



MASAS CONGLOMERADAS EN SARCOIDOSIS PULMONAR AVANZADA

Autores: Cuestas E.; Elias M.; Abrate V.; Blua A.; López AM.

Unidad Enfermedades Respiratorias - - Hospital Privado- Córdoba

B-50



Los hallazgos del compromiso pulmonar parenquimatoso en Sarcoidosis dependen de su estadio y cronicidad. Los nódulos representan agregados de granulomas. La distribución perilinfática se encuentra también en Silicosis y Linfangitis pulmonar carcinomatosa. La confluencia de nódulos produce áreas de consolidación con broncograma aéreo, usualmente bilaterales, simétricos, distribuidos en campos superiores y medios; si la fibrosis progresa hay distorsión de la arquitectura lobular.

Presentamos dos pacientes con Sarcoidosis avanzada y cambios fibróticos irreversibles, de 8 y 20 años de evolución con varios episodios de recaída.

Caso 1: mujer 59 años asmática con Rx. tórax anormal prequirúrgica de miomatosis uterina. Imagen nodular infraclavicular derecha, múltiples nódulos confluentes en LSI, trazos fibróticos en dirección hilar, adenopatía hilar izquierda. FBC no diagnóstica. Mediastinoscopia: granulomas epiteloideos de células gigantes multinucleadas sin necrosis caseosa. Coloración PAS y Zielh Nielsen negativas. No recibió tratamiento. Luego de cuatro años consulta por tos y disnea CF II. Rx. tórax: múltiples nódulos difusos bilaterales. Espirometría normal. 6 MWT: caída de Sat. Hb. 10 puntos (97 a 87%) a los tres minutos. Recibe esteroides 6 meses. Primera recaída a 2 años, disnea 300 mts y tos intensa. Tratamiento 6 meses. Segunda recaída 2 años después. HRCT: fig. 1. Espirometría normal. Inicia tratamiento con esteroides hace 7 meses.

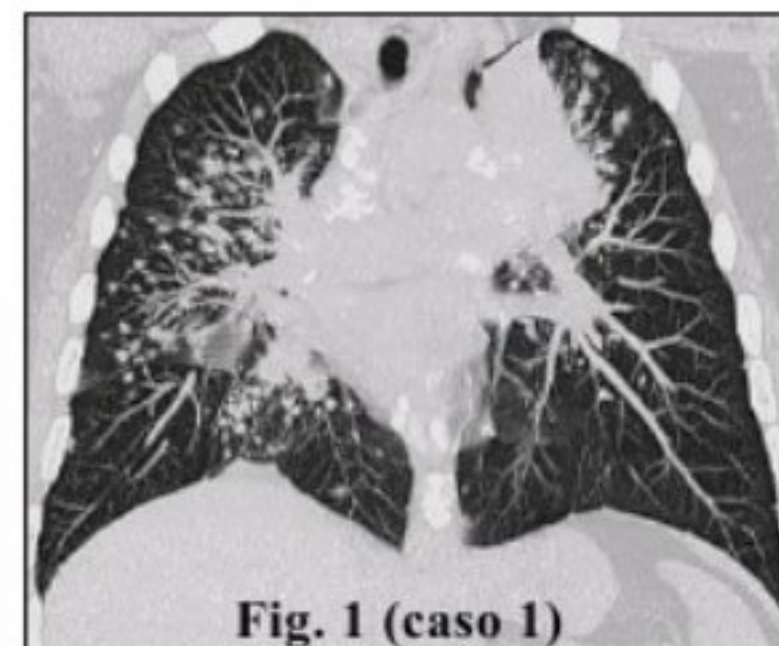


Fig. 1 (caso 1)

