



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

452/69 - LO QUE PARECÍA Y NO FUE

P. Sanz Puertolas¹, M. López Henández², M. Poveda Serrano³, G. Pérez Clavijo⁴

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Binéfar. Huesca. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Binéfar. Huesca. ³Médico de Urgencias. Hospital Comarca de Jaca. Huesca. ⁴Médico de Urgencias. Hospital San Jorge. Huesca.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 42 años, sin RAM, fumador de 10 cig/día, bebedor de 20 g/OH/día. Trabaja en la construcción, Natural de Hungría, reside en España desde hace 8 años. En 2000 hemorragia digestiva alta secundaria a ulcerus gástrico. No factores de riesgo para VIH, no hábito medicamentoso. Que presenta durante 4 meses clínica de disnea de grandes esfuerzos, acompañada de dolor torácico izquierdo de características mixtas, sin otra clínica. Acude en dos ocasiones al servicio de urgencias siendo diagnosticado de NAC, recibiendo varias pautas de tratamiento antibiótico y observándose en radiografía infiltrado bilateral y ensanchamiento mediastínico.

Exploración y pruebas complementarias: Sat O2 98%, Eupneico, AP: escasos crepitantes en base izquierda. En analítica de sangre, hemograma normal, LDH 567, ECA 151, ANA+, ANCA -. Serologías VIH y VHC negativos, antiHBc +, HBs Ag negativo, radiografía patrón intersticial bilateral con ensanchamiento mediastínico e hilio derecho aumentado. Mantoux negativo. Micobacterias en orina negativo. TAC torácico: en mediastino y ambas regiones hilares se observan múltiples lesiones focales sólidas bien definidas sugestivas de adenopatías múltiples. No derrame pleural. En bases pulmonares se parecía engrosamiento septal interlobulillar con áreas de aumento de densidad parenquimatoso, además dilataciones bronquiales por tracción sugestivo de fibrosis pulmonar. En broncoscopia no se observan lesiones endobronquiales. Biopsia transcarinal, donde se observó granulomas no necrotizantes con fibrosis hialina

Juicio clínico: Sarcoidosis estadio III.

Diagnóstico diferencial: En este caso deberíamos tener en cuenta el cuadro de fibrosis pulmonar acompañado de adenopatías y el resultado de la anatomía patológica (AP), por lo que tendríamos que haber tenido en cuenta infecciones de tipo micobacterias, hongos o espiroquetas, que en AP se observan como granulomas no necrotizantes no compactos y con poca fibrosis, también con la neumonitis por hipersensibilidad que presenta granulomas no necrotizantes pero mal formados y la neumonía por aspiración que se observa granulomas y células gigantes. En la sarcoidosis la AP muestra granulomas no necrotizantes compactos y con halo de fibrosis hialina.

Comentario final: La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica, que afecta a personas de 20 a 60 años y que en ocasiones presenta ECA elevada. Hay 4 estadios de sarcoidosis, siendo el IV la fibrosis pulmonar. El diagnóstico se hace por biopsia, y el tratamiento si no hay contraindicación es con corticosteroides orales. Nuestro paciente inició tratamiento con prednisona 30 mg con excelente respuesta y remisión de la clínica.

Bibliografía

Clinic Rev Allerg Immunol. 2015;49:54-62-

Clinical aspects of pulmonary sarcoidosis. JSC Med Assoc- 2000;96:9-17.

Palabras clave: Fibrosis. Granulomatosis. Adenopatías mediastínicas.