



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

387/161 - SI NO ES VIRIASIS, NI TUBERCULOSIS; PENSEMOS EN LA SARCOIDOSIS

L. Salag Rubio¹, C. Marinero Noval², R. Maye Soroa¹, D. San José de la Fuente³, L. Rodríguez Vélez⁴, M. Alonso Santiago¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. Asturias. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 37 años, fumadora, sin antecedentes de interés. Consulta por malestar generalizado, tos irritativa y febrícula de varios días de evolución. La exploración física fue rigurosamente normal. Se diagnostica de viriasis y se inicia tratamiento con paracetamol. A los diez días reacude por persistencia de síntomas, asociando astenia y pérdida de peso. No se aprecian cambios en la exploración y se solicita una radiografía de tórax, que no muestra alteraciones. Se cita para seguimiento, presentando sobre la sintomatología anterior fiebre vespertina y disnea de pequeños esfuerzos.

Exploración y pruebas complementarias: Está hemodinámicamente estable, afebril, eupneica con saturación del 96%. La auscultación pulmonar revela crepitantes finos bibasales, siendo el resto de exploración normal. Se solicita una nueva Rx de tórax que muestra un patrón intersticial nodulillar de predominio basal y engrosamiento hilar. La analítica sanguínea presenta elevación de los reactantes de fase aguda (PCR 68,7 mg/l. y VSG 115 mm/h). Se remite a Neumología, donde ingresa para estudio, y se realiza un TC torácico que muestra una afectación parenquimatosa pulmonar difusa, bilateral con patrón radiológico micronodulillar y zonas confluentes de consolidación en lóbulos inferiores y lóbulo medio derecho. Adenopatías subcentimétricas y mediastínicas inespecíficas; todo ello compatible radiológicamente con infección respiratoria atípica. Se realiza broncofibroscopia con biopsia transbronquial que muestra inflamación granulomatosa no necrotizante. Se realizó un lavado broncoalveolar con celularidad de predominio inflamatorio. La citología, cultivo y Ziehl fueron negativos.

Juicio clínico: Sarcoídosis pulmonar.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial se estableció con procesos infecciosos pulmonares tales como neumonía adquirida en la comunidad bilateral de perfil atípico, tuberculosis (TBC) miliar así como con procesos pulmonares intersticiales como la alveolitis alérgica extrínseca.

Comentario final: Durante su ingreso, dada la fuerte sospecha de probable TBC se inició tratamiento con tuberculostáticos. Cuando la anatomía patológica confirmó el diagnóstico de sarcoídosis pulmonar se modificó el tratamiento a prednisona 30 mg cada 24 horas, en dosis descendente; manteniéndose durante 5 meses y mostrando una evolución satisfactoria tanto clínica como radiológicamente. La sarcoídosis es una patología con una incidencia escasa en nuestro medio, en torno a 10/100.000 habitantes. Dado que su etiología es desconocida y su sintomatología puede ser muy inespecífica, en ocasiones puede no formar parte

de nuestra primera sospecha diagnóstica. El diagnóstico se confirma con un cuadro clínico compatible, la demostración histológica de un granuloma no caseificante en la biopsia transbronquial y la exclusión de otras causas de enfermedades granulomatosas, como infecciones por micobacterias u hongos.

Bibliografía

Talmadge E. Treatment of pulmonary sarcoidosis: Initial therapy with glucocorticoids. [Monografía en Internet]. Walthman (MA): UpToDate. [Acceso 1 de enero de 2019]. Disponible en:
<http://www.uptodate.com/>