

HOSPITAL DOCENTE "GRAL. CALIXTO GARCIA"

Sarcoidosis cutánea: presentación de un caso

Por los Dres.:

LUIS HERNANDEZ HERNANDEZ* y VIRGINIA ALVAREZ DIAZ**

Hernández Hernández, L.; V. Alvarez Díaz. *Sarcoidosis cutánea: presentación de un caso*. Rev Cub Med 20: 4, 1981.

Se presenta un caso típico de sarcoidosis, desde el punto de vista clínico e histológico, con lesión de piel y ganglios (órganos en que la biopsia fue concluyente) en un hombre de la raza negra de 64 años de edad, cubano, quien además presentó hipergammaglobulinemia, así como incrementos de las fracciones IgG e IgM, en la electroforesis e inmunoelectroforesis respectivamente, además de encontrarse imágenes radiológicas compatibles con los defectos óseos pseudoquisticos do Jungling.

INTRODUCCION

Próximo a cumplir un centenario de la primera publicación del *Morbuse Besnier-Boeck-Schawmann*, hemos tenido la oportunidad de observar un caso, con lesiones cutáneas, que desde el punto de vista clínico e hístico, no dejan margen para la especulación, ya que sus características son típicas de la afección que nos ocupa; desde entonces unos 5 000 trabajos se han publicado.¹

Por otra parte, en la literatura cubana, la publicación principal ya cumplió sus *bodas de perlas*.² No se justificaría este nuevo informe, si no fuera, como acotamos anteriormente, lo suficientemente demostrativo para los médicos jóvenes que no han tenido la oportunidad para su observación frecuente.

Presentación del caso

En enero de 1975, acude a nuestra consulta del policlínico "Joaquín Albarrán", un hombre de la raza negra, de 64 años de edad, con lesiones cutáneas que databan de 18 meses, y por las que había sido tratado en varias ocasiones, sin lograr su restitución, traía además un informe de biopsia cutánea con el diagnóstico de tuberculosis cutánea.

Se decide su ingreso en el Servicio de dermatología (sala Bisbé) del hospital docente "Gral. Calixto García".

H. E. A.: paciente con antecedente de salud anterior, que hace diez años sufrió un accidente vascular encefálico (AVE) que le dejó como secuela una mancha anormal, merced a la hemiparesia derecha.

En 1966, ingresa en este centro por sangramiento digestivo alto, que fue interpretado como várices esofágicas y cirrosis hepática. En 1967, es intervenido quirúrgicamente en el servicio de urología, donde le realizaron nefrectomía derecha. Después de un período que abarcó casi 7 años, comienzan a aparecer lesiones cutáneas, que motivan un nuevo Ingreso.

A. P. P.: sarampión, parotiditis, varicela.

A. P. F. madre v/s. Padre fallecido/corazón 2 hermanos +/asma 1 hermano fallecido/envenenado, 4 v/s.

*Especialista de I grado en dermatología. Hospital docente "Gral. Calixto García".

** Residente de 2do. año. Hospital docente "Gral. Calixto García".

Hábitos tóxicos: **Tabaco 1 cruz, café 1 cruz.**

Interrogatorios por aparatos: **No hay datos positivos.**

Examen físico

Piel: placas lesionales que comprometen cuero cabelludo, cara, miembro superior y miembro inferior con características análogas: infiltradas, tricofitoides unas, otras de apariencia pápulo-nodulares, que denuncian su modo de comienzo, algunas cubiertas de escamas.

No hay molestias subjetivas en ese nivel.

H. L. P.: ganglios epitrocleares del tamaño de un garbanzo, rodaderos, no dolorosos, y sin adherencia a planos circunvecinos.

Mancha: propia de la secuela de AVE referida en H. E. A.

Datos de laboratorio

Hemograma: hemoglobina 12,6 g%, hematócrito 42 vol. %, leucocitos: 8 000 x mmc. stab. 02%, seg. 78%, eo. 03, mono 01, linfo 16, eritrosedimentación 45 mm.

Serología: DDRL reactivo 1 dil.

Hemoquímica: glucosa 71 mg%, urea 22 mg%.

Heces fecales: negativo de parásitos.

