

A propósito de un caso:

Hospital Municipal de Morón Ostaciana B. Lavignolle. Buenos Aires, Argentina. 2013

AUTORES: Dr Quintas, Luis; Dra Bravo, Stella, Dra De La Valle, Alejandra, Dra Peña Godoy, Lizeth, Dra Aoad, Ana

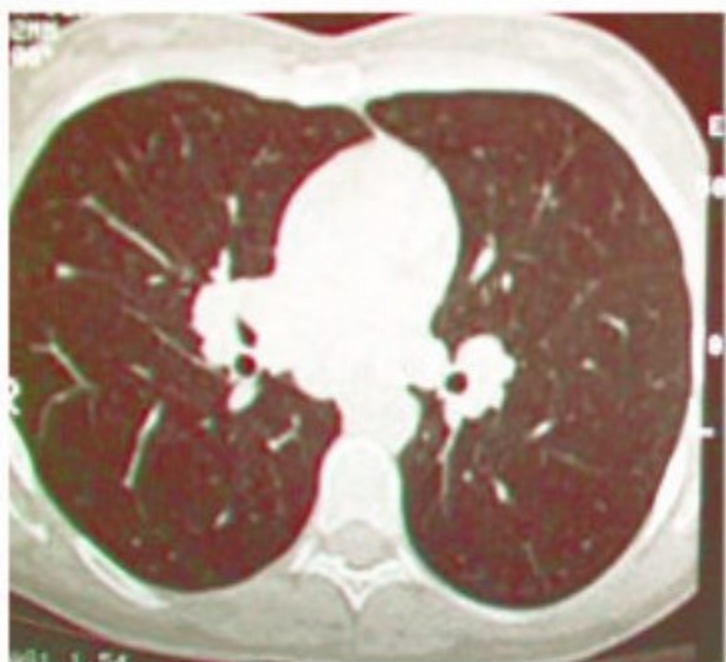
Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria granulomatosa sistémica de etiología desconocida que involucra en la mayoría de los casos a los órganos intratorácicos (pulmones, ganglios mediastínicos e hiliares). Afecta a personas de ambos sexos, de todas las razas y edades, aunque predomina en adultos jóvenes y de mediana edad. Su frecuencia varía a lo largo del mundo y se informa una incidencia de entre 10 a 20 casos por cada 100 000 habitantes/año, siendo mayor en países escandinavos y en la población afro-norteamericana. Se describen variaciones en cuanto a la forma de presentación clínica y pronóstico en los diferentes países y etnias. Generalmente se descubre accidentalmente en una radiografía de tórax. Los síntomas que comúnmente están involucrados son la tos seca, el dolor de pecho, y al disnea. Su síntomas más frecuentes son los pulmonares, pero también pueden haber manifestaciones extra pulmonares como ser, uveítis anterior, eritema nodoso, síndrome de Löfgren's, hipercalcemia, hipertensión pulmonar, hipotiroidismo, arritmias, fatiga. Latinoamérica es una región con baja incidencia, probablemente por diferencias genéticas y de exposición ambiental a determinados antígenos, pero quizá también por la falta de programas de relevamiento y la alta prevalencia de otras enfermedades granulomatosas endémicas (tuberculosis, lepra, micosis profundas) que confunden el diagnóstico.



Adenopatías hiliares bilaterales.
Infiltrados reticulonodular fino en lóbulo superior y medio

Objetivo: Conocer la enfermedad, para brindarle al paciente un tratamiento efectivo y acorde a sus necesidades

Lugar de Trabajo: Htal Municipal de Morón "Ostaciana B. de Lavignolle". Morón.



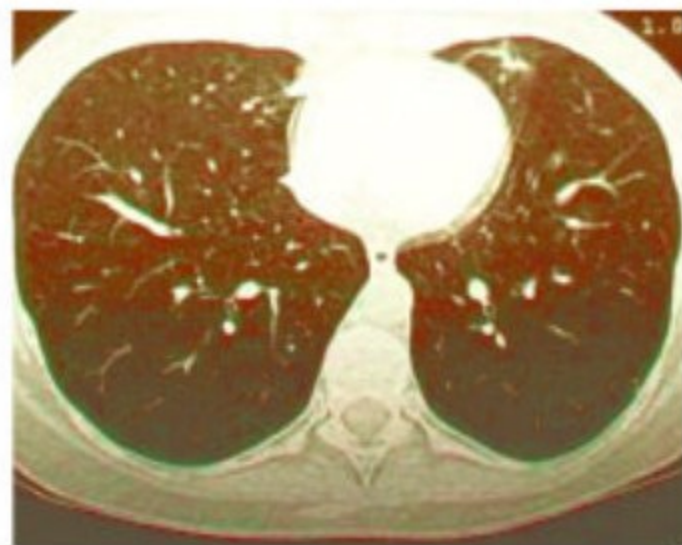
Adenopatías hiliares bilaterales

Diseño: Descriptivo y observacional.

