



Caso para el diagnóstico

Solución Caso 1: Sarcoidosis alveolar

M.V. Pérez Martínez, R. Dosdá Muñoz
y M. Hernandorena González

Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital Clínico Universitario de Valencia.
Valencia. España.

Correspondencia:

MARÍA VICTORIA PÉREZ MARTÍNEZ. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Avda. Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia. ciaoiv@hotmail.com

Historia clínica

Mujer de 26 años de edad, fumadora hasta hace tres meses y de profesión teleoperadora. No refiere contacto con animales ni alergias medicamentosas conocidas; presenta desde hace tres meses un cuadro clínico caracterizado por tos seca y sudoración nocturna, sin fiebre termometrada, asociado a pérdida de peso y astenia.

Hallazgos de imagen

Radiografía de tórax posteroanterior que muestra un patrón alveolar bilateral de predominio periférico, con aumento del tamaño hilar bilateral y mediastínico.

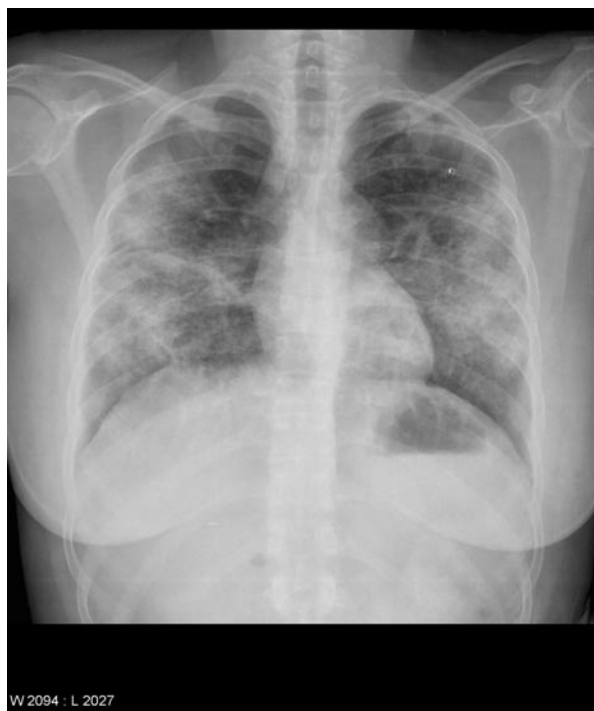


Fig. 1. Radiografía torácica posteroanterior.

Tomografía computarizada (TC) torácica que muestra múltiples áreas de consolidación parenquimatosa, algunas de ellas de morfología nodular y broncograma aéreo. Existen múltiples opacidades nodulares de pequeño tamaño en la periferia de las áreas de consolidación. Estos hallazgos se asocian a la presencia de adenopatías hiliares bilaterales, paratraqueales derechas, mediastínicas anteriores y subcarinales.

Discusión

La distribución de predominio en los lóbulos superiores de las opacidades nodulares peribroncovasculares y subpleurales en la TC de alta resolución, y la coexistencia de adenopatías indican con alta probabilidad sarcoidosis y ayudan a descartar otras formas de afectación nodular, como el granuloma eosinófilo, la tuberculosis miliar o las metástasis. El principal diagnóstico diferencial cuando se observan adenopatías hiliares y mediastínicas es el linfoma. Las adenopatías causadas por la sarcoidosis tienden a mantener su forma y bordes más que a confluir, frente a las adenopatías de origen neoplásico¹.

El "signo de la galaxia", que consiste en observar pequeñas opacidades nodulares alrededor de los nódulos grandes, debido a la coalescencia de numerosos granulomas no caseificantes, ayuda a distinguir la forma alveolar de la sarcoidosis de la espiculación del adenocarcinoma de pulmón y de la fibrosis masiva asociada a la silicosis y la enfermedad de los trabajadores del carbón². La extensa afectación

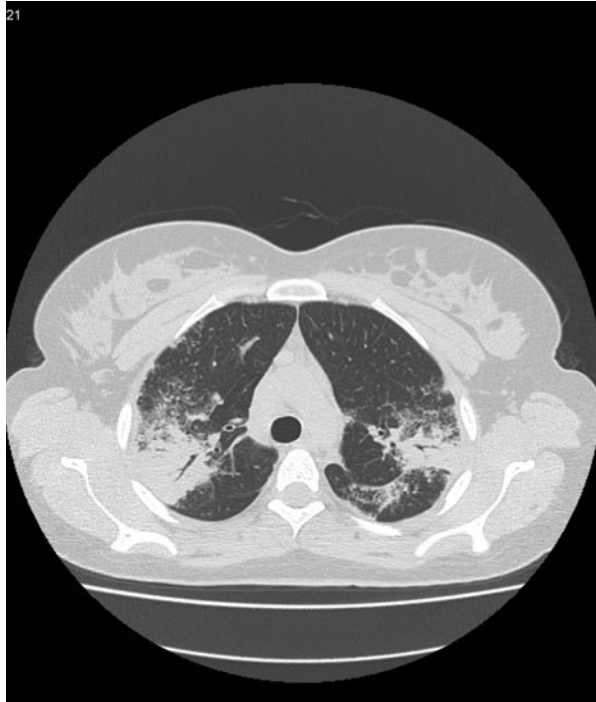


Fig. 2. Tomografía computarizada torácica de alta resolución.

