



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

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

^aCS Camargo Interior. ^bCS 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.