



P-493 - SARCOIDOSIS PERITONEAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE ASCITIS

Apodaca Murguiondo, Lorena; Lopes Moreira, Claudia Cristina; Martin Zugasti, Estibaliz; de Dios Bilbatua, María; Enríquez-Navascués, Jose María

Hospital Universitario Donostia, Guipuzcoa.

Resumen

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa sistémica infrecuente (prevalencia menor al 1%) de etiología desconocida, caracterizada por la formación de granulomas no necrotizantes y no caseificantes. La afectación es predominantemente pulmonar hasta en un 90% de los casos y extrapulmonar en un 30%, siendo gastrointestinal inferior al 1%. Su tratamiento depende de la sintomatología del paciente y se basa en corticoterapia de larga evolución. Presentamos un caso clínico de sarcoidosis peritoneal.

Caso clínico: Mujer de 53 años con antecedente de sarcoidosis pulmonar (estadio II), ganglionar y cutánea diagnosticada en 2017. Acude a urgencias en febrero de 2022 por dolor abdominal epigástrico brusco, sensación nauseosa y distensión abdominal, sin presentar clínica constitucional previa. Se realiza analítica, sin hallazgos significativos y TC abdomino-pélvico, encontrándose líquido libre, realce del peritoneo parietal y patrón micronodular de grasa peritoneal con un nódulo de partes blandas en pared anterior de 9 mm y otros dos en grasa mesentérica de 23 y 18 mm respectivamente. Debido a la inespecificidad de los hallazgos, se plantea un diagnóstico diferencial entre patología infiltrativa (carcinomatosis peritoneal) y enfermedades granulomatosas (TBC, sarcoidosis, etc.). La paciente ingresa en el servicio de Aparato Digestivo para completar estudio de la ascitis de nueva aparición. Ante el resultado no concluyente mediante serologías, BAG/PAAF, citologías, cultivos etc., destacando únicamente elevación de Ca-125 de 367, finalmente se opta por realizar una laparoscopia diagnóstica en el día +19 del ingreso. Hallazgo intraoperatorio de abundante líquido libre seroso en pelvis, así como múltiples lesiones milimétricas blanquecinas y un nódulo en epiplón, de la que se toman muestras para citología, microbiología y anatomía patológica. Se obtiene como único resultado clínicamente relevante, hallazgo histológico de agregados granulomatosos no necrotizantes que se asemejan a la figura del granuloma inmunitario, colección de histiocitos epitelioides y células gigantes multinucleadas (Langerhans, tipo cuerpo extraño). Descartada la carcinomatosis peritoneal y dados los antecedentes médicos de la paciente, así como las características histológicas de las muestras, se considera como diagnóstico más plausible la sarcoidosis peritoneal, por lo que se inicia tratamiento correspondiente con corticoterapia. Posteriormente, la evolución es favorable, a pesar de que la paciente requiere seguimiento estrecho en consulta y corticoides a altas dosis.

Discusión: Ante hallazgo radiológico de implantes peritoneales, es necesario descartar procesos neoplásicos y realizar un diagnóstico diferencial con otras causas potenciales como la tuberculosis, sarcoidosis u otras enfermedades infecciosas. La enzima convertidora de angiotensina (ECA), aunque específica, es poco sensible (elevado solo en 60%) para el diagnóstico de sarcoidosis peritoneal y el Ca-125 puede estar elevado precisando de otros estudios, incluyendo biopsia y análisis histológico.