

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 O₂ del 88 % (aire ambiente). A la auscultación pulmonar: murmullo vesicular rudo y sibilancias universales. El laboratorio inicial mostró leucocitosis con hipereosinofilia (GB: 23.400/mm³, N: 52 %, Eo: 27 % [6.318/mm³]). 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, SatO₂ > 98 % sin O₂ 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 % ($568/\text{mm}^3$), GB: $14.210/\text{mm}^3$, 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 eosinofilias pulmonares en zonas con alta prevalencia de parasitosis intestinal.

PALABRAS CLAVE

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

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.