

## Diagnóstico de Síndrome de Lofgren en Atención Primaria. Presentación de un caso clínico

Diagnosis of Lofgren Syndrome in Primary Care. Presentation of a clinical case

Diagnóstico de Síndrome de Lofgren en Atención Primaria. Presentación dun caso clínico

### AUTORAS

Pérez Aguilar, Aisha<sup>1</sup>; Margareto Sánchez, Maria Jesús<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico Residente de Tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud Bertamirans. Área Sanitaria de Santiago de Compostela Y Barbanza.

<sup>2</sup> Médico de Familia, Tutor de residentes. Centro de Salud de Vite, área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza

Autora para correspondencia: Aisha Perez Aguilar. Email: [aishaperez@hotmail.com](mailto:aishaperez@hotmail.com)

Dirección: Tr.ª Pedregal, 10, 15220 Bertamirans, A Coruña

### INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 53 años, acude a consultas de atención primaria, en el mes de noviembre del 2022 por presentar lesión en dorsal posterior, hiperqueratósica, folicular, con discromía, zonas amelánicas y borde descamativo; recibe tratamiento con corticoides tópicos, al sospechar dermatitis atópica. Por no ver mejoría acude nuevamente y se cambia tratamiento a crema de urea 5% y crema azólica. En diciembre desaparición de lesión. Nueva consulta en su centro de salud, en marzo 2023 por dolor subcostal derecho sin antecedente traumático, se palpa área de fibrosis en tejido subcutáneo. En Julio 2023, presenta lesiones nodulares distales en ambos miembros inferiores de aproximadamente 1 cm de diámetro de consistencia elástica, bien delimitadas y dolorosas, se sospecha eritema nodoso por lo que solicita analítica sanguínea. Factor reumatoide negativo; PCR: 0.486 mg/dL; VSG 28; Virus Epstein-Barr (VEB) IgM negativo; VEB IgG positivo; VEB Anticuerpos totales positivos. Como antecedente menciona haber presentado dos semanas antes del debut de lesiones, tos seca nocturna que se correlaciona con clínica digestiva. Simultáneamente cambio en las deposiciones (más filiformes), sin diarrea, no rectorragia. Al examen físico: afebril, no síndrome general ni adenopatías, auscultación cardiopulmonar normal y abdomen sin hallazgos.

### DIAGNÓSTICO

Solicitado estudio radiológico: prominencia hiliar sin descartar según informe, presencia de adenopatías, signos EPOC. Nueva analítica con persistencia de VSG elevada y aumento de la PCR. Se deriva a servicio de medicina interna por sospecha de sarcoidosis.

En Medicina Interna completan estudio con TAC toracoabdominal: adenopatías hilio mediastínicas y discreto patrón micro nodular sugestivo de Sarcoidosis. Analítica: VSG: 22 PCR: 0.18 ECA: 47. IgA: 501. Cel parietales gástricas: 1/320. Anticuerpos IgG anti: 80.

Es derivado a la consulta de enfermedades sistémicas donde se diagnostica al paciente de Sd. de Lofgren (Sarcoidosis pulmonar estadio II + eritema nodoso) y posible gastritis auto inmune.

## CONCLUSIÓN

El síndrome de Lofgren (SL) es la manifestación articular de presentación aguda caracterizada por la triada de eritema nodoso, linfadenopatías hiliares bilaterales (sarcoidosis) y artritis, que característicamente afectan a tobillos, con excelente pronóstico y remisión espontánea, en la mayoría de los casos. El SL es un subgrupo fenotípico de sarcoidosis, se ha propuesto una predisposición genética como determinante (alelo HLA\_ DRB1\*0301), que se asocia a mejor pronóstico (1).

La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de etiología desconocida caracterizada por inflamación granulomatosa no caseificante. Se ha relacionado con el ambiente industrial metalúrgico y el sector de la construcción. La forma de presentación es muy variada, aunque en España la forma aguda más frecuente es el síndrome de Löfgren. El diagnóstico se basa en una clínica compatible con pruebas complementarias sugestivas, exclusión de otras causas y la demostración de granulomas no caseificantes en las biopsias. La clínica de debut que genera la consulta es la cutánea y la articular, siendo más frecuente la afectación pulmonar asintomática con radiografía de tórax patológica (2).

El eritema nodoso es una inflamación compartimentada del tejido graso subcutáneo. Se caracteriza por la aparición aguda de diversos nódulos subcutáneos: palpables, dolorosos y visibles generalmente en la cara anterior de la tibia o periarticulares, bilaterales. Suelen autolimitarse en 4 a 6 semanas y van cambiando su coloración a medida que transcurre el tiempo, pudiendo adquirir un color violáceo en su fase fin.

En atención primaria se puede realizar el diagnóstico basándose en la exploración física del paciente, un conjunto de signos y síntomas, una analítica sanguínea (VSG, PCR, hemograma, bioquímica, calcemia, proteinograma), prueba de tuberculina y radiografía de tórax. El tratamiento del eritema nodoso suele responder bien al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos. La sarcoidosis pulmonar en estadios 2 y 3 y la sarcoidosis extratorácica se deben tratar. Los corticoides orales constituyen la primera línea de tratamiento, no debiendo administrarse en cursos cortos una vez iniciado (3).

Aunque en este caso se pensó en una sarcoidosis existen otros cuadros clínicos que podríamos confundir, la sarcoidosis presenta un patrón ganglio-pulmonar que se puede ver en otras enfermedades como la tuberculosis pulmonar, las dos son enfermedades granulomatosas, la primera no caseificante a diferencia de la segunda, que raramente se presentan de manera concomitante (4).

Se han intentado encontrar biomarcadores para distinguir estas 2 enfermedades. Los marcadores séricos relacionados con sarcoidosis, entre ellos el receptor soluble de la interleucina-2 (IL-2R), la ECA y Krebs Von den Lungen-6 (KL-6) no tienen suficiente sensibilidad y especificidad para el diagnóstico diferencial (4).

**Consentimiento informado:** Se cuenta con el consentimiento informado del paciente para la presentación del caso clínico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Farah, J. M., Naranjo, D. B., & Yáñez, T. R. (2018). Síndrome de Löfgren: presentación inusual de sarcoidosis. *Revista colombiana de neumología*, 30(1), 52-56. <https://doi.org/10.30789/rcneumologia.v30.n1.2018.302>
2. M. Díez Fernández<sup>1</sup>, N. Solís Marquínez<sup>1</sup>, A. García Morán<sup>1</sup>, y col. 2017. (IF-032 - CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DIAGNÓSTICAS DE LOS PACIENTES CON SARCOIDOSIS EN SEGUIMIENTO POR UNA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES DE UN HOSPITAL DEL NORTE DE ESPAÑA). *Rev Clin Esp*. 2017;217(Espec Congr):1166.

3. *Síndrome de Löfgren. A propósito de un caso | Medicina de familia. SEMERGEN.* (s. f.). <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-epub-13138527>
4. de la Fuente-Meira, S., Gracia-Cazaña, T., Pastushenko, I., & Ara, M. (2016). Sarcoidosis y tuberculosis: un desafío diagnóstico. *Actas dermo-sifiliograficas*, 107(7), 605–607. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2016.02.009>