



Revista Médica de Homeopatía

www.elsevier.es/homepatia



CLÍNICA

Un caso de sarcoidosis

Luis Rekarte de Silva

Médico Homeópata, Valladolid, España

Recibido el 17 de diciembre de 2010; aceptado el 14 de febrero de 2011

PALABRAS CLAVE

Sarcoidosis;
Homeopatía;
Método integral
de repertorización;
Reinos;
Miasmas

Resumen Se trata de un caso de sarcoidosis tratado homeopáticamente al no haber obtenido una buena respuesta con los medicamentos de síntesis. Para ello se utiliza un método integrado de diagnóstico homeopático a través de la repertorización sintomática de los síntomas miasmáticos y la comprensión de las características de los diferentes reinos de donde parten los remedios homeopáticos.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Sarcoidosis;
Homeopathy;
Integrated method
of repertorization;
Kingdoms;
Miasms

A case of sarcoidosis

Abstract We report a case of sarcoidosis unresponsive to synthetic medications that was treated by homeopathy. An integrated homeopathic diagnostic approach was used through symptomatic repertorization, miasmatic symptoms and understanding the characteristics of the distinct kingdoms from which homeopathic remedies are drawn.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Definición

La sarcoidosis (enfermedad de Besnier-Boeck-Schaumann) es una enfermedad multisistémica que forma parte de las enfermedades granulomatosas¹, que se caracteriza por la presencia de un proceso granulomatoso crónico cuya lesión histológica básica consiste en el granuloma epitelioido sarcoide o tuberculoide no caseificante.

El estudio histológico de los tejidos evidencia la existencia de granulomas compuestos por células epiteliales y una pequeña cantidad de células gigantes.

La sarcoidosis afecta más frecuentemente a adultos jóvenes. La enfermedad puede iniciarse en forma de lesiones granulomatosas cutáneas, oculares, adenopatías hiliares bilaterales o infiltrados pulmonares².

Etiología

Aunque la etiología de la enfermedad permanece desconocida, se sabe que se produce por un trastorno de la inmunidad³. Al parecer, una serie de antígenos, propios o extraños al organismo, desencadenarían la activación de los linfocitos T colaboradores-inductores que incitarían la formación del granuloma sarcoide. Hay una proliferación y activación anómala de linfocitos T colaboradores-inductores en el foco lesional como consecuencia de la estimulación de los macrófagos focales. Los macrófagos estimulados liberan interleucina 1 (IL-1) que, a su vez, activa a los linfocitos T colaboradores-inductores para que libere IL-2 que se ha observado en fluidos procedentes de lavados broncopulmonares de pacientes afectados de sarcoidosis⁴. Esta IL sirve para que continúe la proliferación clonal de los linfocitos T colaboradores-inductores.

Además de la IL-2, los linfocitos T colaboradores-inductores liberan otras linfocinas como el factor quimiotáctico de los monocitos, el factor inhibidor de la migración de los macrófagos y el interferón, y que atraen a los monocitos procedentes de la médula ósea e impiden que se alejen de la zona y los activan. Posteriormente, los monocitos se diferencian en macrófagos, células epitelioides y células gigantes de Langhans⁵.

El acúmulo de granulomas sarcoides distorsiona la arquitectura del órgano y da lugar a la alteración de su funcionamiento y las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Diagnóstico

El diagnóstico se establece cuando, ante un síndrome clínico, radiológico y gammagráfico sugestivo, se efectúa biopsia de la piel o de ganglios linfáticos, mostrando la existencia de granulomas epitelioides no caseificantes (granulomas desnudos, sin corona linfocitaria) en más de un órgano o sistema, aunque en ocasiones se observa necrosis central de aspecto similar al de la tuberculosis⁶. La prueba de Kveim (intradermoreacción efectuada con material antigénico purificado procedente de bazo de enfermos afectados de sarcoidosis; tras la inyección de este material antigénico, la zona es biopsiada 4-6 semanas después; en el caso de que se trate de una sarcoidosis aparecen granulomas sarcoidales en la biopsia; en la actualidad no se suele utilizar para el diagnóstico) positiva equivale al hallazgo de granulomas.

No hay pruebas de laboratorio específicas para la sarcoidosis, aunque algunos cambios son típicos. La hipercalcemia, la hipercalciuria, los valores séricos elevados de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA), la presencia de alveolitis linfocitaria demostrada por lavado broncoalveolar y la captación endotorácica de galios se consideran actualmente marcadores válidos de actividad de la enfermedad.

