

# *La Sarcoidosis*

Por el Dr. **Egon** Werner<sup>4</sup>)

Rev. Cub. Med. 9: 139-145. Marzo-Abril 1970

## INTRODUCCION

La sarcoidosis (*Morbus Besnier- Boeck-Schaumann*) es una enfermedad que se presenta relativamente poco en la República de Cuba. Por lo tanto, es razonable una demostración de las diferentes manifestaciones de esa enfermedad en la forma de sarcoidosis pulmonar. También es posible que en la República de Cuba se presente un aumento del número de enfermos, como se ha visto demostrado en muchos países. Estos son los países en que específicamente la tuberculosis es bien combatida y a causa de ello retrocede continuamente. Es por lo tanto esto, otro motivo para prestarle atención a esta granulomatosis especial.

### *Patogénesis*

La sarcoidosis se presenta prácticamente en todos los órganos del cuerpo. Pero en la mayoría de los casos son afectados los pulmones, así como la cadena de ganglios linfáticos. El substracto histológico en conjunto son gránulos de las células epiteliales con estrechos bordes de los ganglios linfáticos y células gigantes escasas o ausentes. Se asemeja a un

tubérculo común pero nunca con caseificación.

Nosotros por lo tanto tenemos aquí que ver con una granulomatosis clara y bien definida.

La génesis de la enfermedad es con gran seguridad aún desconocida.

Hay mucho que hablar a favor de que tenemos que ver aquí con una tuberculosis especial o atípica. En la literatura alemana es aceptada una génesis de la tuberculosis (*Kalkoff, Wurm, Uclinger, Lindig, Werner* y otros). Estas se apoyan predominantemente en los siguientes hechos: en las modificaciones jóvenes se han encontrado frecuentemente micobacterias. Hay un porcentaje alto (aprox. 82) de casos que pasan de una sarcoidosis a una tuberculosis verdadera con secreción bacteriana, etc.<sup>5</sup> Además, se ha observado pasos perfectos de una tuberculosis infecciosa en morbus Boeck (*Werner*). El mismo cuadro histológico y el mismo "cuadro florido" del ataque a otros órganos muestra un estrecho entrelazamiento entre ambas enfermedades. Con el aumento del número de enfermos hoy que llamar también la atención sobre un aumento del número de enfermedades profesionales de sarcoidosis en los expuestos a la tuberculosis (*Werner*).

---

<sup>4</sup> Asesor de Tisiología en el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba. 23 y N. Vedado, Habana, Cuba.

Las anamnesis familiares mostraron también un comportamiento en el mismo sentido hacia la tuberculosis y hacia la sarcoidosis, es decir, una disposición a la tuberculosis significa también una disposición a la sarcoidosis.

Hay también autores, los cuales junto a una génesis de la tuberculosis quieren hacer valer otras causas. Esto contradice directamente el término del fenómeno de la sarcoidosis (*Werner*) y el hecho, que la frecuencia de la enfermedad experimenta un aumento en los diferentes países. Una polietilogía es aquí difícil de imaginar.

A favor de la génesis tuberculosa de la sarcoidosis está el hecho de que con la quimioterapia moderna de la tuberculosis se observan procesos semejantes en los tejidos tuberculosos a los que se acostumbran a ver en la sarcoidosis. Con esto se desplaza el centro de gravedad claramente del bacterium tuberculosis hacia el terreno, sobre el cual el productor actúa (*Lindig*). *Heümeyer*, *Wurn* y *Reindell* hablan de una hiperergia histiocitaria en relación con esto. Según *Kalkoff* tenemos una disminución de la virulencia de las microbacterias en el caso de la reacción del otro tipo del organismo sobre una infección correspondiente, debiéndose mirar esto como lo decisivo.

El nivel actual de los conocimientos justifica la suposición, que el origen de una sarcoidosis se trata de un suceso complejo. Después de una infección con microbacterias de diferentes grados de virulencia como agente causante se llega, contando con la disposición correspondiente, a una enfermedad en el sentido de la sarcoidosis. El sistema retículo endotelial distribuido en todo el cuerpo toma una posición especial al observar este fenómeno patológico. Análogamente a la tuberculosis debe de

contarse con una enfermedad de sarcoidosis de la fase de generalización.

### *Epidemiología*

En los años 1950 y 1952 se contaban en Europa por cada 100 tuberculosos pulmonares, con un caso de sarcoidosis. Mientras tanto se ha modificado esta relación. En la RDA encontramos en 1967, por cada 30 tuberculosos, un caso de sarcoidosis. También en otros países se ha comprobado un aumento, específicamente allí donde la tuberculosis es mejor combatida. (¿Cambio de forma de la tuberculosis? ¿Resistencia a la isoniacida? ¿Bacterias con virulencia disminuida como causa?)

