

424/1596 - TOS Y SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Pache Ferrero¹, C. Escalona García², A. Cuvillo Mergelina³ y C. Quirós Ambel⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Urbano I. Mérida. Badajoz. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 43 años con antecedentes personales de hipotiroidismo auto inmune; queratocojuntivitis seca en ambos ojos; asma bronquial con alta desde hace 3 años por Neumología con buen control; sensibilización a olivo, gramínea y plantago. Últimas consultas en AP, por crisis asmáticas. Acude a AP por presentar tos seca abundante con disnea acompañante que se había ido intensificado desde hacía aproximadamente 2 semanas, a pesar de aumentar su tratamiento con salbutamol cada 6 horas. Además, nos comenta que desde hace 2 semanas presenta anorexia y astenia con sensación de haber perdido peso. No ha presentado otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Caquexia. REG. Taquipneica en reposo. Tolera decúbito. AP: MVC, con sibilancias aisladas. Resto sin alteraciones. Rx tórax: Adenopatías hiliares bilaterales con patrón intersticial. Hemograma: Hb 11,9 resto normal. VSG 50. Bioquímica: Ca 10,1. ECA 20. Orina: Hipercalciuria. Ante los hallazgos decidimos derivación a Neumología, con la realización de las siguientes pruebas: TC tx-cx-abd: Adenopatías hiliares bilaterales simétricas (3 cm). Adenopatías a nivel prevascular, paratraqueal y subcarinal de tamaño patológico. Nódulos en LSD, LMD y LID de 1 cm. Patrón reticulonodular. Resto sin alteraciones. BFC: Linfocitos 5%. Cociente CD4/CD8 aumentado. Mediastinoscopia: adenopatías compatibles con sarcoidosis. AP: Adenitis granulomatosa no necrotizante. Espirometría: sin alteraciones.

Orientación diagnóstica: Sarcoidosis con afectación pulmonar estadio II.

Diagnóstico diferencial: Infección. Enfermedades malignas. Enfermedades ocupacionales/ambientales. VIH. Enfermedades con granulomas.

Comentario final: Es una enfermedad multisistémica que requiere un diagnóstico precoz para un buen pronóstico en el futuro, de ahí la gran importancia de identificar síntomas en atención primaria que hagan sospechar la enfermedad para realizar una correcta y temprana derivación. El diagnóstico de sospecha se realiza con la clínica y la radiología, confirmándose con el estudio histopatológico, siempre excluyendo otras enfermedades. El tratamiento estrella son los corticoides consiguiendo la remisión de la enfermedad en el 80-90% a los 3 meses del tratamiento, pero la enfermedad puede remitir de manera espontánea.

Bibliografía

1. Calvo del Río V. Tratado de Enfermedades Reumáticas de la SER. Sarcoidosis. Madrid: Panamericana; 2018; p. 714-8.
2. Arkema E, Cozier Y. Epidemiology of sarcoidosis: current findings and future directions. Ther Adv Chronic Dis. 2018;9(11):227-40.

Palabras clave: Sarcoidosis. Adenopatías hiliares. Enfermedades granulomatosas.