



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/160/1 - SARCOIDOSIS PULMONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. López Mallavia<sup>a</sup>, L. Barrio Fernández<sup>b</sup>, J. Gutiérrez Sainz<sup>c</sup>, P. García Bada<sup>b</sup>, M. Caloca Polo<sup>d</sup>, E. Cerra Calleja<sup>e</sup>, M. González Ruíz<sup>f</sup> y L. González Humara<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Liébana. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Playa Blanca. Lanzarote. Las Palmas. <sup>d</sup>Médico de Medicina Interna. Servicio de Urgencias del Hospital de Sierrallana. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Vargas. Cantabria. <sup>f</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>g</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital de Sierrallana. Torrelavega. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 44 años sin antecedentes de interés que acude a la consulta de atención primaria por presentar desde hace dos semanas lesión indurada y dolorosa en extremidad inferior derecha. No habiendo presentado fiebre, pérdida de peso ni otra sintomatología añadida.

**Exploración y pruebas complementarias:** Sólo destaca la lesión cutánea en tercio inferior de extremidad inferior derecha. Se trata de una lesión indurada, eritemato-violácea y dolorosa a la palpación. Ante la sospecha clínica de eritema nodoso se remite a la consulta de medicina interna para estudio previa realización de analítica de rutina y Rx tórax. Se pauta tratamiento con AINEs + yoduro potásico autolimitándose el cuadro en 6 semanas. La analítica con hemograma, VSG, BQ, coagulación, ANAs, factor reumatoide, ASLO, serologías y proteinograma fueron negativos. La radiografía de tórax muestra adenopatías hiliares bilaterales. El Mantoux fue negativo y la biopsia cutánea muestra una paniculitis septal. El TAC torácico destaca adenopatías hiliares y broncopulmonares bilaterales, simétricas y adenopatías mediastínicas en región subcarinal, ventana aortopulmonar y región paratraqueal derecha adoptando un patrón característico de sarcoidosis. En parénquima pulmonar existe un patrón micronodulillar intersticial difuso de distribución linfática bilateral también característico de esta patología. Por último se realiza una PAAF mediante ultrasonografía endobronquial (EBUS).

**Juicio clínico:** Sarcoidosis pulmonar.

**Diagnóstico diferencial:** Berliosis. Otras neumoconiosis (silicosis y antracosis). Linfangitis carcinomatosa y linfoma. Infecciones (TBC...).

**Comentario final:** La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica granulomatosa de causa desconocida que puede ocurrir a cualquier edad pero que es más frecuente en adultos jóvenes y con una prevalencia ligeramente mayor en mujeres. En la actualidad se desconoce la etiología de la enfermedad aunque se cree que se presenta en personas genéticamente susceptibles expuestas a agentes ambientales específicos pero desconocidos. Las manifestaciones clínicas pueden afectar a un sólo órgano o ser sistémicas. Se puede acompañar de un síndrome general caracterizado de

fiebre, astenia, pérdida de peso y malestar general. La sarcoidosis pulmonar se caracteriza por disnea, tos no productiva y en ocasiones hiperreactividad bronquial. En cuanto a las manifestaciones extrapulmonares pueden afectar cualquier órgano. La piel está afectada en el 2% de los pacientes dentro de los cuales se observa el eritema nodoso, nódulos subcutáneos, máculas y pápulas. En general la sarcoidosis tiene un buen pronóstico, un alto porcentaje de los pacientes son asintomáticos y la enfermedad se resuelve espontáneamente hasta el 60% de los casos. No obstante en ocasiones se cronifica y progresa con una mortalidad del 1,6%.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. American Thoracic Society. Statement on Sarcoidosis. *Am J Respir Crit Care Med.* 1999;160:736-55.
2. Gribbin J, Hubbard RB, Le Jeune I, Smith CJ, West J, Tata LJ. Incidence and mortality of idiopathic pulmonary fibrosis and sarcoidosis in the UK. *Thorax.* 2006;61:980-5.
3. Costabel U, Hunninghake GW. ATS/ERS/WASOG statement on sarcoidosis. *Eur Respir J.* 1999;14:735-7.