

HOSPITAL DOCENTE CLINICOQUIRURGICO "10 DE OCTUBRE"
SERVICIO DE DERMATOLOGIA

Sarcoidosis: a propósito de un caso interesante

Dra. Angela Honrubia Romero, Dr. Remberto Peñate Molina, Dra. Silvia García Rivas, Dr. Roberto Mederos Cuesta, Dra. Consuelo Vergara Inerarity, Dr. René Mjyares López

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa, sistémica, de origen indeterminado. Se realiza una revisión del tema, tanto del tipo transitorio o subagudo como del tipo persistente o crónico. Se ilustra con un paciente diagnosticado de sarcoidosis en el Servicio de Dermatología del Hospital Docente Clínicoquirúrgico "10 de Octubre" con manifestaciones sistémicas en ganglios, hilios pulmonares y piel. Se trata de un paciente de 49 años de edad, de la raza negra, con antecedentes de padecer drepanocitemia y asma bronquial. El diagnóstico se sospecha por la clínica de las lesiones cutáneas y se confirma con el estudio histopatológico. Como dato de interés está el hecho de que hace unos 4 años fue diagnosticado de padecer de un linfoma folicular gigante y posteriormente como una enfermedad de Hodgkin. Recibió tratamiento basado en dichos diagnósticos.

INTRODUCCION

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa, sistémica, de causa no determinada, que evoluciona durante años y que puede afectar diversos órganos, especialmente ganglios linfáticos, pulmones, hígado, bazo, piel, ojos, corazón, riñones, huesos, etcétera.

Su diagnóstico es en ocasiones difícil, se logra hacerlo después de correlacionar el cuadro clínico e histopatológico y de descartar otras enfermedades granulomatosas de las cuales hay que diferenciarla.

A medida que los exámenes radiológicos de tórax se han ido sistematizando, el diagnóstico de la sarcoidosis ha ido en aumento.

* Especialista de I Grado en Dermatología. Instructora.

** Especialista de II Grado en Dermatología. Jefe del Servicio de Dermatología. Profesor Asistente.

*** Especialista de I Grado en Dermatología.

**** Especialista de I Grado en Dermatología. Profesora Asistente.

***** Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Departamento de Anatomía Patológica.

Es más frecuente en la raza negra, en el sexo femenino y entre la tercera y la quinta década de la vida. El paciente al cual nos referimos presentaba lesiones cutáneas, lesiones en ganglios linfáticos y en pulmones, por lo que lo consideramos demostrativo de una sarcoidosis.

Presentación del caso

Paciente M.P.F. del sexo masculino, de 49 años de edad, de la raza negra y jubilado. Ingresó en el Servicio de Medicina el 15-6-81, pertenece al área de salud de Párraga, su historia clínica es la 412938.

Historia de la enfermedad anterior: antecedentes de tumoración en región anterior del cuello, de aproximadamente 1 año de evolución.

Antecedentes patológicos personales: coriza, obstrucción nasal desde hace 2 años, drepanocitemia y asma bronquial.

Examen físico: lesión tumoral de aproximadamente 3 cm de diámetro en región anterior del cuello, que se moviliza con los movimientos de la lengua, dura, no dolorosa, redondeada, no adherida a planos profundos. Tiroides normal.

Planteamientos: 1. Quiste tirogloso. 2. Adenopatía.

Exámenes complementarios: rayos X de tórax con opacidad de los hilios. Vista lateral con tendencia nodular.

Tomografía: árbol bronquial principal permeable. Ligera compresión entre el bronquio del lóbulo superior e inferior.

Fluoroscopia: la opacidad de los hilios no tiene latidos.

Eritrosedimentación: 45 mm.

El resto de los exámenes se encuentra dentro de límites normales.

Se le realiza el 18-6-81 la exéresis y biopsia del nódulo descrito.

Saló de alta el día 21-6-81, con el diagnóstico provisional de adenopatía.

