfecciones víricas:
 - Especialmente Citomegalovirus que parece causar inmunodepresión, ésta es la razón para intentar la terapia con Ganciclovir (aún no establecida en la Enfermedad de Lyme)

2) Influenciar al sistema inmune

- Este es el gran factor desconocido.
- No se puede controlar por entero la cascada de citoquinas proinflamatorias.
- Tenemos que estimar la situación actual del sistema inmune de cada paciente, hay grandes diferencias de unos pacientes a otros, e incluso en el mismo paciente puede cambiar durante la evolución de la enfermedad.
- Como estimular el sistema inmune:
 - Altas dosis de vitaminas.
 - Altas dosis de B-12 si es posible en fórmula metil.
 - Antioxidantes como Coenzima Q.
 - Equinacea, antidepresivos.
 - Evitar estrés emocional y psicológico.
 - Dormir lo suficiente por la noche.
 - Dormir lo suficiente en las primeras horas de la tarde.
 - Evitar el alcohol y tabaco.
- Como romper una situación hiperinmune como es dermatitis localizada, síndrome de esclerosis múltiple, Raynaud y otras:
 - NSAR, inhibidores de COX-II.
 - Vitamina E, Epa-Caps (aceite de pescado).
 - Antagonistas del alfa-TNF como Remicade y Enbrel.
 - Evitar totalmente Esteroides, Metotrexate, Imurek.
 - Beta-interferón, Gammaglobulinas.

3) Aliviar los síntomas

- Altas dosis de Magnesio y Antiparkinsonterapia para combatir espasmos.
- Solulatos para el dolor, la artritis, vasculitis cerebral, infartos.
- Gabapentin contra el dolor neuropático y las disestesias.
- Ginkgo biloba a altas dosis para combatir la hipoperfusión cerebral.
- Medicación Antidepresiva y Ansiolítica.
- Rehabilitación física.
- A los pacientes no se les permitirá donar sangre nunca más.

Algunas dificultades y peligros en la terapia de estas enfermedades.

- Evitar complicaciones fúngicas mediante dieta y fármacos (LCI/Bifidus, evitar fructosa, Fluconazol)
- Las reacciones de Herxheimer son posibles en cualquier momento y es signo de que la terapia probablemente está ayudando (toxinas de espiroquetas, citokinas) a veces son en forma de reacciones pseudalérgicas.
- Interacción entre fármacos.
- Convulsiones por la enfermedad o por Herxheimer.
- Línea central y problemas en la aplicación intravenosa.
- Enfermedades e infecciones concomitantes, reinfecciones
- Falso diagnóstico.

Tratamiento prolongado de enfermedad por garrapata crónica recurrente

- Duración entre 1.,5 y 5 años y quizá con final abierto.
- Se debe investigar y documentar inmunodeficiencia.
- Se debe intentar documentar la recidiva con tests de laboratorio aceptados
 - PCR,
 - Histología
 - Detección de antígeno
 - Nuevos métodos.
- No está aceptada como terapia standard y puede ocasionar problemas con seguros médicos especialmente desde los controvertidos estudios de Klemperer publicados en verano del 2001.
- Aún sin publicar el estudio de Fallon para el NIH.

Preguntas para los investigadores de las ETG

- ¿Cuál es la razón de la inmunodeficiencia en un cierto número de pacientes con enfermedades por garrapatas? Puede ser por coinfección por Citomegalovirus.
- ¿Cómo es la degradación del Linfadenoma Benigno Cutis a Linfoma maligno o a posible Glioma o Sarcoma? ¿cuál es el mecanismo que falla?
- ¿Cómo podemos aniquilar las formas latentes (Esferoplastos, formas-L) de las Espiroquetas del gen Borrelia? ¿Son el Metronidazol o Antiprotozoarios alternativos eficaces?
- ¿Pueden diferentes microorganismos hacer un intercambio genético para evitar la reacción de la inmunidad del hospedador?
- ¿Quién está investigando el tejido conectivo como reservorio de las Espiroquetas?

Observaciones finales

- Nunca podremos vencer en la lucha contra las enfermedades transmitidas por garrapatas, si excluimos de ella el diagnóstico, la cronicidad de la enfermedad y a los médicos que se dedican a ellas.
- Lo que está bien aceptado para otras infecciones debe ser también aplicado a las ETG
 - PCR está aceptado para el diagnóstico del SIDA, Tuberculosis, Gonorrea, Chlamydia, Hepatitis B/C y otras
 - Las coinfecciones son posibles (y desde el descubrimiento del SIDA obvias).
 - Se conocen infecciones latentes por Herpes Zoster, Tuberculosis, Sífilis y otras.
- Probablemente estamos entrando en una nueva era de las enfermedades infecciosas tras un tiempo en el que teníamos éxito con antibióticos y vacunas.
- Parece que hay un retorno a enfermedades infecciosas que han aprendido a evadirse del sistema inmune humano.
- Necesitamos investigación novedosa.