

424/1711 - OJO ROJO Y ALGO MÁS

S. Rodríguez Castro, M. Fernández Algarra, M. Sánchez-Migallón Jiménez y M. Barcina Rodríguez

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara Sur.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 52 años. No alcohol. No HTA. Diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales. Síndrome depresivo. Esteatosis hepática. Episodios de lumbociática por discopatía lumbar. Cirugía de túnel carpiano derecho. Ulcus péptico antiguo, actualmente clínica de ERGE. Temblor en mano derecha. Fractura de meseta tibial izquierda por accidente de tráfico. Con anterioridad había presentado una placa eritematosa pruriginosa en brazo, valorada por dermatología, pensaron en eritema crónico migrans. Varias recidivas. Desaparición espontánea. Consultó por molestias oculares e inyección conjuntival y pupilas ligeramente mióticas, remitimos a oftalmología por sospecha de uveítis que confirmaron. Tras tratamiento con esteroides tópicos resolución del proceso. A los 2 meses, nuevo brote de uveítis anterior bilateral severa que mejoró de nuevo con esteroides tópicos. Presentaba astenia desde hacía unos meses que relacionaba con pérdida de peso por dieta hipocalórica. No fiebre ni sudoración. No síntomas respiratorios.

Exploración y pruebas complementarias: No adenopatías. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: esplenomegalia.

Orientación diagnóstica: Analítica: anemia normocítica leve, PCR y VSG elevadas. Ante estos hallazgos se pide ECA que es superior a 150. Se deriva a Medicina Interna para estudio más exhaustivo. Piden TAC abdominal: esplenomegalia, adenopatías intrabdominales y patrón reticular en bases pulmonares.

Diagnóstico diferencial: Sarcoidosis. Linfomas. LES. Otras conectivopatías.

Comentario final: Ante la sospecha, como primera posibilidad, de sarcoidosis, le piden inmunofenotipos, TAC torácico: (adenopatías axilares, mediastínicas e hiliares bilaterales, micronódulos pulmonares bilaterales, esplenomegalia con múltiples nódulos hipodensos, hallazgos compatibles con sarcoidosis) y PET TAC (adenopatías hipermetabólicas supra e infradiafragmáticas con afectación esplénica e infiltrados pulmonares. DD: sarcoidosis vs linfoma). Broncoscopia con BAL compatible con sarcoidosis, biopsia transbronquial: granuloma no necrotizante. Conclusión: sarcoidosis estadio III. Tratamiento: Inicialmente prednisona 30 mg/día con mejoría de la clínica.

Bibliografía

- Revenga Martínez M, Blázquez Cañamero MA, Llop Vilatella M. Sarcoidosis. Medicine. 2017;12:1560-73.

Palabras clave: Sarcoidosis. Uveítis. Dermatitis.