El 25-6-81 llega el informe histopatológico con el diagnóstico de linfoma linfocitario bien diferenciado en forma nodular (linfoma folicular gigante).

Por consulta externa se le realiza medulograma cuyo resultado no permite llegar a un diagnóstico concluyente.

Se le realiza además la prueba del yodo radiactivo y se informa con sensibilidad ligera.

Ingresó por segunda vez el 21-7-81 para tratamiento en Medicina Interna.

Examen físico: se observa adenopatía lateral del cuello y submaxilar. Se palpa y percute esplenomegalia. El 26-8-81 es valorado por Dermatología, se describen lesiones en placas pequeñas eritematoescamosas en párpados superiores. Se observa una lesión de aspecto tumoral en el ala externa de fosa nasal derecha. Se detecta una dermatitis, un absceso y una sarcoidosis.

Exámenes complementarios

Rayos X de tórax: ligero ensanchamiento del mediastino superior con engrosamiento en forma nodular del hilio derecho que debe estar en relación con su enfermedad de base.

Rayos X de senos paranasales: disminución de la transparencia del seno maxilar derecho.

Linfografía: conducto torácico con ligero ensanchamiento del mediastino superior. Engrosamiento de hilio derecho de forma nodular.

Eritrosedimentación: se mantiene en 45 mm.

El resto de las investigaciones son normales.

Se ^{el traslado a} g, ere ^a Cirugía Para realizar esplenectomía. La misma se realiza el 27-8-81.

El día 2-9-81 llega el resultado de Anatomía Patológica del bazo, donde se informa que no se observan alteraciones neoplásicas en el mismo.

Se egresa el 8-9-81 con diagnóstico de linfoma linfocitario diferenciado y sinusitis del seno maxilar derecho.

Se le indica el tratamiento con citostáticos y radiaciones, no se precisan las dosis ni el tiempo de los ciclos.

Reingresa por tercera vez el 29-7-82 por presentar dolores articulares en región lumbosacra y en los hombros.

Examen físico: se comprueban adenopatías profundas, no dolorosas en región lateral izquierda del cuello y superficiales en regiones inguinales.

Exámenes complementarios

Recuento global de eosinófilos: 700 x mm³.

Exudado faríngeo: positivo de Klebsiella.

Exudado nasal: estafilococo, coagulasa positivo.

Rayos X de senos paranasales: engrasamiento mucoso del seno maxilar derecho. *Examen óseo:* no se observan lesiones.

El resto de las investigaciones se encuentra dentro de límites normales.

Se egresa el 12-8-82 con el diagnóstico de linfoma.

Se mantiene chequeado por consulta externa de Medicina Interna y es jubilado.

En agosto de 1983, es valorado por Dermatología por nuevas lesiones cutáneas. Se cita para valorar por el colectivo de dicha especialidad y se recomienda biopsia de piel, que se informa el 3-10-83, como una "lesión granulomatosa compatible con sarcoidosis con hiperplasia pseudoepiteliomatosa por encima de ésta".

Se cita para ingresar en Dermatología.

Ingresa el 7-11-83.

Interrogatorio: disnea en ocasiones.

Examen físico: se observan adenopatías en región cervical y cadenas laterales del cuello. Lesiones nodulares amarillentas que confluyen formando lesiones vegetantes en ambas ventanas nasales que se extienden a mucosa nasal. Lesiones en placas eritematosas y algo amarillentas en párpados superiores e inferiores y ángulo interno de ambas órbitas. Lesión nodular en región parotídea izquierda.

Exámenes complementarios

Electroforesis de proteínas: g %

— Proteínas totales: 9,0 g %

— Albúmina: 4,7 g % - 54 %

— Alfa 1: 0,7 g % - 2 %

— Alfa 2: 0,8 g % - 8 %

— Beta: 1,1 g % - 12 %

— Gamma: 2,2 % - 24 %

Prueba de Huck: negativa.

Entrosedimentación: 12 mm

Coagulograma:

— Coagulación: 9 minutos.