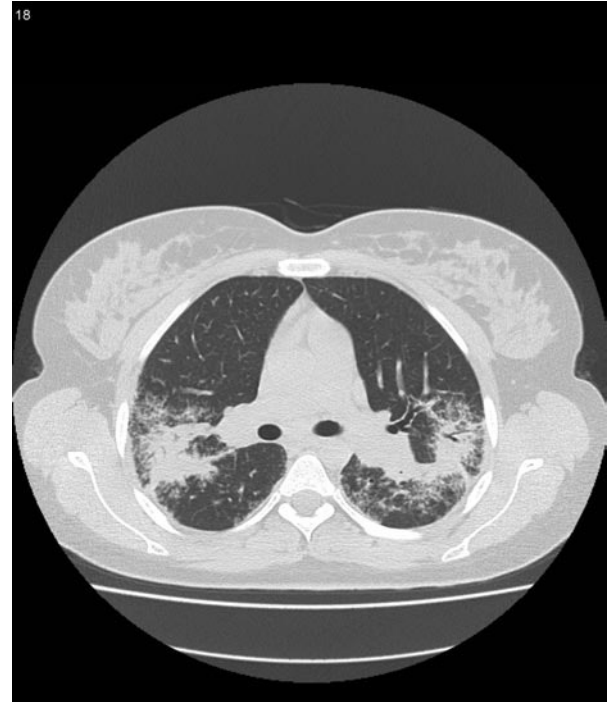


Fig. 3. Tomografía computarizada torácica de alta resolución.

adenopática mediastínica e hilar, típica de la sarcoidosis, es relativamente infrecuente en el carcinoma de pulmón menor de 3 cm.

A diferencia de las metástasis, los nódulos de la sarcoidosis alveolar tienen márgenes irregulares y pueden contener un broncograma aéreo. Este proceso suele presentar un predominio central y en los lóbulos superiores, aunque esta distribución también puede verse en la silicosis y la tuberculosis¹.

El diagnóstico se establece en función de los hallazgos clínico-radiológicos junto con los histológicos obtenidos mediante biopsia transbronquial.

La sarcoidosis es una enfermedad sistémica de causa desconocida caracterizada por la formación de granulomas epitelioides no caseificantes. Suele afectar a pacientes jóvenes y de mediana edad, con leve predominio en mujeres¹.

Los síntomas son inespecíficos, con malestar general, cansancio, pérdida de peso y con menor frecuencia fiebre. Aproximadamente el 50% de los pacientes se encuentra asintomático^{3,4}.

La afectación torácica se produce hasta en el 90% de los pacientes y generalmen-

te se manifiesta como adenopatías mediastínicas asintomáticas^{3,4}. Las adenopatías hiliares son fácilmente detectadas en la radiografía de tórax. Sin embargo, la TC es superior para demostrar adenopatías mediastínicas y afectación parenquimatosa asociada.

Hay 5 estadios radiológicos de afectación intratorácica:

1. Estadio 0: radiografía de tórax normal.
2. Estadio 1: únicamente adenopatías.
3. Estadio 2: adenopatías y afectación parenquimatosa pulmonar.
4. Estadio 3: únicamente enfermedad parenquimatosa.
5. Estadio 4: fibrosis pulmonar.

La mitad de los pacientes presenta un estadio 1, siendo las adenopatías intratorácicas el hallazgo radiológico más frecuente en la sarcoidosis (85% de los casos), típicamente hiliares bilaterales y paratraqueales derechas. Aunque éstas son las localizaciones típicas, la TC frecuentemente demuestra el aumento de tamaño de los ganglios linfáticos en otras estaciones como el mediastino anterior, cadena mamaria interna e infradiafragmáticas¹, siendo el linfoma el principal diagnóstico diferencial.

Aunque el diagnóstico definitivo requiere la confirmación histológica, ciertos patrones en la TC favorecen el diagnóstico de sarcoidosis, como la existencia de adenopatías hiliares simétricas y adenopatías paratraqueales, especialmente si se acompañan de infiltrados retículo-nodulares.

La afectación pulmonar se detecta en aproximadamente el 20% de los pacientes, siendo la disnea y la tos las manifestaciones más frecuentes³. Afecta predominantemente a los lóbulos superiores, con formación de granulomas sarcoideos que típicamente se distribuyen a lo largo de los linfáticos, que se encuentran en el intersticio peribroncovascular y subpleural. La TC de alta resolución detecta esta distribución característica y típicamente muestra múltiples nódulos de pequeño tamaño a lo largo del intersticio peribroncovascular, y en menor extensión en septos interlobares, cisuras y regiones subpleurales, así como áreas de aumento de densidad en vidrio deslustrado. La linfangitis carcinomatosa, que puede tener una apariencia similar, no muestra un predominio por los lóbulos superiores y presenta un peor curso clínico. Los nódulos grandes son poco frecuentes. Ocasio-

nalmente los granulomas intersticiales pueden confluir hasta adquirir apariencia de masa o consolidación, a veces con broncograma aéreo (la denominada sarcoidosis alveolar)⁴ y presentar el descrito signo de la galaxia.

