

## CASO CLINICO

# Tos, infiltrados y eosinófilos: el trío detrás del síndrome de Loeffler

Hugo Caballero Larroza y Evelina Maria Del Mar Vera Colman

DOI: 10.5281/zenodo.17495036

Presentado en: IX Congreso Paraguayo de Medicina Familiar, 7–9 de agosto de 2025, Asunción

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Loeffler es una entidad poco frecuente caracterizada por la presencia de infiltrados pulmonares transitorios y migratorios, asociados a eosinofilia y manifestaciones respiratorias. Su etiología más común es parasitológica, con predominio de infecciones por helmintos con ciclo pulmonar, como *Ascaris lumbricoides*, *Strongyloides stercoralis* o *Ancylostoma duodenale*.

## OBJETIVO

Describir la presentación clínica, el diagnóstico y el manejo del Síndrome de Loeffler, una patología poco diagnosticada, especialmente en zonas con alta carga de enfermedades parasitarias.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente escolar masculino de 9 años, procedente de Gral. Resquín (San Pedro), que acudió a urgencias por tos seca no emetizante de 4 días de evolución, fiebre no graduada, dificultad respiratoria progresiva y dolor torácico de 2 días de evolución. Había sido tratado ambulatoriamente con prednisona, clorfeniramina e ibuprofeno por 6 días. Sin carnet de vacunación.

Ingresó lúcido, en regular estado general, con dificultad respiratoria (tiraje universal), polipneico (FR: 37 rpm), taquicárdico (FC: 148 lpm), afebril y saturación de O<sub>2</sub> del 88 % (aire ambiente). A la auscultación pulmonar: murmullo vesicular rudo y sibilancias universales. El laboratorio inicial mostró leucocitosis con hipereosinofilia (GB: 23.400/mm<sup>3</sup>, N: 52 %, Eo: 27 % [6.318/mm<sup>3</sup>]). Panel viral respiratorio negativo. PCR: 24. Radiografía de tórax con patrón infiltrativo en campo pulmonar derecho.

Se diagnosticó síndrome bronquial obstructivo y se inició tratamiento con oxígeno por mascarilla, dexametasona IV, nebulizaciones con salbutamol y sulfato de magnesio, además de antibióticos (ceftriaxona + azitromicina) ante la sospecha de infección respiratoria aguda grave.

En sala, se observó mejoría clínica progresiva. A las 18 horas: afebril, buena mecánica respiratoria, SatO<sub>2</sub> > 98 % sin O<sub>2</sub> suplementario. Una nueva radiografía mostró cambio del patrón infiltrativo al hemitórax izquierdo. Ante la hipereosinofilia y el patrón migratorio, se planteó síndrome de Loeffler, iniciándose albendazol y suspensión progresiva de corticoides

y broncodilatadores. A las 48 horas: eosinófilos 4 % (568/mm<sup>3</sup>), GB: 14.210/mm<sup>3</sup>, y hallazgo de huevos de *Ascaris lumbricoides* en frotis de heces. Por evolución favorable, se dio de alta al tercer día.

## CONCLUSIONES

Paciente con evolución inicial sugestiva de síndrome bronquial obstructivo. Sin embargo, la hipereosinofilia, el patrón migratorio pulmonar, la clínica autolimitada y la detección de *Ascaris* en heces orientaron al diagnóstico de síndrome de Loeffler. Aunque la radiografía sugería una neumonía, no hubo clínica compatible con infección bacteriana grave. El síndrome de Loeffler suele ser autolimitado; su reconocimiento oportuno evita tratamientos innecesarios y resalta la importancia de considerar eosinoflias pulmonares en zonas con alta prevalencia de parasitosis intestinal.

## PALABRAS CLAVE

Síndrome de Loeffler; Neumonía Eosinofílica; *Ascaris lumbricoides*; Hipereosinofilia; Pederitis.

## REFERENCIAS

- Gleich, G. J., & Kita, H. (2001). Pathogenesis of eosinophilic lung diseases. *Clinical Reviews in Allergy and Immunology*, 21(2-3), 303-327. <https://doi.org/10.1385/CRIAI:21:2-3:303>
- Marchand, E., Reynaud-Gaubert, M., Lauque, D., Durieu, J., Tonnel, A. B., & Cordier, J. F. (1998). Idiopathic chronic eosinophilic pneumonia. *European Respiratory Journal*, 12(5), 1191-1197. <https://doi.org/10.1183/09031936.98.12051191>
- Nutman, T. B. (2007). Evaluation and differential diagnosis of marked, persistent eosinophilia. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 27(3), 529-549. <https://doi.org/10.1016/j.iac.2007.06.007>
- Rosenberg, H. F., Dyer, K. D., & Foster, P. S. (2013). Eosinophils: Changing perspectives in health and disease. *Nature Reviews Immunology*, 13(1), 9-22. <https://doi.org/10.1038/nri3341>
- Santos-Ocampo, A. S., Mandell, G. L., Bennett, J. E., & Dolin, R. (2020). Strongyloidiasis and other intestinal nematode infections. En *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases* (9th ed., pp. 3445-3453). Elsevier.
- Sharma, S. K., & Mohan, A. (2004). Pulmonary eosinophilia: A review. *Indian Journal of Chest Diseases Allied Sciences*, 46(2), 109-119.
- Weller, P. F. (2018). Eosinophilic lung diseases. En D. L. Kasper, A. S. Fauci, S. L. Hauser, et al. (Eds.), *Harrison's Principles of Internal Medicine* (20th ed., pp. 2104-2106). McGraw Hill.