

347/2144 - FLOGOSIS EN EL PIE ¿SIEMPRE CELULITIS?

E. Rodero Pérez^a, Y. Rando Matos^b, I. Álvarez Reyes^c y E. Morales Hernández^c

^aMédico de Familia. CAP Florida Norte. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ^bMédico de Familia. ABS Florida Norte. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Florida Norte. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años. No alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Antecedentes personales: hipotiroidismo autoinmune actualmente sin tratamiento, ovariectomía profiláctica bilateral por antecedentes familiares. Presenta flogosis dolorosa en pie izquierdo y febrícula en abril 2018, refractario a AINE + colchicina. Tras empeoramiento de la flogosis (extensión a tobillo derecho) y persistencia de febrícula se inicia amoxi-clavulánico. Valorando el posible contacto de la paciente con garrapatas, se asocia doxiciclina en mayo sin mejoría, constatando una serología negativa de Borrelia burgdorferi. Se derivó a hospital ante la demora de dermatología. Se realizan exploraciones complementarias en urgencias y se remite a Medicina interna que diagnostica de síndrome de Löfgren. Presenta mejoría del edema espontáneamente en junio.

Exploración y pruebas complementarias: Eritema, edema, calor en pie y tobillos y dolor en articulación MTF y tibiotarsiana izquierda, posteriormente. Rx pies, tobillos normales, Rx tórax: hilios ensanchados, PCR 29,6 mg/l. Peptidil-dipeptidasa A (ECA) 1,16 ?kat/L. Quantiferón negativo. TC tórax: adenopatías de tamaño moderado en varios territorios mediastínicos y ambos hilios.

Orientación diagnóstica: Sarcoidosis ganglionar tipo Löfgren estadio I.

Diagnóstico diferencial: Otras causas de febrícula y tumefacción cutánea: celulitis, erisipela, tuberculosis, enfermedad de Lyme, artritis no reactiva, linfoma

Comentario final: La tétrada eritema nodoso, adenopatías hiliares, afectación articular y fiebre hacen sospechar un síndrome de Löfgren, variante aguda de sarcoidosis que cura espontáneamente en el 95% de los casos. Es necesario excluir cuadros similares multisistémicos siendo prescindible la biopsia cutánea, ya que el edema se resuelve rápidamente. El eritema nodoso ocurre sobre todo en mujeres y tiene buen pronóstico. La ECA es menor en formas agudas que en crónicas, como es el caso de la paciente. El estadio I conlleva adenopatías hiliares/mediastínicas presentes sin infiltrados pulmonares. El tratamiento inicial se realiza con AINE y si no hay mejoría con prednisona pero el pronóstico es excelente incluso sin tratamiento.

Bibliografía

1. Winston S, Rohit A. Sarcoid arthropathy [Internet]. Up to Date. updated: Jan 03, 2017.
2. Pérez G, Facal J. Sarcoidosis aguda: Variante de Síndrome de Löfgren sin eritema nodoso. Arch Med Interna. 2014;36:79-8.

Palabras clave: Sarcoidosis. Eritema nodoso. Fiebre.