Las tres principales complicaciones de la sarcoidosis pulmonar son la fibrosis, el *cor pulmonale* y la formación de micetomas⁴.

El pronóstico es muy variable y puede correlacionarse con el modo de inicio y la extensión de la enfermedad. Un inicio agudo con eritema nodoso o adenopatías hiliares asintomáticas suele presentar un curso autolimitado, mientras que uno insidioso, especialmente con afectación pulmonar o lesiones extrapulmonares múltiples, puede seguirse de fibrosis progresiva de pulmón y otros órganos. Los corticoides son efectivos en el tratamiento.

Diagnóstico

Sarcoidosis alveolar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kuhlman JE, Fishman EK, Hamper UM, Knowles M, Siegelman SS. The computed tomographic spectrum of thoracic sarcoidosis. *Radiographics*. 1989;9:449-66.
2. Nakatsu M, Hatabu H, Morikawa K, Uematsu H, Ohno Y, Nishimura K, et al. Large coalescent parenchymal nodules in pulmonary sarcoidosis; "sarcoid galaxy" sign. *AJR Am J Roentgenol*. 2002;178:1389-93.
3. Koyama T, Ueda H, Togashi K, Umeoka S, Kataoka M, Nagai S. Radiologic manifestations of sarcoidosis in various organs. *Radiographics*. 2004;24:87-104.
4. Miller BH, Rosado-de-Christenson ML, McAdams HP, Fishback NF. Thoracic sarcoidosis: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 1995;15:421-37.

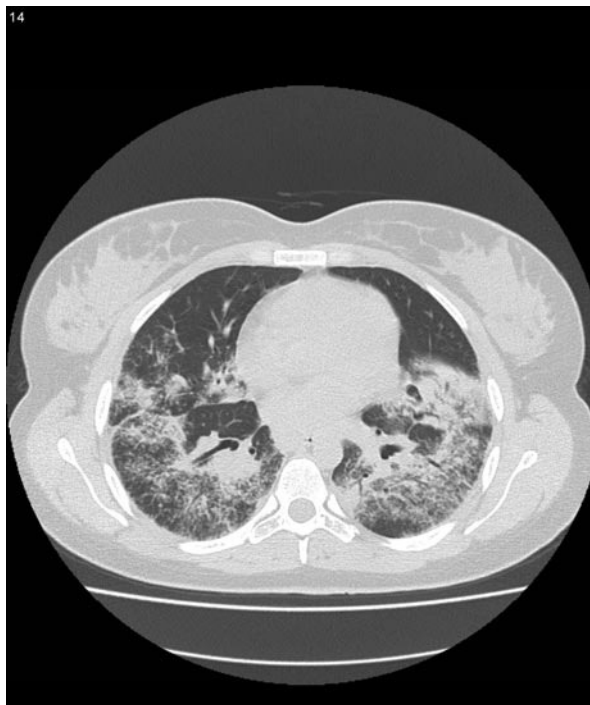


Fig. 4. Tomografía computarizada torácica de alta resolución.

PARTICIPANTES QUE HAN ACERTADO EL DIAGNÓSTICO

- | | |
|---|--|
| <p>♦ Jesús Borrego Gómez
Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón. Madrid.</p> <p>♦ Javier Carrascoso Arranz
Clínica Quirón. Madrid.</p> <p>♦ Ángela Cepero Calvete
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.</p> <p>♦ Ricardo Correa Estañ
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.</p> <p>♦ Elena Fontes Manzano
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.</p> <p>♦ Elena García Garrigós
Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.</p> <p>♦ Estíbaliz Gómez García
Hospital San Eloy. Bilbao.</p> <p>♦ Pablo Grande Pérez
Hospital Central de Faro. Faro (Portugal).</p> <p>♦ Elena Guerra Baamonde
Hospital Xeral-Calde de Lugo. Lugo.</p> <p>♦ Florentina Guzmán Aroca
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.</p> | <p>♦ Dolores Hernández Gómez
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.</p> <p>♦ Isolina Herráiz
Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.</p> <p>♦ Isabel Herrera Herrera
Hospital Virgen de la Salud. Toledo.</p> <p>♦ Begoña Inoriza
Hospital Río Carrión. Palencia.</p> <p>♦ Francisco Lloret Estañ
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.</p> <p>♦ Francisco José María Salgado
Hospital de Móstoles. Móstoles (Madrid).</p> <p>♦ Alejandro Puerta Sales
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.</p> <p>♦ María Velasco
POVISA: Vigo.</p> <p>♦ Francisca Velázquez Marín
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.</p> |
|---|--|