Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1594

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/504 - Astenia y patrón intersticial a estudio

I. Rodríguez Marcos[a], P. Jiménez Sahelices[a], B. Sainz Santos[b], C. Fernández Pereda[c], D. Iturbe Fernández[d], A. Marcos Martín[e] e I. Santos Donado[f]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Zona 1. Santander. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. [d]Médico Especialista en Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. [e]Médico de Familia. Centro de Salud Los Castros. Santander. Cantabria. [f]Médico de Familia. Centro de Salud Benavente Sur. Benavente. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 37 años que acude a nuestra consulta por astenia y disnea de grandes esfuerzos desde hace un año que ha permanecido estable hasta hace unos días en que refiere encontrarse peor de forma inespecífica. Refiere además, estar bajo una situación familiar estresante ya que está en trámites de separación conyugal desde hace 2 semanas y no duerme bien por lo que solicita tratamiento ansiolítico. Niega tos, expectoración, fiebre ni dolor torácico. No sudoración nocturna, no molestias articulares, oculares, alteraciones cutáneas ni síndrome general. Nuestro paciente no refiere antecedentes personales de interés, trabaja como limpiador de cristales y no tiene contacto con productos tóxicos; niega factores de riesgo cardiovascular ni consumo habitual de tóxicos. Vive en entorno urbano sin contacto con animales. Le realizaron prueba de la tuberculina hace casi 20 años siendo ésta negativa.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientado. Bien hidratado, coloreado y perfundido. Eupneico en reposo. No ingurgitación yugular. No adenopatías cervicales ni axilares. Auscultación cardíaca rítmica y sin soplos audibles. Auscultación pulmonar con buena ventilación bilateral conservando murmullo vesicular en ambos campos pulmonares. No edemas en extremidades inferiores. No alteraciones cutáneas. ECG: ritmo sinusal a 68 lpm, sin alteraciones de la repolarización. Analítica: sin alteraciones en hemograma, elemental de orina ni bioquímica excepto ECA elevada. Espirometría: FVC 3.500 (79%), FEV1 2.820 (76%); FEV1/FVC 81. Radiografía de tórax: pérdida de volumen en ambos campos superiores con restricción hiliar así como patrón reticulonodular difuso de forma bilateral predominantemente en lóbulos superiores. TACAR: adenopatía en región paratraqueal derecha alta de hasta 11 mm. Patrón reticulonodular de predominio en lóbulos superiores y lóbulo medio con bases respetadas. Asocia tractos cicatriciales en ambos vértices y bronquiectasias en lóbulos superiores. Mantoux: anérgico. Ecobroncoscopia: adenopatía en región subcarinal y en región paratraqueal derecha que se puncionan siendo el frotis negativo para células malignas. No se objetivan granulomas. Broncoscopia: biopsia transbronquial: neumonía granulomatosa epitelioide no necrotizante. Lavado bronquioalveolar con frotis de 240 células de las cuales 75% macrófagos, 20% linfocitos (70% CD4, 30% CD8) y 5% células epiteliales.

Juicio clínico: Sarcoidosis grado II.

Diagnóstico diferencial: Otras enfermedades granulomatosas (TBC), otras enfermedades pulmonares intersticiales difusas y otras causas de adenopatías (linfoma).

Comentario final: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa de causa desconocida que se caracteriza por una respuesta inmunológica inicial de células T que lleva al desarrollo de granulomas no caseificantes con afectación multisistémica siendo sus órganos diana más frecuentes el pulmón, los ganglios y la piel. Nuestro paciente debutó con clínica respiratoria inespecífica con empeoramiento enmascarado por cuadro ansioso-depresivo intercurrente. Tras confirmarse el diagnóstico de sarcoidosis comenzó tratamiento con corticoides a dosis de 1 mg/kg durante dos meses, reduciéndose progresivamente. Actualmente el paciente se encuentra asintomático con mejoría importante del patrón reticular en la radiografía de tórax. Los niveles de enzima convertidora de angiotensina (ECA) están elevados en el 75% de los pacientes no tratados. Sin embargo, los niveles séricos de ECA tienen una utilidad limitada como test diagnóstico debido a su baja sensibilidad y especificidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. King T. Clinical manifestations and diagnosis of pulmonary sarcoidosis. Uptodate.

2. Fernández Fabrellas E. Epidemiología de la sarcoidosis. Arch Bronconeumol. 2007;43:92-100.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.