



CASO CLÍNICO

¿Qué puede esconder una artritis de tobillos?

What can an ankle arthritis hide?

Autores: Rebollo Giménez AI¹, Sacristán Bou L², Bujalance Cabrera C², Mínguez Sánchez MD¹, Lázaro Polo J², Castro Corredor D¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real

²Servicio de Neumología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real

Resumen:

Se presenta el caso de un paciente varón de mediana edad que consultó por dolor articular en tobillos, con eritema nodoso en miembros inferiores y refractario a tratamiento antiinflamatorio y antibiótico. Se realizó una buena anamnesis y exploración física que permitió, junto con otras pruebas complementarias, establecer el diagnóstico de sarcoidosis aguda, cuya evolución clínica ha sido buena tras inicio de tratamiento corticoideo a dosis bajas.

Palabras clave: sarcoidosis; Löfgren; adenopatías hiliares bilaterales; periartrosis de tobillos.

Resume:

We present the case of a middle-aged male patient who consulted for joint pain in the ankles, with erythema nodosum in the lower limbs and refractory to anti-inflammatory and antibiotic treatment. A good anamnesis and physical examination were performed, which allowed, together with other complementary tests, to establish the diagnosis of acute sarcoidosis whose clinical evolution has been good after starting low-dose corticosteroid treatment.

Keywords: sarcoidosis; Löfgren; bilateral hilar lymphadenopathy; ankle periartrosis.

Introducción:

La sarcoidosis es una enfermedad sistémica y poco prevalente en nuestro medio, cuya etiología es desconocida, aunque se caracteriza por el acúmulo de células inflamatorias que forman granulomas epitelioides no caseificantes^{1,2}. Los principales órganos que se ven afectados son ganglios linfáticos y pulmón, pero también afectan a piel, articulaciones, ojos y sistema reticuloendotelial.

El síndrome de Löfgren se define por la presencia de adenopatías hiliares pulmonares bilaterales, eritema nodoso y artralgias, principalmente de grandes articulaciones. En general, tiene un curso benigno y autolimitado, que contrasta con las formas crónicas, que requieren uso de corticoides y tienen tendencia a la recidiva^{3,4}.

Observación clínica:

Paciente varón de 54 años que consulta en el Servicio de Urgencias por presentar cuadro clínico de semanas de evolución consistente en aumento de volumen y temperatura de ambos tobillos, dolorosos a la palpación, que le imposibilita usar su calzado habitual. Es fumador de 20 cig./día, con antecedentes personales de síndrome metabólico y síndrome antifosfolípido (SAF) analítico de alto riesgo. Asociado al cuadro clínico refiere *rash* eritematoso en ambos tobillos. Refiere también tos no productiva de unos meses de evolución y febrícula en los días previos. A la exploración el paciente está afebril, eupneico respirando aire ambiente, con saturación de O₂ del 98% y la auscultación cardiopulmonar es normal. Se constata

eritema y aumento de temperatura local en dorso y zona perimaleolar de ambos tobillos, con dolor a la palpación, pero con movilidad articular conservada. En la zona medial de ambas rodillas destacan nódulos eritematosos, dolorosos, de reciente aparición.

Ante dímero D <500 ng/ml, se realizó eco-doppler de extremidades inferiores que descartó trombosis venosa profunda. En la analítica se objetivó elevación de la PCR y discreta leucocitosis. Se pauta tratamiento antibiótico y antiinflamatorio y se revisa en consulta de Reumatología que, ante la nula respuesta al tratamiento instaurado, decide hospitalización para completar estudio y manejar de forma óptima el dolor ocasionado por la limitación funcional.

Durante el ingreso hospitalario se completa el estudio etiológico del eritema nodoso, sin observar otras posibles causas. En la analítica sanguínea están elevados los reactantes de fase aguda y los marcadores tumorales (CEA 4.9 µg/L y CA19.9 43.1 U/mL). No se evidenció hipercalcemia, hipercalciuria, hepatitis C ni virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En el estudio inmunológico se detecta positividad para anticoagulante lúpico y anticardiolipina IgM a títulos bajos, siendo el resto de autoinmunidad negativa. Los valores de ECA se encuentran en rango.

