

<http://www.elsevier.es/semegen>

424/1900 - SÍNDROME GENERAL. MÁS ALLÁ DEL PROCESO TUMORAL

M. Remesal Domínguez¹, C. Llaneza Suárez², S. Montero Caballero³ y A. Domínguez de Dios⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ferreira. Lugo. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Xove. Lugo. ³Médico Residente de Anestesiología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sarria. Lugo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 33 años, exfumador de 10 cigarrillos/día sin otros hábitos tóxicos, diagnosticado de trastorno depresivo en nuestra consulta por lo que precisa sertralina y ketazolam. Es fontanero con exposición ocasional a amianto y como mascotas tiene dos canarios. Consulta porque desde hace dos meses presenta astenia, disminución del apetito, ocasional sensación de disnea de reposo y pérdida de 15 kilos de peso. No relaciona dicha sintomatología con empeoramiento de su clínica depresiva.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta buen estado general, normohidratado, normoperfundido, eupneico en reposo. La auscultación cardíaca es rítmica sin soplos y la pulmonar tiene murmullo vesicular conservado y sin ruidos añadidos. Realizamos analítica general en la que destaca leve aumento del fibrinógeno y de la velocidad de sedimentación globular. (VSG). Solicitamos espirometría que muestra un patrón restrictivo y radiografía de tórax que presenta reforzamiento de la trama broncovascular de forma bilateral con radiopacidades difusas con broncograma aéreo a nivel apical.

Orientación diagnóstica: Para el estudio de los infiltrados pulmonares bilaterales, derivamos al paciente a Neumología donde se solicita estudio inmunológico, inmunoglobulinas y precipitinás frente a excrementos y plumas de canario. Se realizó tomografía axial computarizada (TAC) que muestra patrón micronodular con infiltrados en vidrio deslustrado y adenopatías mediastínicas, broncoscopia (con baciloskopias negativas) y biopsia transbronquial. El resultado histopatológico fue concordante con sarcoidosis pulmonar por lo que se inició tratamiento con glucocorticoides en pauta descendente. El paciente evolucionó favorablemente clínica y radiológicamente ya que en la radiografía de tórax realizada a los dos meses del inicio de tratamiento solo se observaba un pequeño infiltrado en lóbulo inferior izquierdo.

Diagnóstico diferencial: La patología más grave a descartar era la neoplásica. Otros diagnósticos posibles son patología inflamatoria (neumonitis por hipersensibilidad o neumoconiosis), infecciones fúngicas y patología granulomatosa como tuberculosis.

Comentario final: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida que afecta fundamentalmente al pulmón. Existe una respuesta inmune celular exagerada a antígenos y se desencadena una alveolitis con desarrollo posterior del granuloma. En nuestro caso la sospecha diagnóstica fue clínico-radiológica, se excluyeron otras causas y la confirmación fue histopatológica.

Bibliografía

1. Spagnolo P, Rossi G, Trisolini R, et al. Pulmonary sarcoidosis. *Lancet Respir Med*. 2018;5:389-402.

Palabras clave: Sarcoidosis. Disnea. Granuloma.