Manifestaciones clínicas

La sarcoidosis aparece típicamente en adultos jóvenes con una media de 40 años. Se da con igual frecuencia en ambos

sexos. La enfermedad es mucho más frecuente en países nórdicos y en la raza negra. En la zona mediterránea es poco frecuente.

Manifestaciones cutáneas

Un 20-25% de los casos cursa con afectación cutánea. Las lesiones cutáneas con frecuencia son inespecíficas, por lo que la sarcoidosis cutánea debe ser diferenciada de muchas otras enfermedades dermatológicas. Las lesiones cutáneas en la sarcoidosis pueden clasificarse como específicas (granulomatosas) que siguen un curso crónico y recidivante; o no específicas (no granulomatosas) que suelen presentarse de forma aguda, acompañando a localizaciones extracutáneas de la enfermedad y con resolución espontánea muchas veces.

El hallazgo de un granuloma sarcoide en una biopsia cutánea requiere una evaluación exhaustiva del paciente. La presencia de una lesión cutánea aislada en la sarcoidosis es rara, por lo que en esos casos siempre debe excluirse una reacción granulomatosa por cuerpo extraño. Las reacciones a cuerpo extraño por zirconio o por berilio producen granulomas desnudos en la biopsia. También debe descartarse, en el caso de lesiones solitarias, el granuloma anular y lesiones infecciosas por hongos o micobacterias.

Lesiones específicas

Las lesiones específicas suelen ser asintomáticas. Se presentan como pápulas de pequeño tamaño, placas o nódulos infiltrados a la palpación, de coloración marrón-azulada. La vitropresión de estas lesiones muestra un color amarillento, en jalea, característico de las lesiones granulomatosas.

En ocasiones aparecen lesiones faciales, en forma de nódulos eritematosos, violáceos, con telangiectasias en superficie, blandos a la palpación. Esta forma de sarcoidosis cutánea se denomina lupus pernio, se localiza en nariz, lóbulos de las orejas y mejillas, y suele asociarse a sarcoidosis del tracto respiratorio superior.

Otras formas menos frecuentes de presentación de la sarcoidosis cutánea son la eritrodermia, la alopecia e incluso la ictiosis. En ocasiones, los granulomas sarcoidales aparecen sobre cicatrices de traumatismos previos, denominándose sarcoidosis cicatricial.

Lesiones no específicas

La manifestación cutánea no específica más frecuente en la sarcoidosis es el eritema nudoso. El eritema nudoso aparece en la sarcoidosis aguda formando parte del síndrome de Löfgren, el cual incluye eritema nudoso, adenopatías hiliares bilaterales, uveítis y artritis. Es un cuadro benigno, típico de mujeres jóvenes, con una tasa de remisión espontánea del 95% de los casos.

El síndrome de Heerford describe la presencia de aumento del tamaño parotídeo, uveítis y parálisis facial en la sarcoidosis.

Manifestaciones pulmonares

En un 80 % de los casos hay enfermedad intratorácica. La afectación torácica suele ser asintomática en su inicio y se clasifica radiológicamente en 3 estadios.

- Estadio I: adenopatías hiliares bilaterales aisladas.
- Estadio II: adenopatías hiliares bilaterales y cambios intersticiales en el parénquima pulmonar.
- Estadio III: cambios intersticiales aislados.

Esta estadificación radiológica⁷ tiene buena correlación con los tests de función pulmonar y pronóstico de la enfermedad. Las lesiones granulomatosas ganglionares del estadio I se resuelven casi siempre, mientras que los pacientes en estadio III de la enfermedad evolucionan con frecuencia a fibrosis pulmonar terminal con disnea y alteración de la capacidad de difusión pulmonar.

Aunque, por lo general, los pacientes con sarcoidosis cutánea no suelen tener enfermedad sistémica; sin embargo, en nuestro medio, el 38 % de los eritemas nudosos se debe a la sarcoidosis, sobre todo asociados a la sarcoidosis subaguda, manifestándose en el seno de un síndrome junto con adenopatías hiliares bilaterales, poliartritis, poliartralgias, fiebre y, en ocasiones, iritis. También denominado síndrome de Löfgren su incidencia es elevada en Europa y oscila entre el 0,7 y el 48 %, según las distintas series⁸. Se pueden presentar otras lesiones cutáneas, como el lupus pernio, las placas y los nódulos, y las sarcoides sobre cicatrices.

