



## 160/2625 - Síndrome de Löfgren. A propósito de un caso

M.A. Muñoa Moratinos<sup>a</sup>, M. López Filloy<sup>b</sup>, H. Safir Jabeen<sup>c</sup> y S. Ondicol Rodríguez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eras de Renueva. León.

<sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 29 años con antecedentes de asma bronquial en tratamiento con corticoides inhalados y terbutalina (rescate). Toma anticonceptivos orales. Consulta por artralgias en muñecas (> 15 días de evolución), rodillas, tobillos y codos junto con inflamación en piernas (aparecieron posteriormente). En los últimos cinco días acudió al PAC y a urgencias hospitalarias donde diagnostican de artralgias + edemas en extremidades inferiores y tratan con AINEs, recomendando sea vista en reumatología. Acude a consulta apirética, sin disnea, tos, ni amigdalitis previas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Inflamación en extremidades inferiores con artritis de tobillos y tres nódulos inflamatorios, eritematosos, en rodilla derecha y región pretibial, no pruriginosos y dolorosos a la presión. Los días previos tuvo lesiones similares en la pierna izquierda que desaparecieron. Dolor al movilizar las articulaciones afectadas. Ante sospecha de eritema nodoso se retira el anticonceptivo (posible desencadenante) y se solicitan pruebas para determinar etiología. Hemograma: leucocitos 10.700 (neutrófilos 73,8%), VSG 19 mmHg, resto normal. Bioquímica y coagulación normal. Pruebas reumáticas: antiestreptolisina 0 y factor reumatoide normales, PCR 56,3. Autoinmunidad negativo. Proteínas totales 7,60 g/dl. Proteinograma: albúmina 3,52, alfa1 0,79 y alfa2 1,23, resto normal. Reacción de Mantoux y serología de VIH negativo, Enzima convertidor de angiotensina: 19 U/I (18-55). A los 3 meses ingresa de forma programada en neumología para realización de broncoscopia diagnóstica. Al ingreso realizan TAC torácico: adenomegalias mediastínicas de predominio en ventana aortopulmonar y precarinal acompañadas de ganglios patentes en ambos hilios (patrón de presentación asociado a sarcoidosis. torácica), resto, (incluido parénquima pulmonar) sin alteraciones. Broncoscopia: laringe, tráquea, carina principal y ambos árboles bronquiales normales, se realiza lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial en LM (sin diagnóstico histológico concluyente) y PAAF de adenopatía subcarinal (granulomas de células epitelioides, bien delimitadas y leve infiltrado linfocitario mixto en periferia) compatible con sarcoidosis.

**Juicio clínico:** La presentación aguda de sarcoidosis con eritema nodoso, poliartralgias y adenopatías hiliares se conoce como síndrome de Löfgren, más frecuente en mujeres y pacientes cercanos a 30 años.

**Diagnóstico diferencial:** Se debe realizar entre el eritema nodoso con otras lesiones cutáneas (lupus vulgar, granulomas por cuerpo extraño, rosácea granulomatosa, lepra tuberculoide), También entre las distintas etiologías de adenopatías mediastínicas-hiliares: en la sarcoidosis suelen cursar con distribución simétrica, es asimétrica en: Tuberculosis, linfoma, metástasis, asociada a SIDA.

**Comentario final:** La paciente al no mejorar con AINEs (descartada etiología infecciosa) se le prescribió prednisona (asintomática en 20 días). El eritema nodoso es la etiología más frecuente de lesiones nodulares. A pesar de su resolución espontánea en menos de 2 meses, hay que intentar identificar la causa: idiopática (40%), infecciosas (estreptocócicas, tuberculosa...), sarcoidosis, medicamentosa (anticonceptivos orales...), colagenosis, linfomas y leucemias, enfermedad inflamatoria intestinal, gestación. Es una manifestaciones cutánea de la sarcoidosis aguda y el mejor indicador de buen pronóstico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Louro A, Serrano J, González C. Guías para la consulta de Atención Primaria. 3ª ed. A Coruña: Casitérides SL; 2008. p. 169-70.
2. Maña J. Consideraciones sobre el síndrome de Löfgren. Med Clin (Barc). 2014;143:163-5.