Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):20

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/616 - Hilios pulmonares prominentes: ¿relevancia clínica?

G. Berná Redondo[a], F. Aulet Garau[a], M. Llano Izquierdo[b], C. Díaz San José[b], Ó. Linares Cerro[a], M. Bardina Santos[b], I. Arapovic Amat y León[b], A. Aguilar Margalejo[c], J.J. Mascort Roca[b] y P. Cierco Peguera[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [c]Médico de Familia. Hospitalet de Llobregat. [b] Médico de Familia. ABS Florida Sud. Hospitalet de Llobregat.

Resumen

Descripción del caso: Varón 44 años. Antecedentes: gonartrosis, espondiloartrosis. Sin tratamiento. Múltiples consultas por Tª: 38,5 ^{o}C y tos de 10 días. Exploración física anodina. Orientación: síndrome gripal. Persistencia de sintomatología y crepitantes bilaterales. Radiografía tórax: aumento de densidad en lóbulos superiores compatible con neumonía bilateral. Derivación hospitalaria iniciándose tratamiento: levofloxacino 500 mg/24h. Mejoría clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Visita control: saturación 98%. Tonos rítmicos. Mínimos crepitantes bilaterales. Radiografía control: mejoría de condensaciones. Persiste patrón intersticial en campos medios con agrandamiento hiliar bilateral sugerente de adenopatías. Solicitamos TAC torácico.

Juicio clínico: TAC: hallazgos pulmonares sugestivos de sarcoidosis como primera opción diagnóstica, afectación ganglionar y parenquimatosa. Derivación Neumología.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades granulomatosas, infección por micobacterias y hongos, neumonitis por hipersensibilidad, neumoconiosis, hipersensibilidad secundaria a fármacos, enfermedades neoplásicas (linfoma, linfangitis carcinomatosa), VIH, infecciones cutáneas.

Comentario final: Diversidad de opiniones en diferentes revisiones y guías sobre la radiografía de control tras neumonía para confirmar la buena evolución clínica, descartar proceso subyacente y detectar posibles complicaciones. Sarcoidosis:

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

enfermedad crónica multisistémica caracterizada por la acumulación de células inflamatorias en el tejido afectado, secundaria a excesiva respuesta inmunitaria celular. Puede afectarse cualquier órgano. Curso variable, 2/3 remiten espontáneamente. Más frecuente 20-40 años, mujeres, raza negra. Prevalencia: 10-20/100.000 habitantes. Etiología: idiopática. Clínica: > 90% pulmón, 75-90% ganglios linfáticos, 24-30% piel, 25% ojo, 20% hígado, MO y bazo 10%. Estadios radiológicos: 0: sin alteraciones. Resolución espontánea (RE) > 50%. I: adenopatías hiliares bilaterales, paratraqueales D y ventana aorto-pulmonar. RE 40-70%. II: adenopatías hilares bilaterales. Afectación parenquimatosa. Patrón micronodular o reticulonodular bilateral simétrico (predominio perihiliar) en campos pulmonares medios-superiores. RE 10-20%. III: afectación parenquimatosa sin adenopatías hiliares. RE 0-5%. IV: fibrosis pulmonar: patrón reticular con bronquiectasias de tracción, masas con distorsión de arquitectura pulmonar o quistes de panal. Corticoides orales primera línea de tratamiento.

Bibliografía

1. Fisterra. Atención primaria en la red.
2. King TE. Extrapulmonary manifestations of sarcoidosis. UptoDate, 2016.
3. King TE. Clinical manifestations and diagnosis of pulmonary sarcoidosis. UptoDate, 2016.
4. King TE. Treatment of pulmonary sarcoidosis with glucocortocoids. UptoDate, 2016.
5. Herráez Ortega, I, López González L. La sarcoidosis torácica. Radiología. 2011;53(4).

Palabras clave: *Neumonía. Sarcoidosis. Rx tórax.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.