Otras manifestaciones

La sarcoidosis puede afectar a cualquier órgano. Los más frecuentemente afectados son hígado, bazo, ganglios linfáticos, músculos y ojos. Otros órganos menos frecuentemente afectados incluyen glándulas endocrinas, corazón, sistema nervioso y estructura ósea, especialmente manos y pies.

La sarcoidosis es una de las causas de hipercalcemia e hipercalcemia. Si bien no hay alteraciones de laboratorio patognomónicas de la sarcoidosis, la tasa de ECA suele estar aumentada, lo que resulta de utilidad para el diagnóstico de la enfermedad y pronóstico de la afectación pulmonar. Una vez establecido el diagnóstico de sarcoidosis cutánea debe determinarse la presencia o no de afectación sistémica. Debe practicarse una exploración oftalmológica, radiología de tórax, test de función pulmonar y difusión, determinación de calcio sérico y tasa de ECA, estudio de función hepática y radiografías de manos y pies⁹.

Caso clínico

Varón de 54 años, soltero, prejubilado de banca, acude a esta consulta en agosto 2007 con el siguiente informe (copio literal):

Servicio Dermatología del Hospital Universitario Central de Asturias

Antecedentes personales: 54 años. Alergia a ac propionico. Apendicectomizado. Osteopatía de pubis. No antecedentes de diabetes, hipertensión arterial o dislipemia. Fotosensibilidad. No sigue tratamientos crónicos; prostatitis en enero 2006, tratado con Septrin Forte®. No hábitos tóxicos. Apendicectomizado a los 18 años; jubilado de banca.

Antecedentes familiares: sin relación.

Motivo de consulta: paciente que presenta, desde noviembre de 2006, lesiones cutáneas asintomáticas localizadas en tronco y extremidades, de aparición progresiva. No refería posibles desencadenantes previos. Previo a ser visto en este servicio se había realizado analítica completa, con resultados dentro de la normalidad, y estudio histológico, con diagnóstico histológico de sarcoidosis (Dr. Romero del Hoyo). El paciente no refería síntomas de afectación extracutánea a ningún nivel.

Exploración física: el paciente presenta múltiples pápulas eritematovioláceas, aisladas o confluyentes en placas, induradas, localizadas en abdomen, flancos, brazos y espalda, respetando la región facial.

Pruebas complementarias: con el diagnóstico de sarcoidosis se realizaron pruebas complementarias, con resultados dentro de la normalidad (enero de 2008). Hemograma: hematíes 5.000.000; hemoglobina 16,6; hematocrito 45,7; leucocitos 7.000 (N 58%; L 29% E 0,8%); plaquetas 258.000; velocidad de sedimentación globular 7. Estudio de coagulación: normal. Bioquímica general: glucosa 102; urea 47; creatinina 1,0; filtrado glomerular > 60; Na 140; K 4,7; Ca 2,50 mmol/l; Ca 10 mg/dl; Fe 125; colesterol 225; colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL) 70/N < 55 >; triglicéridos 100; aldolasa 4,9; CPK 182; LDL 338; fosfatasa alcalina 80; AST 33; ALT 33; GGT 60; bilirrubina total 1,72 (N < 1,2 >); bilirrubina directada 0,47 (NCO 0,25); proteínas totales 83,3 g/l; ferritina 278; folato 8,2; sistémico de orina y sedimento, normal. Proteinograma: alfa 5,5 (en relación con aumento cHDL); TSH 0,98; NA (—); ENAS (—). Inmunoglobulina e IgE, normales. Antitransglutaminasa (—); antimitocondriales (—); antimusculoso (—). Radiografía de tórax: prominencia del botón aórtico. Resto normal, con variante anatómica del lóbulo de la Acigos; Mantoux negativo; orina de 24 h normal (calcio 4,2). ECG normal; PSA 1,68. Ecografía abdominal: esteatosis hepática difusa sin lesiones focales. Resto del rastreo abdominal sin hallazgos. PIC cardiología: sin alteraciones; PIC neumología (con realización de tomografía computarizada torácica, espirometría y pulsioximetría) dentro de la normalidad.

Evolución y comentario: se inició tratamiento con Dolquine® (1 cápsula/día) en marzo de 2007, suspendiéndose por posible intolerancia 1 mes después, siendo valorado en el servicio de alergia. Durante su evolución, el paciente presentó además afectación ocular, siendo diagnosticado de sarcoidosis ocular, y fue tratado con esteroides. Actualmente, el paciente no sigue tratamiento médico para las lesiones cutáneas y refiere seguir tratamiento homeopático, sin empeoramiento del cuadro.