Mediante un uso sistemático de la radiografía son encontrados la mayoría de los casos (aprox. 90%) (*Werner*). Nosotros encontramos predominantemente enfermedades en el estadio I, es decir, en el campo de las cadenas de ganglios.

El estadio inicial con participación de las cadenas de ganglios es desconocido primeramente para la mayoría de los pacientes, o sea, no causa esencialmente dolor alguno, que obligue al paciente a ir al médico. Al averiguar con más precisión la anamnesis se ha demostrado algunas veces ciertos *deseos de toser*. Estos deseos de toser son considerados por los pacientes después de una larga presencia como fastidiosos. Esto aclara el porqué nosotros descubrimos aún radiográficamente la gran mayoría de los casos.

En otros estadios más avanzados se une a esto una cierta disnea y en el caso de una fibrosis bien acentuada, finalmente, una fuerte disnea con una sensación de enfermedad y la aparición de sobrecarga de la parte derecha del corazón o insuficiencia derecha del corazón. Clínicamente se puede comprobar aquí

una reducción frecuente de la inflamación de la tuberculina. aunque en los últimos tiempos se llama la atención sobre algunas variaciones.

Además, se encuentran frecuentemente una hipercalcemia y una reproducción de la gammaglobulina en las fracciones de la sangre. Excepto en la fase inicial la reacción de descenso de la presión sanguínea es casi siempre normal. Una disminución acelerada adicional de la presión sanguínea es sospechosa de conducir a una tuberculosis verdadera. Una cierta eosinofilia es posible. En conjunto los signos clínicos son poco característicos. Por *Kveim* fue dada una reacción específica: aquí son producidas, mediante la inyección subcutánea (de tejidos sarcoidosis esponjosas, en el lugar de la inyección, granulomas carcoidósicos. También la *broncoscopio* puede ayudar: característicos son la hiperemia y la inflamación de la mucosa (vasos serpenteantes y dilatados en medio de la mucosa pálida).

El síntoma principal es la placa radiográfica del tórax. Siguiendo a *Heilmeyer, Wurm* y *Reindell* se recomienda hacer aquí una división en 6 fases y 3 grupos.

Grupo I — 1. fase de la cadena de ganglios linfáticos: frecuentemente se cura espontáneamente, restitutio ad integum.

Grupo II — 2<sup>a</sup>. fase reticular extensión a los vasos linfáticos.

3. fase miliar: extensión hematogena.

4. fase mixta: formación de procesos nodulares pequeños y grandes (linfógeno y hernatógeno).

Grupo III — 5. fase confluida: grandes complejos de som

bras (en forma de alas de mariposas). Los granulomas forman grandes conglomerados y se transforman en complejas hialinas.

6. fase fibrosa: aumento de la fibrosidad, formación de bronquiectasia, enfisema, etc.

Mientras que en el Grupo II todavía es posible, la mayoría de las veces formándose una fibrosa reticular, en el grupo III no es posible una restitutio ad integum. Aquí amenaza el peligro de una insuficiencia cardíaca derecha.

#### *Terapéutica*

En el grupo I se observan frecuentemente curaciones espontáneas. El medio que se elige hoy es Prednisona. Nosotros empleamos (especialmente en el Grupo I y II) las siguientes dosis: Durante 10 días 40 mg. por día (adultos), entonces dependiendo de las circunstancias 5 mg. menos durante 5 días hasta llegar a una dosis sostenida de 5 mg./día. La dosis total es de aproximadamente 1000 mg. Con este tratamiento debe de llevarse a cabo simultáneamente una terapéutica tuberculostática con Isoniacida (5 mg./ kg. de peso) más estreptomycin (cada dos días 1 gramo hasta una dosis total de 30 g.). Los éxitos son buenos, aunque hay a veces recaídas.

#### *Prognosis*

La prognosis es en general buena, aunque hay también recaídas después de tratamientos correctos, lo cual hace necesario una nueva terapéutica estacionaria. En los estadios avanzados amenaza la insuficiencia respiratoria y después fallos de la parte derecha del corazón. En caso de enfermedades de órganos importantes como el corazón y el sistema nervioso se presentan peligros agudos.

## CASUISTICA

Nosotros deseamos describir los cuadros pulmonares más importantes.

### CASO 1:

Jochen K. nacido el 24-2-50.

Se descubrió mediante la radiofotografía. El paciente estaba completamente libre de molestias.