— Tiempo de sangramiento: 1 minuto.

— Coágulo retráctil.

— Calcio en sangre: 10 mg %.

Prueba de Mantoux: 0 mm.

Placa de tórax: imágenes alveolares y yuxtacardíacas con moteado hiliar sugerente de bronquiectasia. El mediastino presenta un engrasamiento discreto que tiende a la lobulación.

Rayos X de manos y pies: no se observan alteraciones de los huesos de las extremidades.

Tomografía: los cortes tomográficos definen mucho mejor el ensanchamiento del hilio, se observa en el broncograma aéreo que los bronquios de origen son permeables.

Electrocardiograma: dentro de límites normales.

Se indica nueva biopsia de ganglio, la cual se informa el 14-12-83, como una adenitis granulomatosa compatible con sarcoidosis.

Se le plantea al Departamento de Anatomía Patológica una revaloración de todas las láminas anteriores y se concluye el caso como una sarcoidosis sistémica.

COMENTARIOS

La sarcoidosis es una enfermedad sistémica que puede afectar a muchos órganos y con frecuencia afecta la piel.¹

Se distingue un tipo transitorio subagudo y un tipo persistente crónico. En la sarcoidosis transitoria subaguda se encuentra un eritema nudoso asociado a adenopatías hiliares, fiebre, poliartritis migratoria e iritis aguda.

En la sarcoidosis persistente crónica aparecen lesiones cutáneas en aproximadamente la cuarta parte de los enfermos.²

Entre las características clínicas más importantes de la sarcoidosis está la disparidad entre la participación extensa de los órganos y el grado mínimo o ausencia de síntomas. El comienzo puede ser asintomático con adenopatías hiliares bilaterales y a veces participación pulmonar como única manifestación visible.

La participación pulmonar se caracteriza por la infiltración de las paredes alveolares por los granulomas sarcoideos que a medida que van curando son sustituidos por tejidos fibrosos.³

La participación extrapulmonar en ganglios linfáticos consiste en hipertrofia de los ganglios superficiales y mediastínicos, los cuales no crecen como los del linfoma avanzado ni provocan compresiones de órganos vecinos.⁴

Entre las manifestaciones cutáneas podemos observar nodulos de consistencia sólida, profundos, de aspecto céreo, semitranslúcido, amarillento o violáceo pálido, indoloros a la palpación y no producen prurito, ni reacción inflamatoria circundante, así como que rara vez se ulceran.

En las lesiones oculares se observa tejido sarcoidótico en la uvea que produce síntomas y signos idénticos a los de la uveítis tuberculosa. Suele afectarse el nervio óptico, la retina, la esclerótica, la conjuntiva, los párpados y las glándulas lagrimales.⁵

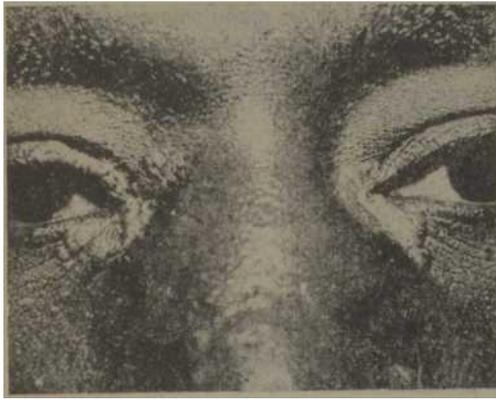
Entre las lesiones óseas se describen 3 tipos de alteraciones:

- a) Zonas circunscritas en diáfisis de falanges como causadas por sacabocados.
- b) Osteoporosis generalizada de algunos huesos.
- c) Enrarecimiento fino con aspecto de encaje en partes de las falanges.

Se pueden observar otras lesiones o alteraciones en mucosa nasal, amígdalas, glándulas mamarias, etcétera.

En relación con la histogénesis, *Lever*² señala que en la sarcoidosis existe un estado particular de reactividad del huésped, caracterizado por una depresión de las reacciones de hipersensibilidad retardada, sin embargo la hipersensibilidad humoral o inmediata no se deteriora.

