

## 347/996 - MESES DE TOS Y FEBRÍCULA

M. Rodríguez Carrillo<sup>a</sup>, C. Berteli Fuentes<sup>b</sup>, M. Palos Campos<sup>c</sup> y A. Martín de Argenta Sánchez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilleja de La Cuesta. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomares. Sevilla. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bormujos. Sevilla. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilleja de La Cuesta. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 45 años (con antecedentes de dislipemia en tratamiento con simvastatina, uveítis anterior, episodio de artritis de tobillo y azoospermia en seguimiento por fertilidad), presenta clínica respiratoria con tos no productiva, febrícula y sudoración vespertina de meses de evolución, que no mejora tras varios ciclos de antibioterapia. Pérdida ponderal de 18 kg en el último año.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. No lesiones cutáneas. T<sup>a</sup> 37,1 °C. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando y depresible, con esplenomegalia palpable no dolorosa. Adenopatías inguinales bilaterales palpables de 3 cm. Adenopatía axilar derecha profunda. No adenopatías laterocervicales, ni supraclaviculares. Analítica sanguínea: creatinina 1,78, GGT 128, FA 142, ECA 223 UI/l, VSG 74 mm/h, hipergammaglobulinemia (IgG 1.800, IgA 790, calcemia 11,2. Proteinograma, ANA, ANCA, TSH, complemento, FR, serología hepatitis negativos o normales. Radiografía tórax: imágenes sugestivas de adenopatías mediastínicas. TC toracoabdominal: múltiples adenopatías axilares y mediastínicas, adenopatía retrocrural bilateral, retroperitoneales, en hilio hepático y esplénico, y adyacentes al tronco celíaco, ilíacas e inguinales. Esplenomegalia. Biopsia adenopatía inguinal derecha: linfadenitis granulomatosa no necrotizante, compatible con sarcoidosis. Ausencia de malignidad.

**Orientación diagnóstica:** Sarcoidosis con afectación ganglionar pulmonar, articular y ocular.

**Diagnóstico diferencial:** Linfoma, neumonitis por hipersensibilidad, neumonitis intersticial linfocítica, tuberculosis, histoplasma, brucelosis, granulomatosis con poliangeítis, granulomatosis alérgica.

**Comentario final:** La sarcoidosis es una patología sistémica de etiología desconocida, que cursa con la formación de granulomas no caseificantes, que pueden afectar a cualquier órgano. La forma más frecuente es la sarcoidosis pulmonar y la aparición de adenopatías hiliares bilaterales. En un 30% de los casos se presenta de forma extrapulmonar. Los criterios diagnósticos incluyen manifestaciones clínico-radiológicas compatibles, granulomas sarcoideos y exclusión de otras enfermedades granulomatosas. En este caso, se instauró corticoterapia con prednisona 40 mg 6 semanas, con reducción de 5 mg cada 6 semanas. Actualmente, en seguimiento conjunto con Medicina Interna, con dosis de mantenimiento 10-20 mg.

### Bibliografía

1. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7<sup>a</sup> ed. Madrid: MSD; 2012.
2. Morales-Cárdenas A, Pérez MC, Mugnier J. Pulmonary sarcoidosis: typical and atypical. Rev Colomb Neumol. 2017;29(2):237-41.

**Palabras clave:** Sarcoidosis. Adenopatía. Granuloma.