Placa radiográfica del 4-8-67 (Fig. 1) muestra las cadenas de ganglios linfáticos aumentados masivamente limitados policíclicamente a ambos lados.

BSR 6 + 17 mm. reacción de tuberculina de 10 mm. de induración definidamente positiva. Mediastinoscopia con investigación histológica: Morbus Boeck.

Cuadro sanguíneo normal escasa producción de la gammaglobulina, otros valores clínicos sin nada de particular.

Diagnosis: Sarcoidosis en su primera fase (fase hilar).

Terapéutica: 1000 mg. de Prednisona + Isoniacida + PAS. Se obtuvo una buena evolución regresiva (Fig. 2) radiografía del 5-1-68

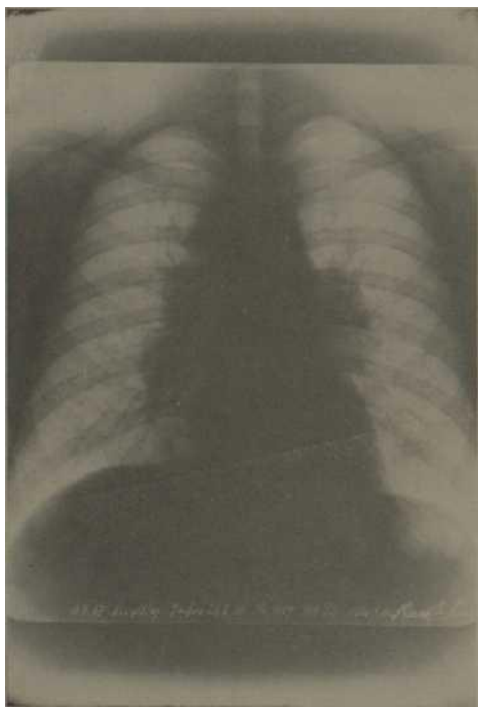


Fig. 1: J. K. nacido el 24-2-50. Radiografía del 4 Sarcoidosis I.

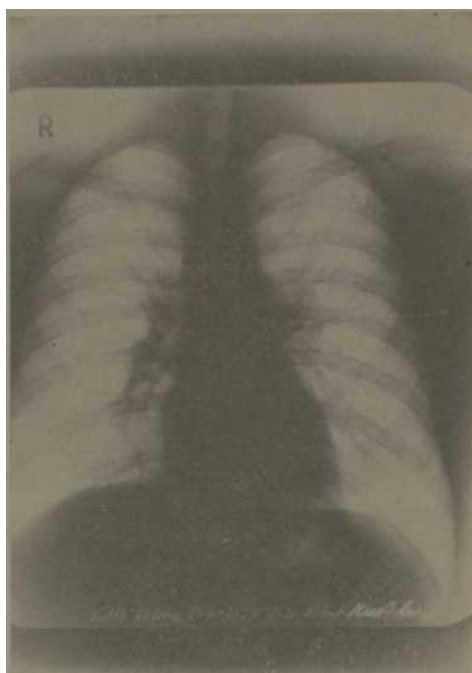


Fig. 2: J. K. nacido el 29-2-50. Radiografía del 5-1-68 (buena evolución regresiva de la sarcoidosis I).

### CASO 2:

Helmut P. nacido el 3-11-29.

Se presentó voluntariamente debido a dolores en las articulaciones de los codos y de los pies.

La radiografía del 27-5-63 (Fig. 3) muestra a ambos lados del hileo y ambos pulmones sombreados a rayas reticulares claras. Investigación histológica. Sarcoidosis.

Reacción de la tuberculina con 10 mm. positiva.

BSR 14/28, nivel sanguíneo del calcio 10.9 mg. %.

Gammaglobulina 19.2%, otros valores clínicos dentro del nivel normal.

Diagnóstico: Sarcoidosis en el estadio II —fase reticular.

Terapéutica: 2 veces 1,000 mg. de prednisona bajo la prevención de Isoniacida, PAS y estreptomina. Sólo una escasa evolución regresiva. Prognosis dudosa.

### CASO 3:

Werner R. nacido el 15-11-34.

Se presentó voluntariamente debido a tos y disnea.



*Fig. 3: H. P. nacido el 3-11-29. Radiografía del 27-5-63. Sarcoidosis II.*



*Fig. 4: W. R. nacido el 15-11-34. Radiografía del 7-12-69. Sarcoidosis III.*



*Fig. 5: F. M. nacido el 6-2-44. Radiografía del 2-3-67. Sarcoidosis II (fase 4). (diagnóstico diferencial caso interesante).*

La radiografía muestra (7-12-67) sombras en forma de manchas y rayas gruesas en ambos campos superiores y medios. Claridades parciales en forma de panal (Fig. 4).