La prueba de Kveim es muy útil, ya que reproduce históricamente, cuando es positiva, al granuloma sarcoideo⁶ (figuras 1 a la 4).



Figuras 1 y 1A. Se observan lesiones nodulares localizadas en los ángulos internos de ambos ojos y en las alas nasales.



Figura 2. Lesión granulomatosa en tejido celular subcutáneo que incluye algunos anejos. H. E. 10 X.



Figura 3. Lesiones granulomatosas en corte de ganglio linfático donde se observan células gigantes y algunos granulomas confluentes. H. E. 20 X.



Figura 4. *Lesión granulomatosa en corte de linfonodo, donde se aprecia en el extremo inferior derecho un cuerpo asteroide, que confirma el diagnóstico de sarcoidosis H. E. 20 X.*

SUMMARY

Honrubia Romero, A. et al.: *Sarcoidosis: apropos of an interesting case.*

The sarcoidosis is a granulomatous, systemic disease of unknown etiology. The subacute or transitory form as well as the chronic or persistent form are reviewed. The case of a black patient, aged 49 years with history of suffering drepanocytomia and bronchial asthma, who was diagnosed of suffering sarcoidosis at the "10 de Octubre" Clinicosurgical Teaching Hospital, Department of Dermatology, is exposed. Diagnosis was suspected by skin lesions and proved by histopathologic study. Four years ago the patient was diagnosed of suffering a giant follicular lymphoma and, furtherly, Hodgkin's disease; he was treated according to such diagnosis.

RÉSUMÉ

Honrubia Romero, A. et al.: *Sarcoidose: a propos d'un cas intéressant.*

La sarcoidose est une maladie granulomateuse, systémique à origine indéterminée. Une revue est faite sur cette maladie, aussi bien sur le type transitoire ou subaigu que sur le type persistant ou chronique. Il est présenté un malade avec le diagnostic de sarcoïdose, traité dans le Service de Dermatologie de l'Hôpital Universitaire Clinico-chirurgical "10 de de Octubre", lequel présentait des manifestations systémiques au niveau des ganglions, des hiles pulmonaires et de la peau. Il s'agit d'un sujet âgé de 49 ans, de la race noire, avec des antécédents de drépanocytémie et d'asthme bronchique. Le diagnostic est soupçonné d'après la clinique des lésions cutanées, et il est constaté par l'étude histopathologique. Comme fait intéressant, il est signalé qu'il y a 4 ans il a été diagnostiqué comme porteur d'un lymphome folliculaire géant et, ultérieurement, comme une maladie de Hodgkin, et il a reçu des traitements à partir de ces diagnostics.

BIBLIOGRAFIA

1. *Lever Walter, F.*: Histopatología de la Piel. 3ra ed., Editora Ciencias Médicas, 1964. Pp. 285-291.
2. *Lever Walter, F.; Sehaumburg-Lever, G.*: Histopatología de la piel. 5ta ed. Editora Intermédica, 1978. Pp. 185-189.
3. *Corwin, H.; H. Garlan*: Enfermedades del Tórax. Ciudad de La Habana, Edición Revolucionaria, 1968. Pp. 561-577.
4. *Cecil Loeb*: Tratado de Medicina Interna. 10ma ed. V.1. Ciudad de La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 1983. Pp. 252-261.

5. *Hanno, R.; J. P. Callen:* Sarcoidosis. Clin Med Norteam 64 (5): 839-856, Sept., 1980.
6. *Hernández, H. L.; V. Alvarez Díaz:* Sarcoidosis Cutánea: Presentación de un caso. Rev Cub Med 20: 4, 1981.

Recibido: 13 de enero de 1986 Aprobado: 13 de febrero de 1986

Dra. *Angela Honrubia Romero*
Hospital Clínicoquirúrgico "10 de Octubre"
Ciudad de La Habana
Cuba