Juicio clínico: sarcoidosis cutánea y ocular.

Actitud: acudirá a revisión de forma periódica para controles analíticos y valoración del tratamiento.

Historia clínica homeopática

Antecedentes familiares:

- Padre: muerto de linfoma; madre: 82 años.
- Un hermano sano.

Antecedentes personales:

- 19 años, operado de apéndice.
- 35 años, operado de osteopatía de pubis.
- 42 años, insolación que requirió hospitalización.
- 45 años, operado de fractura del tercer dedo de la mano izquierda.

Medicamentos y tóxicos:

- Café (1 al día). Alcohol (+ leve).
- Dolquine® y Dacortín.

Historia actual: desde hace 3 años tiene una erupción que comenzó en el abdomen, extendiéndose a espalda y extremidades. Roja, macular, confluyente, sin picor, con sensación de calor local. En ocasiones se acompaña de iritis que trata con corticoides, notando pérdida de visión y visión doble. Lesiones que fueron diagnosticadas de sarcoidosis.

Otros síntomas:

- Caluroso agravado por calor.
- Sudor abundante, sobre todo por la cabeza.
- Sensibilidad dérmica al sol.
- Diplopía. Catarata en ojo derecho. Iritis.
- Obesidad (peso: 105,4 kg).

Psiquismo:

- Agitado, activo, deseo de cambio, aunque muy prudente.
- Afectivo, sociable y extrovertido. Tiene pareja desde hace 30 años, pero no quiere casarse porque eso supondría una atadura. Desea libertad.
- Buen humor, optimista. Le irrita la mentira y que le calumnien.
- Se concentra mal.
- Llanto por el sufrimiento de los demás. Sensible a animales y naturaleza.
- Se siente atrapado por esta enfermedad crónica.

- Duerme bien, siempre desnudo. Malhumor si duerme poco.

Exploración (fig. 1)

Diagnóstico

- **Clínico:** sarcoidosis cutánea con afectación ocular.
- **Miasmático:** tuberculinismo¹⁰ (es muy activo, se siente encerrado, ansía la libertad, necesita cambio; las lesiones de la sarcoidosis son muy similares a las tuberculosas).
- **Constitución:** carbofosfórica.
- **Reino:** vegetal¹¹ (sensibilidad al calor, al sufrimiento, a la naturaleza).
- **Homeopático:** se toman los tres síntomas más dominantes, es decir aquellos que el paciente expresa con mayor énfasis y de forma espontánea, y formamos el Síndrome Mínimo de Acción Máxima, que al repertorizarlos¹² tenemos que el único remedio que en su Materia Médica tiene estos tres síntomas es Pulsatilla (fig. 2).

Tratamiento

- **Pulsatilla** 7 CH, 9 CH y 15 CH (se realiza una dosificación en “escalera”, dando el primer día 5 gránulos al acostarse de la potencia 7 CH, al día siguiente del 9 CH y al tercer día del 15 CH, después se dejan 3 días sin dar medicación y se vuelve a repetir, y así sucesivamente hasta que el paciente comienza a notar mejoría, en cuyo momento se comienza a distanciar las tomas).
- **Calcarea carbonica** 30 CH: 5 gránulos 2 días a la semana. Es su remedio constitucional que aparece en la repertoriación, es un buen complementario de *Pulsatilla* y regula la hipercalcemia asociada a la sarcoidosis.
- **Tuberculinum residuum** 200 K: 10 gránulos cada 2 semanas, como remedio miasmático.

Evolución

Se ve al paciente en octubre de 2007 (dejó toda la medicación alopática), marzo de 2008, septiembre de 2008, febrero de 2009 y diciembre de 2009 con una mejoría paulatina de toda su sintomatología, entonces se volvieron a realizar nuevas fotografías (fig. 3), donde se puede apreciar su buena evolución.



Figura 1 Sarcoidosis.

