



## 242/2 - SARCOIDOSIS SECUNDARIA A ADALIMUMAB

S. Soto González<sup>a</sup>, P. Carreto Font<sup>b</sup> y E. Aguirre Clavero<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria. Valladolid.

<sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela de Duero. Valladolid.

<sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tórtola. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente 36 años. Antecedentes personales: enfermedad de Behçet con uveítis posterior. Tratamientos: adalimumab 40 cada 15 días. Acude a consulta por malestar general, fiebre, y tos seca de varias semanas de evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** COC, BEG, NH, NC. SatO<sub>2</sub> 98%. T<sup>a</sup> 37 °C, eupneico en reposo. Cianosis labial. AC: rítmica, no soplos. AP: mvc, sin ruidos sobreañadidos. Pruebas complementarias: En la analítica realizada de manera ambulatoria se observa un aumento de la GGT: 106, GOT y GPT sin alteraciones. PCR: 9, VSG 45. La Rx tórax se observan adenopatías hiliares bilaterales y mediastínicas, patrón micronodulillar de predominio central. Es ingresado en Medicina Interna para control síntomas, estudio serológico, marcadores tumorales y realización biopsia. Se realizó broncoscopia, con BAS, BAL y BTB, sin evidenciar malignidad en estudio histológico. La citometría de BAL mostró predominio de macrófagos y linfocitos T CD4 positivos, cociente CD4/CD8 mayor de 4, compatible con sarcoidosis, y la biopsia transbronquial mostró granulomas no caseificantes de tipo sarcoideo.

**Juicio clínico:** Sarcoidosis secundaria a adalimumab (tratamiento: retirar adalimumab, corticoesteroides a dosis inicial 1 mg/kg/día).

**Diagnóstico diferencial:** Linfoma, tuberculosis, fibrosis pulmonar idiopática.

**Comentario final:** Los antagonistas del TNF- $\alpha$  han demostrado eficacia para el tratamiento de síntomas de patologías inmunomediadas. Se han reportado recientemente varios casos de pseudosarcoidosis en pacientes que reciben estos tratamientos. El mecanismo molecular relacionado es actualmente desconocido, se puede relacionar con la patogénesis de la sarcoidosis. En respuesta a un antígeno desconocido se comienza una activación de los LTh CD4+, con producción de citocinas, estas reclutan macrófagos, neutrófilos y otros linfocitos. La activación de macrófagos determina la formación de granulomas por aumento de la producción de colágeno, angiogénesis, etc. A pesar de considerarse una complicación derivada del tratamiento con adalimumab, la retirada del mismo e inicio de terapia corticoidea en fases precoces aseguran la resolución clínica y radiológica en pocos meses.

### Bibliografía

1. Gal AA, Koss MN. The pathology of sarcoidosis. *Curr Opin Pulm Med.* 2002;8:445-51.
2. Clementine RR, Lyman J, Zakem J, Mallepalli J, Lindsey S, Quinet R. Tumor necrosis factor-alpha antagonist-induced sarcoidosis. *J Clin Rheumatol.* 2010;16:274-9.

**Palabras clave:** Adalimumab. Sarcoidosis.