



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/433 - ¡¡Otro "bulto" más!!

A.B. Martorell Pro^a, D.P. Piñar Cabezas^b, C. Aguayo Jiménez^b, Y. Romero Castro^a, M.Á. Gomariz Martínez^c, M.G. Cortez Ledo^d, A. Carrasco Angulo^e, L. Úbeda Cuenca^f, M. Martínez Pujalte^g y A.C. Frazao dos Santos^h

^aMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. ^bMédico Internista. Servicio Medicina Interna. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. ^cMédico de Familia. Gerencia 061. Murcia. ^dCirujana Maxilofacial. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ^eMédico de Familia. Centro de Salud de San Javier. Murcia. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^gMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^hMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Los Alcázares. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 75 años, sin antecedentes de interés, que desde hace 6 meses presenta nódulos subcutáneos abscesificados de repetición que han precisado tratamiento antibiótico y en muchas ocasiones drenaje quirúrgico. No fiebre ni sensación distérmica ni otra sintomatología acompañante. Se realiza analítica incluyendo proteinograma e inmunoglobulinas, destacando una hipergammaglobulinemia leve y VSG 44. Se remite a Medicina Interna para estudio. La biopsia de la lesión es compatible con una paniculitis con infiltrado granulomatoso. Ante la sospecha de sarcoidosis se completa estudio con TC pulmonar en el que aparecen múltiples nódulos. El análisis del lavado broncoalveolar es el de una alveolitis linfocitaria. Con todo esto se llega al diagnóstico de sarcoidosis con afectación cutánea y pulmonar.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: consciente y orientada. Normohidratada y normocoloreada. Eupneica. Afebril. ACP: rítmica y sin soplos. MVC. Abdomen: blando. No masas ni megalias. MMII: Signos de insuficiencia venosa crónica. Piel: lesiones cicatriciales de 1 cm en tórax y brazos. Lesión abscesificada de 2 cm, eritematosa y sobrelevada con zona interior quística en brazo derecho. Pruebas complementarias: hemograma: leucos 7.040 (N60%, L32%), Hb 13,3, plaquetas 236.000, VSG 44. Bioquímica: Glu 93, perfil hepático y renal normal. Factor reumatoide 17,4. Alfa1 antitripsina 80. Proteinograma: hipergammaglobulinemia policlonal (IgG1 1.673). Autoinmunidad negativa. Rx tórax: infiltrado intersticial bilateral de predominio en bases. Rx serie ósea: sin hallazgos significativos. Biopsia: paniculitis de predominio septal sin vasculitis con infiltrado granulomatoso. TAC tórax sin contraste iv: Incontables nódulos pulmonares, de tamaño y densidad variables, distribuidos de manera universal. El mayor de ellos mide 1,4 cm y se localiza en el lóbulo superior izquierdo, muestra ligera especulación de sus bordes. El resto de nódulos no alcanza 1 cm de diámetro. No hay adenopatías ni derrames. Broncoscopia: Lavado broncoalveolar: alveolitis linfocitaria con CD4/CD8 = 11. Espirometría: patrón restrictivo leve-moderado (FVC 1.810, 65%). Microbiología: negativa.

Juicio clínico: Sarcoidosis con afectación cutánea y pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Incluye cualquier enfermedad granulomatosa, ya sea de tipo infeccioso, inmunológico o de reacción de cuerpo extraño.

Comentario final: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa, multisistémica, de etiología desconocida que afecta predominantemente a pulmones, ganglios linfáticos, ojos y piel. La aparición de nódulos subcutáneos específicos es una manifestación cutánea rara de sarcoidosis y, cuando se diagnostican, hasta en la mitad de los casos anteceden al resto de los síntomas extracutáneos. En un contexto clínico y radiológico característico, la confirmación diagnóstica se realiza por la presencia de granulomas no caseificantes en los órganos afectados. El papel de la ECA parece que se encuentra más en el seguimiento de la enfermedad que como elemento diagnóstico. El tratamiento de elección son los corticoides. Concluimos que la sarcoidosis debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de enfermedades que debutan con nódulos subcutáneos.

BIBLIOGRAFÍA

1. English JC, Patel PJ, Greer KE. Sarcoidosis. J Am Acad Dermatol. 2001;44:725-46.
2. Giuffrida TJ, Kerdel FA. Sarcoidosis. Dermatol Clin. 2002;20:435-47.
3. Ianuzzi MC, Rybicki BA, Teirstein AS. Sarcoidosis. N Engl J Med. 2007;357(21):2153-65.