



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/1946 - SÍ NO LO SOSPECHAS, ¡NO LO DIAGNOSTICAS!

L. Infantes Córdova^a y M. Cabrera Ferríols^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Vicente I. Alicante. ^bMédico de Familia. Centro de Salud San Vicente 1. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón 56 años, con edema, eritema y dolor bilateral de pies/tobillos de 1 mes y medio de evolución, sensación distérmica y astenia. Acudió varias veces a urgencias en dos hospitales locales y a su MAP, recibió tratamiento antibiótico por "celulitis", luego diuréticos por "insuficiencia cardíaca" sin cambios. Acude nuevamente por urgencias, pendiente cita TC de tórax solicitado por MAP. Ingreso hospitalario ante insistencia familiar. Antecedentes: DM2 triple terapia, HTA y DLP.

Exploración y pruebas complementarias: Exámenes previos: análisis de sangre: solo destaca PCR de 6 mg/dl. Ecografía doppler de miembros inferiores: sistemas venosos permeables. Finas láminas de líquido bimalleolar. Rx tórax: probable aumento tamaño arteria pulmonar o adenopatías. Ecocardiografía: normal. En Medicina Interna: TC torácico: adenopatías mediastínicas de aspecto patológicos. TC abdominal/pélvico: sin hallazgos. Análisis de sangre: bioquímica general, proteinograma, serología, autoinmunidad, hormonas y marcadores tumorales normales. Mantoux, Hemos y urocultivo negativos. ECA: rango normal. Fibrobroncoscopia: compatible con normalidad. Se realiza PAAF. Broncoaspirado: cultivo y citología negativos. Anatomía patológica: celularidad linfoide y granulosa no necrotizantes. Sin evidencia de malignidad.

Juicio clínico: La sarcoidosis: enfermedad multisistémica de etiología desconocida, se caracteriza por granulomas no necrotizantes en las biopsias. El síndrome de Löfgren (eritema nodoso, adenopatías hiliares bilaterales y oligoartritis), variante aguda que representa entre 9-35% de las sarcoidosis (1-40 casos/100.000). Tiene una variante SIN eritema nodoso, más frecuente en hombres. Comprende fiebre, escalofríos y artralgias/artritis tibiotarsianas bilaterales con tumefacción, calor y rubor. En los análisis de sangre, solo se halla aumento de la PCR. Siendo todo lo demás negativo. Rx de tórax: evidencia agrandamiento de hilos compatible con adenomegalias. El pronóstico es excelente.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Löfgren. Carcinoma broncogénico. Linfomas. Tuberculosis. Histoplasmosis/Coccidiomicosis.

Comentario final: En urgencias es difícil llegar a un diagnóstico etiológico, aunque el proceso diagnóstico, incluida Atención Primaria, debe ser correcto para optimizar el tratamiento definitivo, alta o ingreso del paciente. Este caso plantea un reto diagnóstico por su baja prevalencia y desconocimiento médico. El paciente recibió prednisona 30 mg/día durante 2 meses, actualmente

asintomático en descenso progresivo de corticoides.

Bibliografía

1. Pérez G, Fácil J. Sarcoidosis aguda. Variante de síndrome Löfgren sin eritema nodoso. Arch Med Interna. 2014;36(2):79-83.

Palabras clave: Adenopatías hiliares bilaterales. Artritis tibiotarsianas. Síndrome Löfgren.