Semergen. 2015;41 (Espec Congr):589

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1218 - POLIARTRALGIAS Y LESIONES DERMATOLÓGICAS

D. Muñoz Segura[a], M. Tramunt Mestre[b], M.C. Vizuete Gala[a], E. Redondo Gorostiza[a], N. Espinosa González[a], S. Omella Ramo[a], E. Torres Santo[a], A. Román Peñalver[a], M.J. Carreño Sarrias[a] y J.C. Fleta Portero[a]

[a]Médico de Familia. Área Básica de Salud Montclar. Sant Boi de Llobregat. Barcelona. [b]Diplomada de Enfermería. Área Básica de Salud Montclar. Sant Boi de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 40 años que consulta de forma urgente en ABS por dolor de una semana de evolución en tobillo derecho que se extiende posteriormente al contralateral, así como a muñeca y rodilla izquierdas, rebelde a antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Se orienta como poliartritis pautándose 30 mg/día de prednisona oral y estudio por su médico de Atención Primaria.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración destaca peritobillo derecho y lesiones violáceas, dolorosas y nodulares, de más de 5 centímetros de diámetro, en región pretibial y muñeca izquierda, sugestivas de eritema nodoso. No presentaba fiebre, ni síndrome tóxico ni lesiones oculares. Una analítica mostró normalidad de reactantes de fase aguda (vsg y PCR) y factor reumatoideo negativo. En la radiología torácica se apreciaban adenopatías paratraqueales derechas y perihiliares. La prueba de tuberculina resultó negativa.

Juicio clínico: Se orienta el caso como una variante benigna de sarcoidosis (síndrome de Löfgren clásico). Se trata de la forma de mejor pronóstico de esta enfermedad. Consiste en linfadenopatía hiliar, eritema nodoso y síntomas articulares que, generalmente, se resuelven espontáneamente en unos tres meses sin dejar secuelas o solo disfunciones leves. El control de los síntomas puede requerir AINE y, en ocasiones, corticosteroides.

Diagnóstico diferencial: Se plantea con aquellos cuadros acompañados de adenopatías mediastínicas (tuberculosis, linfoma, metástasis) y, si es el caso, con las patologías pulmonares intersticiales (tuberculosis, neoplasias, alveolitis alérgicas extrínsecas, neumoconiosis, idiopáticas, etc.).

Comentario final: Ante un cuadro de poliartralgias y lesiones cutáneas es importante buscar la presencia de paniculitis porque ello orienta hacia el diagnóstico de síndrome de Löfgren, con implicaciones pronósticas favorables. Ello no debe llevar al clínico a obviar las exploraciones complementarias mínimas que permitan completar el diagnóstico diferencial de esta entidad que incluye otros trastornos de pronóstico y tratamiento muy diferentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Sánchez, J. Eritema nodoso. FMC. 2010;17(7):500-7.

2. Zapata F, Vásquez LA, Arroyave JE, Arredondo MI, Molina V, Del Río DY. Sarcoidosis cutánea. Rev CES Med. 2014;28(2):293-306.

3. Tejera B Holgado S, Mateo L, Pego-Reigosa JM, Carnicero M, Olivé A. Síndrome de Löfgren: un estudio de 80 casos. Med Clin. 2014;143(4):166-9.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.