Orina: densidad 1015, aspecto turbio, reacción ácida, color amarillo, albúmina: trazas, glucosa: no, Leuc. 2 x campo, epitelios escasos, fosfatos amorfos.

Mantoux: Negativo a las 48 horas.

Ionograma: R. A. 27 meq/l, Cl 100, Na 140, K 4, 8 y Ca 10 meq/l.

Bromosulfaleína: 3,61%, colorante retenido a los 45 minutos.

Medulograma

Sistema megacariopoyético: integridad.

Sistema eritropoyético: disminución relativa.

Sistema granulopoyético: hiperplasia con detención de la maduración al nivel del stab. Aumento del porcentaje de plasmazellen con dobles núcleos algunos y escasos linfocitos.

Conclusión: médula sin conclusión.

Rayos X de tórax: signos de enfisema pulmonar. Aorta dilatada, con ateromatosis de sus paredes. Area cardíaca normal.

Rayos X de ambos pies: discretos signos de osteoporosis.

Rayos X de manos: Se observa defecto óseo en la falange distal del 3er. dedo de la mano izquierda, observándose además pequeñas imágenes radiotransparentes al nivel de las falanges

proximales compatibles con pseudoquistes de Jungling.

Informe de biopsias

a) **Piel:** sarcoidosis.

b) **Ganglio:** sarcoidosis.

Electroforesis de proteínas

Albúminas 40,12%-3.09 g; Alfa-1, 4,07%-0,31g Alfa-2. 9, 88%-0,76 g Beta 11, 92%-0,92 g. Gamma 34,01 %-2; 62 g. P. T: 7,70.

Immunolectroforesis

IgG: aumentada 3 cruces.

IgM: aumentada 2 cruces.

COMENTARIO

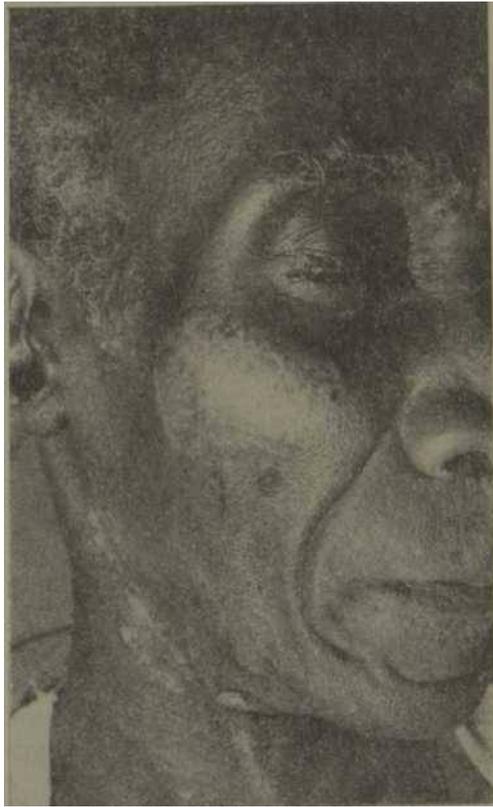
Clásicamente se distinguen cuatro modalidades clínicas de sarcoidosis,³ el sarcoides miliar y tuberoso, descritos por *Boeck*, con localización preferente en cara y región dorsal de manos, aunque pueden encontrarse en otras localizaciones (nuestro caso es un ejemplo de esta segunda posibilidad), el antiguo lupus pernio, descrito por *Besnier* y asimilable a las formas mutilantes, y por último la forma eritrodérmica, identificada por *Schwammann*, quien además reunió todas estas fórmulas bajo un mismo capítulo.

El llamado angliolupoides es una variante de sarcoides tuberoso. Sin embargo, en los últimos años hemos visto publicaciones de formas verrucosas,⁴ soriasiformes,⁵ y subcutánea calcificada.⁶

Como quiera que la sarcoidosis es una afección sistemática, debe dudarse su planteamiento cuando sólo se ha comprometido un solo órgano.⁷

Desde el punto de vista hístico el granuloma sarcoideo se ha reproducido con muchos agentes,⁸⁰ sin embargo, el de la entidad que nos ocupa, está aún por dilucidar, aunque no han faltado defensores de agentes causales.¹⁰

Prueba de Kvein: utilizando suspensiones tisulares (ganglio linfático de pacientes sarcoideos) como antígenos, se inyecta 0,1 ml intradérmico, a las 4-6 semanas, se forma un nódulo de 0,5 cm de diámetro aproximadamente que después se examina hísticamente, y es positiva si reproduce el granuloma sarcoideo.



