



# Medicina de Familia. SEMERGEN

<https://www.elsevier.es/semergen>



## P-068 - ARTRALGIAS Y GRANULOMAS: HASTA DÓNDE PODEMOS LLEGAR

J. Andino López<sup>a</sup>, A. Linares Borges<sup>b</sup>, W.R. Ferrero Ohse<sup>a</sup>, V. Acosta Ramón<sup>a</sup>, M. Montes Pérez<sup>a</sup> y A.B. García Garrido<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Camargo Interior. <sup>b</sup>CS El Alisal.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 39 años asiste a Centro de Salud por cansancio en piernas hace 3 semanas, desde hace 1 semana presenta dolor articular (rodillas-tobillos) y lesiones nodulares induradas en cara posterior de ambas piernas sin eritema, con dolor ocasional que cede con ibuprofeno, no limitación a la marcha, ni otros síntomas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril, normotenso. EEI: nódulos indurados en cara anterior y posterior de piernas, diámetro aproximado 2 cm, no dolorosos no eritema. Hemograma fórmula normal, VSG 2. Bioquímica, función renal, hepática y tiroidea normales, LDH 162 U/L, colesterol total 202 mg/dL, PCR 0,1, ECA 89,5. Mantoux negativo. Radiografía de tórax: hilios prominentes con bordes policíclicos sugestivo de adenopatías hiliares bilaterales. Ecografía pierna derecha: en cara posterior aumento de la ecogenicidad del tejido celular subcutáneo con pérdida de diferenciación con respecto a la dermis de 2,6 × 0,5 cm. Pierna izquierda: en cara anterior lesión similar de 2,6 × 0,8 cm y otra en cara posterior de 15 × 4 mm; compatibles con áreas de panniculitis inespecífica. TAC toraco-abdominal: adenopatías parahiliares e interbronquiales derechas junto a ganglios, diámetro milimétrico en región parahiliar izquierda, paratraqueal derecha alta y baja, prevasculares y subcarinales. Patrón prácticamente miliar pulmonar en región central y periférica, que sugieren sarcoidosis tipo II versus TBC. Gammagrafía con Galio-67 sin hallazgos. Ecobroncoscopia: Adenopatías en región hilar derecha, izquierda y subcarinal. Frotis negativo para células malignas. PAAF: Ganglio linfático reactivo con predominio linfocitario TCD4. Se inicia tratamiento con corticoides con mejoría sintomática.

**Juicio clínico:** Sarcoidosis: síndrome de Lofgren.

**Diagnóstico diferencial:** Teniendo en cuenta edad del paciente, síntomas y signos clínicos realizamos el diagnóstico diferencial con otras enfermedades pulmonares granulomatosas. Tuberculosis miliar: presencia de síntomas constitucionales, Mantoux positivo o negativo, exposición previa al *M. tuberculosis*. Silicosis, beriliosis: ausencia de exposición ocupacional. Neumonitis por hipersensibilidad: episódica, asociada a exposición esporádica a polvos orgánicos, lavado bronquioalveolar con predominio de linfocitos TCD8. Granulomatosis de Wegener (c-ANCA positivos, infiltrados pulmonares cavitados no migratorios) y Churg Strauss (p-ANCA positivos, infiltrados pulmonares no cavitados, migratorios, antecedentes alérgicos, rinitis-asma).

**Comentario final:** La sarcoidosis es una enfermedad sistémica de etiología desconocida que afecta

al pulmón casi siempre, a veces constituye un hallazgo en la radiografía de tórax del paciente asintomático (disociación clínico-radiológica). Se presenta con mayor frecuencia en mujeres, tiene predominio en raza negra, con picos de incidencia 20-40 años y a los 60 años. En un tercio de los pacientes se presenta de forma aguda (semanas) como síndrome de Lofgren (fiebre, uveítis, artralgias migratorias, eritema nodoso y adenopatías hiliares bilaterales) y en el resto puede aparecer síndrome de Heerfordt-Waldestrom (fiebre, uveítis, parotiditis y parálisis facial). El diagnóstico se basa en la presencia de granulomas no caseificantes dentro de un contexto clínico, radiológico y funcional compatible con la enfermedad, descartando otras causas de granulomatosis por lo que es diagnóstico de exclusión.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. King T, Flaherty K, Hollingsworth H. Extrapulmonary manifestations of sarcoidosis. Topic 91259 Versión 5.0. UpToDate; 2016.