Material y Método: Presentación de un caso:

Paciente femenina de 52 años de edad, que ingresa a la guardia por cetoacidosis diabética. Como antecedentes presenta DBT tipo II insulino-requiriente, hipotiroidismo, tabaquismo, ITU a repetición, sarcoidosis diagnosticada en 1997 con 3 reactivaciones. La paciente se interna en UTI para compensación de la cetosis y una vez estabilizada, pasa al servicio de clínica médica. Intercurre con una crisis de tos seca, puntada de costado, disnea CF I/II, sin fiebre. Se realiza una Rx tórax fte, en donde se evidencian infiltrados parahiliares bilaterales. Se realiza asimismo TAC de tórax y hemocultivo. Las imágenes se interpretan como secuela de su patología de base: la sarcoidosis. El hemocultivo fue negativo.

Resultados: Se comienza con meprednisona 40 mg/día mejorando a la semana la sintomatología (la tos, disnea, dolor pleurítico) pero las cifras de glucemia comenzaron a ser difíciles de controlar nuevamente, por más que se hacían más rigurosos los controles y se agregaban correcciones. Después de indagar sobre la enfermedad, se decide en un ateneo, comenzar con la segunda línea de tratamiento de la sarcoidosis (como alternativa a los corticoides). Se inició tratamiento con metotrexate, logrando óptimos resultados.



Tac de control a los 12 meses de tratamiento

Discusión: Debido a la marcada similitud clínico-radiológica de estas entidades y la alta prevalencia de tuberculosis, estos pacientes reciben cursos repetidos de la terapia antifimica, mientras que el daño pulmonar continúa progresando. La exclusión de la tuberculosis es importante, sobre todo porque los corticosteroides constituyen la base del tratamiento de la sarcoidosis. La formación de cavidad es común en la tuberculosis y poco frecuente en la sarcoidosis. El diagnóstico se establece más firmemente cuando los hallazgos clínico-radiológicos son compatibles con evidencia histológica de granulomas no caseificantes. Recientemente, añadiendo a la dificultad de diagnóstico, hay varios informes de convivencia de sarcoidosis y tuberculosis en los mismos pacientes.

Conclusión: Si bien los glucocorticoides son la primer línea de tratamiento, no es efectivo en todos los pacientes y presentan varios efectos adversos a largo plazo. Es importante enfatizar en el tratamiento de la enfermedad, y cuestionarnos cuándo el paciente necesita el tratamiento con glucocorticoides y cuándo es perjudicial el uso de los mismos disponiendo hoy en día con alternativas tales como el metotrexate, azatioprina, leflunamida, cloroquina, hidroxicloroquina, etc.

Bibliografía: Diabetes insipidus secondary to sarcoidosis presenting with caseating granuloma. Alam T; Thomas S. BMJ Case Rep; 2011;2011. Article en En | MEDLINE | ID: 22707619.

[Sarcoidosis associated with hypothyroidism due to thyrotropin-receptor blocking antibodies]. Schmidt J; Capoen JP; Kyndt X; André L; Fleury D; Vanhille P. Rev Med Interne; 30(7): 628-9, 2009 Jul. Article en Fr | MEDLINE | ID: 18930567

Prevalence of hypothyroidism and Graves disease in sarcoidosis. Antonelli A; Fazzi P; Fallahi P; Ferrari SM; Ferrannini E. Chest; 130(2): 526-32, 2006 Aug.

Sarcoidosis and chronic hepatitis C: a case report. Brjalin V; Salupere R; Tefanova V; Prikk K; Lapidus N; Jöeste E. World J Gastroenterol; 18(40): 5816-20, 2012 Oct 28. Article en En | MEDLINE | ID: 23155326