Figuras 1 y 2. Lesiones infiltradas en frente y mejillas.

Figura 4. Elementos pápulo-nodulares en MS.



Figura 3. Lesiones escamosas en cuero cabelludo.

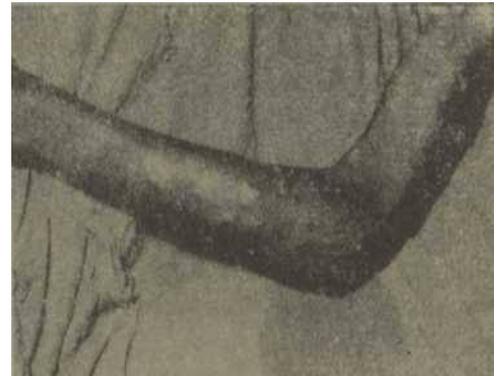


Figura 5. Imágenes radiotransparentes al nivel de las falanges proximales (compatibles por los descritos por Jungling).

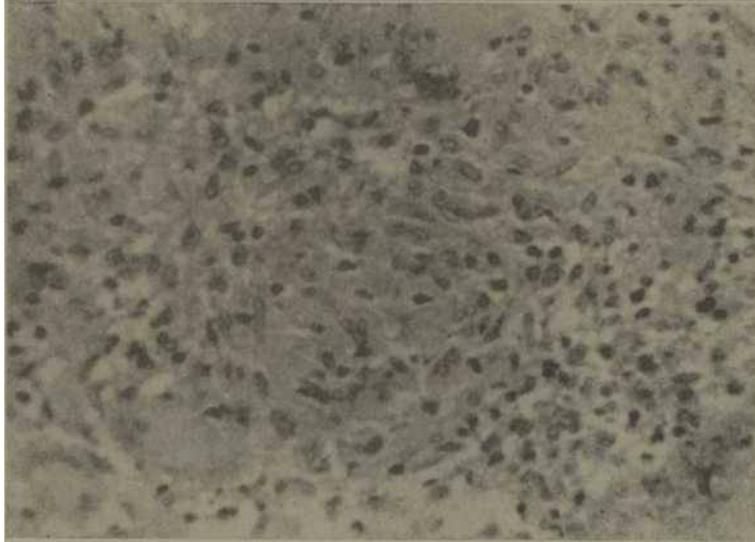


Figura 6. *Células epitelioides, infiltrado linfocitario y células gigantes (ganglio).*

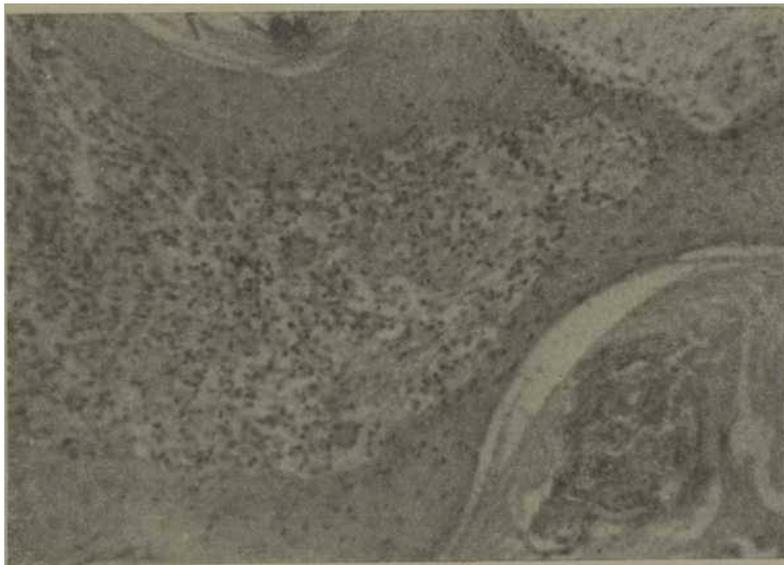


Figura 7. *Células epitelioides y numerosas células gigantes (piel).*

SUMMARY

Hernández Hernández, L.; V. Alvarez Díaz. *Cutaneous sarcoidosis: presentation of a case.* Rev Cub Med 20: 4, 1981.