Programa Informático ADAMAS

Figura 2: Sarcoidosis

Nº IP	Paciente	Fecha y hora	Copia Síntomas	Grabar y salir														
5992	Caso clínico de Sarcoidosis para la Revista de Homeopatía	22-Oct-2007	Audió ☒ F. Solicitud	Salir														
Observaciones	Repertorización	Prescripciones	Diagnósticos	Fotos adicionales	Factura	Notas y foto	Datos											
Síntomas																		
Nº	Localización	Síntoma	PS	SY	LU	T	C	Ota	Remedios									
1	PSORIASIS	PRUDENTE: caso, moderado, conveido, menurado							17									
2	PSORIASIS	Desnudo: durmiendo							17									
3	GENERALIDA	SOL: por exposición al sol							17									
Remedios																		
Remedio	Signos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Nº Sínt.	S valor
Pulsatilla pratensis/migrans	PULS	2	1	3													3	6
Opium	OP	1	2														2	3
Nux vomica	NUX-V	1	2														2	3
Ignotia amara	IGN	2	1														2	3
Sulphur	SULPH	1	1														2	2
Ipecacuanha	IP	1	1														2	2
Hyoecyanus niger	HYOS	1	1														2	2
Graphites	GRAPH	1	1														2	2
Calcarea carbonica	CALC	1	1														2	2
Natrium muraticum	NAT-M	3															1	3

Figura 2 Repertorización del caso.



Figura 3 Sarcoidosis.

La última vez que vi a este paciente fue en abril de 2010 y continuaba asintomático, manteniendo tratamiento con *Pulsatilla* 30 CH (2 veces a la semana) y *Calcarea carbonica* 200 CH (1 vez al mes).

Conclusiones

Encontrar el medicamento “similimum” en homeopatía es la labor más difícil de la práctica de la homeopatía médica. A lo largo de la historia se han diseñado una serie de modelos que han servido para mejorar la prescripción. Quizás el método más utilizado sea la repertorización, pero tiene problemas cuando intentamos repertorizar muchos síntomas, pues siempre nos salen en primer lugar los llamados “poli-crestos” (los que más síntomas patogenéticos tienen en sus materias médicas) y no sabemos por cual decidirnos. Para evitar este problema y mejorar así el diagnóstico diferencial de los remedios más similares, realizamos la intersección entre los criterios de los reinos (animalia, vegetalia, mineralia, etc.) y los miasmáticos (Psora, Sycosis, Luesis, etc.) hasta quedarnos con el remedio o remedios más similares que finalmente prescribiremos¹³.

De esta manera podemos ver que lo que en un principio la medicina oficial considera que es una enfermedad “incurable”, a través de la homeopatía y considerando al enfermo como una totalidad podemos lograr resultados muy esperanzadores.

Bibliografía

1. Valverde J, Campoy E. Sarcoidosis. Manual de enfermedades reumáticas. Sociedad Española de Reumatología. Madrid: Grupo Prodesfarma; 1996. p. 825-31.
2. V European Conference on Sarcoidosis and other granulomatous disorders. Viena, 1986. Sarcoidosis. 1986;3:101-200.
3. Crystal RG, Roberts WC, Hunninghake GW, Gadek JE, Fulmer JD, Line BR. Pulmonary sarcoidosis: a disease characterized and perpetuated by activated lung T-lymphocytes. Ann Intern Med. 1981;94:73-94.
4. Pinkston P, Bitterman PB, Crystal RG. Spontaneous release of interleukin-2 by lung T lymphocytes in active pulmonary sarcoidosis. N Engl J Med. 1983;308:793-800.
5. Rekarte L. Tesina sobre granulomas hepáticos. Madrid; 1983.
6. Koss MN, Hochholzer L, Feigin DS, Garancis JC, Ward PA. Necrotizing sarcoid-like granulomatosis: clinical, pathologic and immuno pathologic finding. Human Pathol. 1980;11 Suppl:510-9.
7. Chrétien J. Course and treatment of sarcoidosis in 350 patients. Jap Med Res Foun, editor. Sarcoidosis. Tokyo: University of Tokyo Press; 1981.
8. Löfgren S, Stavenow S. Course and prognosis of sarcoidosis: Stockholm. Proceeding of the International Conference on Sarcoidosis. Washington. Am Rev Respir Dis. 1961;84:71-3.
9. Muñoz B, Villa LF, Díez JL, Escamilla C, Sarriá C. Manual de Medicina Clínica. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
10. Sankaran R. La sustancia de la homeopatía. Temas 12 a 24. Mumbai (India): Homeopathic Medical Publishers; 2004. p. 41-125.
11. Sankaran R. Sensación vital en homeopatía. Mumbai (India): Homeopathic Medical Publishers; 2007. p. 42.
12. Rekarte L. Programa Adamas. Gijón; 2002. Disponible en: www.rekarte.com
13. Rekarte L. Método integrado de diagnóstico homeopático (búsqueda del similimum). Póster Comunicación 27: Pág. 51. Prescribo Homeopatía n.º 1. Año 2010.