



242/380 - POLIARTRITIS FEBRIL

M. de la Torre Trillo^a, A. Guerrero Montalban^a, L. Gaig Ferrer^a, V. Cusati Velazco^a, B. Marti^b y G. Gutiérrez^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Sant Pere. Reus. Tarragona. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Torreforta. Tarragona. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Sant Pere II. Reus. Tarragona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 43 años que acude a Urgencias derivado de su CAP por fiebre (max 39 °C) y poliartralgias. Añade aparición de erupción cutánea en forma de máculas eritematosas en zona pretibial bilateral, no dolorosas. Niega viajes al extranjero, relaciones sexuales de riesgo, consumo de drogas o contacto con animales.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración aceptable estado general. Febrícula. No se palpan adenopatías. Eritema conjuntival bilateral sin secreciones. Auscultación cardiorespiratoria normal, sin ruidos sobreañadidos. Orofaringe sin exudado purulento. Abdomen anodino. EEII: Edema y aumento de temperatura en rodillas y tobillos. No edemas ni signos de TVP. Máculas eritematosas con bordes mal definidos de predominio pretibial. No induradas. Lesión pretibial derecha indurada, de 4 cm de diámetro. Hiperqueratosis plantar. EESS: Aumento de temperatura, tumefacción e impotencia funcional en codo, muñecas, IFP e IFD. No lesiones de psoriasis. Rx tórax: adenopatías hiliares bilaterales. Biopsia de piel: paniculitis compatible con eritema nodoso. A/S: ECA 86, VSG 5 mm, AST 198 U/L, ALT 397 U/L, GGT 306 U/L, LDH 923 U/L, bilirrubina 1,04 mg/dL, FA 244 U/L, bilirrubina esterificada 0,47 mg/dL, PCR 4,20 mg/dL. Mantoux 10 mm (está vacunado). Se ingresa al paciente en medicina interna cursándose analítica completa con serologías, estudio de autoinmunidad y radiológico que no muestra patología infecciosa, autoinmune ni espondiloartropatías.

Juicio clínico: Síndrome de Löfgren.

Diagnóstico diferencial: El síndrome de Löfgren, es una variante aguda de la sarcoidosis, que se caracteriza por fiebre, eritema nodoso, adenomegalias hiliares pulmonares y artritis. Tiene un curso benigno y autolimitado. El diagnóstico diferencial fundamentalmente incluye las adenopatías mediastínicas (tuberculosis, linfoma y metástasis), las enfermedades que afectan al intersticio pulmonar (neumoconiosis, alveolitis alérgica extrínseca), y entidades subyacentes que cursan con poliartritis (LES, AR, enf. de Still del adulto, gota, vasculitis y artritis infecciosas).

Comentario final: En nuestro paciente se realizó un LBA con predominio de linfocitos T, relación CD4/CD8 > 3,5. Finalmente fue tratado con indometacina 25 mg c/8h durante 2 semanas con remisión completa de clínica y parámetros analíticos. Actualmente el paciente continúa realizando controles radiológicos anuales sin recaídas.

Bibliografía

1. Iannuzzi MC, Rybicki BA, Teirstein AS. Sarcoidosis. N Engl J Med. 2007;357(21):2153-65.
2. Petterson T. Sarcoid and erythema nodosum arthropaties. Baillière's Best Pract Res Clin Rheumatol. 2000;14(3):461-76.

Palabras clave: Poliartritis. Adenopatías hiliares. Eritema nodoso.