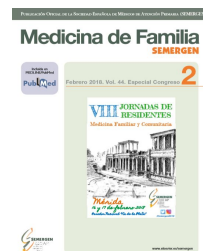




# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 1 - ASTENIA Y POLIARTRALGIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

F. Cabezudo Moreno<sup>1</sup>, M.B Esteban Rojas<sup>1</sup>, M. Tejero Mas<sup>2</sup>, M.V. Granchinho Bispo<sup>3</sup>, Y. Piñero Rodríguez<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>R3 MFyC. C. S. Zona Centro (Badajoz). <sup>2</sup>R2 MFyC. C.S. La Paz (Badajoz). <sup>3</sup>R2 MFyC. C. S. Zona Centro (Badajoz).

<sup>4</sup>Médica Adjunta MFyC. C. S. Zona Centro (Badajoz).

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 48 años con antecedentes de cólicos nefríticos de repetición, crisis comiciales complejas, angioma cerebral, estenosis de uretra cervical y colon irritable. Acude a consulta refiriendo lumbalgia intensa y limitante, de unos 3 meses de evolución. Se acompaña de artralgias de origen inflamatorio en rodillas, tobillos, codos, con talalgia izquierda y dolor en región aquilea. No fiebre. Rigidez matutina de 30 minutos.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración, presenta movilidad lumbar limitada, con dolor en región aquilea y fascia plantar izquierda. Se solicita analítica e inicia tratamiento con antiinflamatorios. En analítica, destaca PCR 9,5; ANA/ANCA negativos, ECA 68. Posteriormente, comienza con astenia intensa, sudoración nocturna profusa, tos seca y aftas bucales. Se deriva a Reumatología para completar estudio. Se solicita Rx tórax, apreciándose ensanchamiento mediastínico. Se completa con TC tórax, objetivando adenopatías mediastínicas e infiltrado intersticial nodular. Se deriva a Neumología, con realización espirometría y de BFC (normales). BAL con 76% linfocitos, CD4/CD8 12. PTB negativa para malignidad. Se indica mediastinoscopia y biopsia, informándose como linfadenitis granulomatosa no necrotizante

**Juicio clínico:** Sarcoidosis sintomática estadio I.

**Diagnóstico diferencial:** Causa infecciosa (tuberculosis, micobacterias); neoplasias; histiocitosis X, granuloma eosinófilo.

**Comentario final:** La sarcoidosis es una enfermedad de distribución universal. Suele aparecer antes de los 50 años, con ligero predominio del sexo femenino. Intervienen diversos factores (ambientales, genéticos, inmunológicos). La afectación más frecuente suele ser la pulmonar. Puede estar asociada a enfermedades autoinmunes, fármacos e incluso neoplasias. Para su diagnóstico, se combinan la historia clínica, exploración física, pruebas de laboratorio y radiológicas. La confirmación la obtenemos mediante histología. El tratamiento precoz no modifica el curso de la enfermedad. Debe tratarse cuando produzca síntomas (AINEs, glucocorticoides, inmunosupresores, biológicos, etc.).

**Palabras claves:** astenia, poliartralgias, sarcoidosis.

## Bibliografía

Liu Y, Li S, Cao J, Wang YX, Bi YL, Xu ZJ, Huang H. Concurrence of sarcoidosis and Takayasu aortitis. *Chin Med J (Engl)*. 2015; 128: 851-2.