



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

482/1511 - LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

B. Jiménez Gómez del Pulgar¹, C. Morales Manso² y A. Ruiz Poveda García Rojo³

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 3. Ciudad Real.²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 1. Ciudad Real.³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 3. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 46 años sin antecedentes de interés que presenta varios episodios de infección respiratoria, de vías superiores e inferiores. A los 5 días del último episodio consulta por dolor bilateral en tobillos, rodillas, muñecas y codos sin inflamación ni calor local, con astenia asociada, sin fiebre ni pérdida de peso ni lesiones en piel. Se pautan antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y se solicita analítica con elevación de reactantes de fase aguda, en radiografía (Rx) de tórax interpretada desde Atención Primaria (AP) hay ensanchamiento mediastínico a expensas de aumento de volumen de hilio derecho. Todo ello nos lleva a pensar en una enfermedad inflamatoria o tumoral por lo que contactamos con radiología para solicitar tomografía axial computarizada (TAC) pulmonar. Tras numerosas pruebas se obtiene el diagnóstico de sarcoidosis. Tratado con corticoterapia e inmunosupresores, posterior desaparición de síntomas y mejoría radiológica.

Exploración y pruebas complementarias: Faringe hiperémica. Auscultación pulmonar con crepitantes en bases. No adenopatías, dolor a la palpación y movilización de codos, muñecas, tobillos y rodillas sin calor local ni inflamación. Analítica inicial en AP: elevación de proteína C reactiva y velocidad de sedimentación. Factor reumatoide normal. Quantiferon negativo. Rx. de articulaciones normales. Rx tórax: ensanchamiento mediastínico con aumento de volumen de hilio derecho. TAC pulmonar: adenopatías mediastínicas e hiliares con conglomerado adenopático parahiliar derecho con micronódulos en ambos hemitórax. Broncoscopia: sin alteraciones. Biopsia de adenopatía supraclavicular derecha: inmunofenotipo sugerente de linfoma folicular pero con anatomía patológica de inflamación granulomatosa no necrotizante. Punción aspiración con aguja fina (PAAF) de ganglio subcarinal: negativa para células tumorales malignas y anatomía patológica concluyente con granuloma no caseificante.

Orientación diagnóstica: Sarcoidosis con afectación pulmonar y articular.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis, otras micobacterias, proceso linfoproliferativo, neumonitis por hipersensibilidad, aspergilosis, brucelosis, artritis reumatoide.

Comentario final: Caso interesante porque el diagnóstico se inicia en AP al detectar poliartralgias simétricas, Rx de tórax patológica y analítica compatible. Aunque precise pruebas de Atención Hospitalaria somos el punto de referencia del paciente y los que hemos ido ajustando su tratamiento e iniciado la corticoterapia (tratamiento de elección de esta patología), además de tratar todas las dudas y episodios de ansiedad del

paciente hasta llegar al diagnóstico. Seguimiento actual por AP.

Bibliografía

1. Ibáñez-Quintana A, Fariña-Rey L, Zamora-Casal A. (Médicos MFYC). E-fisterra. Sarcoidosis. 24/11/2017. Disponible en: <https://www-fisterra-com.sescam.a17.csinet.es/guias-clinicas/sarcoidosis/>

Palabras clave: Artritis. Disnea. Granuloma.