Se realiza una radiografía de tórax que evidencia un ensanchamiento mediastínico y, a continuación, se amplía el estudio con una TC torácica que describe linfadenopatías mediastino-hiliares. Este hallazgo, junto con el hábito tabáquico y la discreta elevación de los marcadores tumorales, nos lleva a solicitar un PET-TC, que no

evidencia enfermedad macroscópica maligna. Se realiza fibrobroncoscopia sin evidenciar lesión endobronquial. Tanto en el lavado broncoalveolar (BAL) como en el broncoaspirado no se aíslan gérmenes patógenos (incluye micobacterias) y las citologías son negativas para células tumorales. La inmunología del BAL muestra un predominio de macrófagos y linfocitos con un cociente CD4/CD8 1,7. Las pruebas de función pulmonar objetivan una restricción leve (FVC 69%) y una difusión dentro de la normalidad (DLCO 81%). Se inició tratamiento con corticoides a dosis bajas con buena respuesta terapéutica. Posteriormente, se realizó ecobroncoscopia en el Hospital General de Albacete que evidenció la presencia de granulomas no necrotizantes.

Discusión:

El cuadro clínico que se ha presentado -eritema nodoso en extremidades inferiores, periartritis de tobillos y adenopatías hiliares bilaterales en radiografía de tórax-orienta a un debut de un síndrome de Löfgren, descrito por Sven Löfgren en 1946. Se trata de una manifestación de sarcoidosis aguda que suele cursar con buen pronóstico y que no precisa de un diagnóstico histopatológico, siempre y cuando se descarten otras etiologías que simulen el cuadro (medicamentosas, neoplasias o procesos infecciosos)⁵.

La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica granulomatosa que afecta a población de edad media (35 a 50 años). Su patogenia es compleja y en ella participan tanto el sistema inmune innato como el adaptativo⁶.

En el caso expuesto el síntoma principal del paciente es la inflamación dolorosa de tobillos, que se cataloga como una tumefacción de los tejidos blandos, no como una artritis verdadera dada la ausencia de sinovitis articular a nivel ecográfico⁷. Así mismo, el paciente relata una clínica respiratoria inespecífica de meses de evolución y presenta una disfunción ventilatoria restrictiva leve que, junto con los hallazgos del TACAR, nos permiten clasificar la afectación pulmonar como estadio I según la evidencia científica disponible⁸.

La mayor parte de pacientes diagnosticados de sarcoidosis pulmonar no precisan tratamiento, pues se trata de un proceso autolimitado. Sin embargo, cuando existe clínica extrapulmonar dicha remisión es menos frecuen-

te⁹. En este caso, dada la sintomatología y deterioro de la calidad de vida del paciente en los últimos meses, y teniendo en cuenta la refractariedad previa a AINES, se inició tratamiento con corticoides a dosis bajas, objetivando buena evolución.

A modo de conclusión, se considera importante resaltar la importancia de una adecuada anamnesis y exploración física en el enfoque clínico de pacientes con eritema nodoso y artralgias, considerando la sarcoidosis (al igual que su variante el síndrome de Löfgren) en el diagnóstico diferencial etiológico a pesar de ser entidades de baja prevalencia en nuestro país.

Bibliografía:

1. Löfgren S, Lundback H. The bilateral hilar lymphoma syndrome; a study of the relation to tuberculosis and sarcoidosis in 212 cases. *Acta Med Scand* 1952;142:265-73.
2. Petrilla J. Löfgren syndrome: A clinical variant of sarcoidosis. *Hospital Physician*. 2002: 40-3.
3. Moore AL. Löfgren's syndrome and arthritis. *J Fam Pract* 1981; 12: 1071-2.
4. Mana J, Gomez-Vaquero C, Montero A. Lofgren's syndrome revisited: a study of 186 patients. *Am J Med*. 1999; 107: 240-5.
5. Bekir Karakaya, Ylva Kaiser, Coline H. M. van Moorsel, Johan Grunewald. Löfgren's Syndrome: Diagnosis, Management, and Disease Pathogenesis. *Semin Respir Crit Care Med* 2017; 38(04): 463-476
6. Chen ES, Moller DR. Sarcoidosis scientific progress and clinical challenges. *Nat Rev Rheumatol*. 2011;7(8):457-467.2.
7. Le Bras E, Ehrenstein B, Fleck M, Hartung W. Evaluation of ankle swelling due to Lofgren's syndrome: a pilot study using B-mode and power Doppler ultrasonography. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2014; 66:318.
8. Spagnolo, P., Rossi, G., Trisolini, R., Sverzellati, N., Baughman, R.P., and Wells, A.U. Pulmonary sarcoidosis. *Lancet Respir Med*. 2018; 6: 389-402.
9. Patompong Ungprasert, Jay H and Eric L. Matteson. Clinical Manifestations, Diagnosis, and Treatment of Sarcoidosis *Mayo Clin Proc Inn Qual Out* 2019;3(3):358-375.