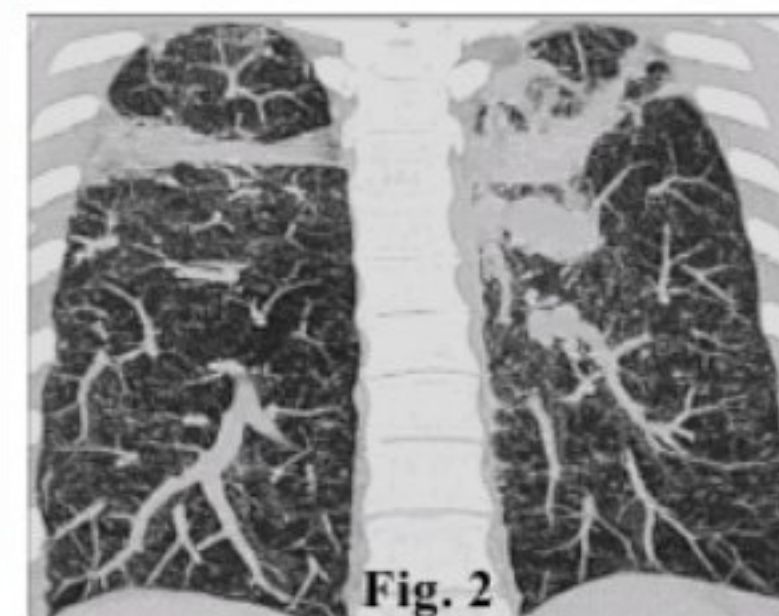


Fig. 2

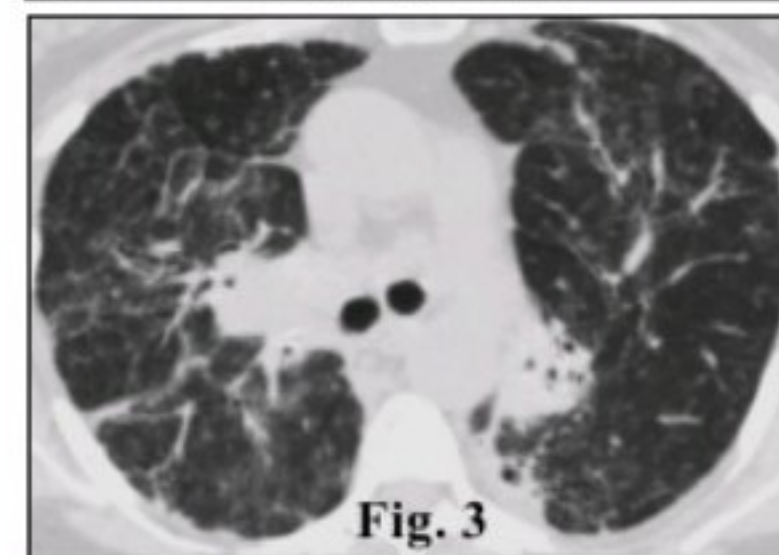


Fig. 3

Caso 2: mujer 42 años. Tos y disnea CF II de 9 meses de evolución. Rx. tórax: infiltrados nodulares bilaterales difusos BTB: granulomas tuberculoides, BAAR negativo en lavado bronquial. Recibe tratamiento antibacilar con SM, INH y RAMP por dos meses con deterioro clínico y adenopatías cervicales. Biopsia ganglionar: infinidad de granulomas pequeños no coalescentes de células epiteloideas y gigantes tipo Langhans sin caseosis. TACAR: masas conglomeradas, adenopatías mediastínicas. Espirometría: CVF 50%. Comienza con esteroides. A los 3 ½ meses incremento 47 % de CVF. A los 14 meses sólo había trazos cicatrizales. Primera recaída 6 meses de suspendido esteroides, reducción CVF 15 %. Por severo hipercorticismismo recibe Azatioprina 100 mg/día por 1 año. Segunda recaída 2 años después. CVF 55%. HRCT: fig. 2 y 3. Aumento CVF 35% a 45 días de tratamiento. Azatioprina 18 meses. Tercer recaída: 13 años después. BAL: Li 32% (90% Li CD4) BTB: granulomas de células gigantes, PAS y Zielh Nielsen negativo (Fig. 4: A,B,C). Espirometría CVF 70 %.

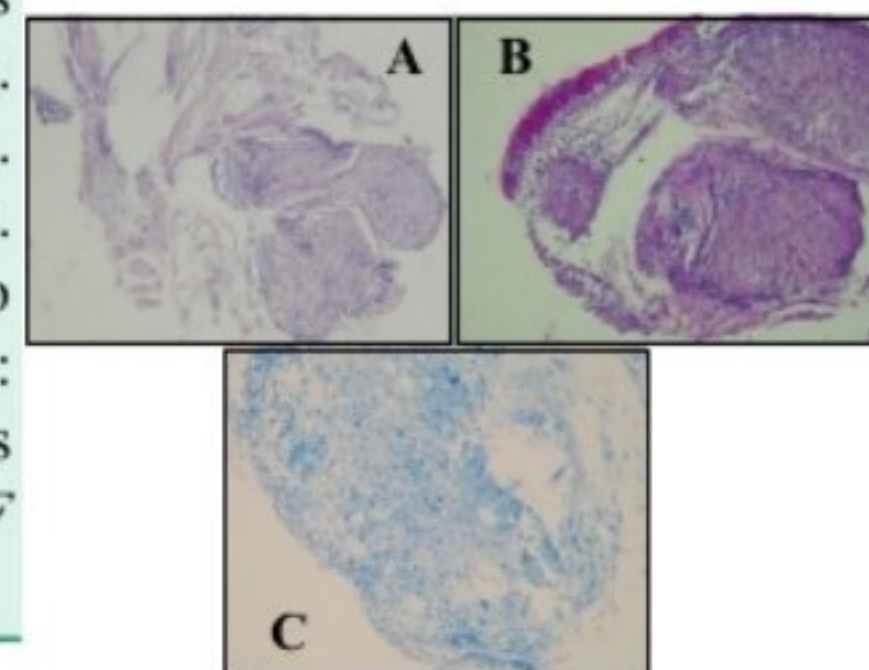


Fig. 4

Comentarios:

1. Remarcar el diagnóstico diferencial de las masas conglomeradas con otras patologías, especialmente TBC cuando no hay antecedentes de exposición laboral.
2. Destacar la escasa correlación entre la severa extensión de anomalías tomográficas y leve compromiso funcional pulmonar.