A typical case of sarcoidosis from clinical and histological prospects with lesion in the skin and nodes (biopsy in these organs was conclusory) is presented. The patient is a Cuban black man, 64 year old, who in addition showed hypergammaglobulinemia, as well as increasing IgG and IgM fractions on electrophoresis and immunoelectrophoresis, respectively. Radiological images suitable to osteitis pseudocystoid failing (Jüngling's disease) were also found.

RESUME

Hernández Hernández, L.; V. Alvarez Díaz. *Sarcoïdose cutanée: a propos d'un cas.* Rev Cub Med 20: 4, 1981.

Les auteurs rapportent un cas typique de sarcoïdose, du point de vue clinique et histologique, avec des lésions de la peau et des ganglions (organes où la biopsie a été déterminante). Il s'agissait d'un homme de la race noire, âgé de 64 ans, cubain, lequel a présenté, en plus, hypergammaglobulinémie, ainsi qu'un accroissement des fractions IgG et IgM dans l'électrophorèse et l'immunoélectrophorèse, respectivement. Les images radiologiques obtenues s'accordaient aux lésions osseuses pseudokystiques de la maladie de Jüngling.

RE3KME

ypaaaaoc žipassaec, A. a B. Aabsapec äusc. tt.oxüwi capK0üf10S i'peacT&Bjiensse oanoro cayseñ. Rev Cub M@d 20: K, 1981.

B aecTORmeñ paoo?e npeaCTaBjihQTCH cayman,-fi- to^kh spew* oh- BH'iecrcoB vj rHc?o;jiORH^ecKoi!, c nopaiannRim koxh h raifrjmil op— T8H0B, b KOTopBDc 6noncn>! «BHJiact aaKJumanmofl) y uysMniK 3épnol paca, 64 üqt, jryOwma, itofopHB, «poue Toro, hmOji mnoprauMar- JIO0yJIHH6HKK), a T3KI0 yB8JI0*19Ht1&(JjpaKIJHM IgG H 1\$,! B 3JI0KTpO- \$0pe38 H H;ztüyHO8JI0KTpO\$Ope3e COOTB0TCTB6H1TO, KpOMS OfiHapy*0HHH paa3OJI0raq0CKMX CHMUKOb) COOCTaBHMHX C nC0BfiOKHCTO3HHUH KOCT humh aeLeKTaMH XysrjiHHra.

BIBLIOGRAFIA

1. By lui, E. et al. *Am J Epidemiol* 97: 355, 1973.
2. Oteiza, A.: *F. León Blanco. Un caso de linfogranulomatosis benigno o enfermedad de Boeck.* Schauwmann. Boletín de la Sociedad Cubana de Dermatología y Sífilis. Ef. Seg. enero-marzo. V. III. No. 1. 1946.
3. Gay Prieto, J. *Dermatoldgía.* 7ma. ed. P. 32S. Ed. Científico Médico. Barcelona, 1971.
4. Shemunes, E. et al. *Arch Derm* 102 (6): 665, Philadelphia, Dec., 1970.
5. Jean, S. *Philadelphia. Arch Derm* 106: Dec., 1972.
6. Jeffrey, J. et al. *Subcutaneous sarcoidosis with calcification.* *Arch Derm* 106: Dec, New York, 1972.
7. Gunter, W. K. *Editorial Científico Ledice* 1972. *Dermatología Oftálmica.* P. 29.
8. Kinmont, P. O. C. *Br J Derm* 77: 335, 1962.
9. Rocha, G.; S. Fraga. *Arch Derm* 85: 406, 1962.
10. Byrne, E. *Am J Epidemiol* 97: 355, 1973.

Recibido: octubre 4, 1979.

Aprobado: junio 25, 1980.

Dr. Luis Hernández Hernández
Hospital docente "Gral. Calixto García"
Ciudad de La Habana.