B.S.R. 27/55, reacción de tuberculina 12 mm. positiva.

Gammaglobulina 28.2%, investigación histológica biopsia escalena. Células epiteloideas, células de Langhans gigantes ninguna caseificación.

Diagnóstico: Sarcoidosis en el grupo 111. Terapéutica: Tratamiento múltiple estacionario con prednisona bajo una prevención tuberculostática no logró mejoría alguna. El paciente presenta una insuficiencia respiratoria y una sobrecarga cardíaca derecha bien de finida con cor pulmonale.

Prognosis mala.

#### Caso 4:

Frank M. nacido el 6-2-44.

Se encontró mediante la radiografía. Placas del 2-3-67 muestran en ambos pulmones complejos de sombras que fueron identificadas como metástasis. Por esto ingresó inmediatamente en una clínica. El paciente no tenía dolor o molestia algunos.

B. S.R. 2/3 mm. Reacción de tuberculina de 7 mm. (límite para Europa 6 mm.) positiva. Mediastinoscopia: Sarcoidosis.

Diagnosis: Sarcoidosis del Grupo II (fase 4).

Terapéutica: 1000 mg. pregnisona, 30 g. es. treptomocina, 65 g. isoniacida y 290 g. PAS. Con esto se logró una buena evolución regresiva.

La Fig. 5 muestra un cuadro raro de esta sarcoidosis del paciente de 23 años de edad en aquel entonces. Se trata de una rareza entre más de 300 casos tratados por nosotros.

(Reconocimiento: *Los documentos radiográficos y los datos clínicos son de la "Clínica Robert Koch" de Leipzig, el director médico OMR Dr. K. J. SCHROEVER me los envió por lo que le estoy muy agradecido.*)

La sarcoidosis es una enfermedad que presenta formas muy variadas. Algunos problemas están aún sin resolver y es posible que esa enfermedad nos ocupará crecientemente, pues se observa un aumento general.

Las manifestaciones clínicas y radiográficas más importantes son expuestas y explicadas mediante cuadros.

La sarcoidosis es una granulomatosis histológicamente bien delimitada, en la cual se señalan como agentes productores micobacterias de diferente grado de virulencia, habiendo muchas pruebas de esto.

#### RESUMEN

Con este artículo debe prestársele atención en la República de Cuba a una enfermedad poco frecuente, pues en muchos países se informa de un aumento del número de enfermos.

#### SUMMARY

With this article special attention should be given in Cuba to this rare disease, since it is reported an increase in the number of its cases in many countries. Most important clinical and radiographic manifestations are exposed and explained through pictures. Sarcoidosis is a granulomatosis histologically well delimited, in which mycobacterias are pointed out as producing agents of different degrees of virulence, which has been widely proved.

#### RESUME

Avec cet article une attention spéciale doit être prêtée à Cuba à une maladie peu fréquente, laquelle dans plusieurs de pays on informe d'une augmentation du nombre des malades. Les manifestations cliniques et radiographiques plus importantes sont exposées et expliquées moyennant des cadres. La sarcoidose est une granulomatose histologiquement bien délimitée, dans laquelle on signale comme agents producteurs des mycobacterias des différents degrés de virulence, avec beaucoup de preuves.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Heilmeyer, L.; Wurm, K. u. Reindell, H.*: Der Lungenboeck im Rontgenbild, Thieme. Stuttgart, 1958.
2. —*Kalkoff, K. W.*: Die Sarkoidose-Tbk. Arst. 7. (1953), 588.
3. —*Lindig, II.*: Die boecksche Lungenarkran- kung in W. Hirsch-Lungenkrankheiten im Rontgenbild Thieme, Leipsig 1959.
4. —*Lindig, IT.*: Morbus Boeck in A. Sunder- mann. Lehrbuch der inneren Medizin, Bd. I, Fischer, Jena 1964.
5. —*Loffler, II. u. IV. Benrens Jr.*: Morbus Boeck im Handbuch der Inneren Medizin. 4. Aufl. Bd. IV/3, Springer, Berlin-Gottin- gen-Heidelberg 1956.
6. —*Uehlinger, E.*: Beitr. Klin. Tuberk 114 (1955), 17 zit. n. Lindig.
- l. —*Werner. E.*: Der beutige Stand der Ront- gen-Reihenuntersuchung des Brustkorbes. Tuberk. arzt. 15 (1961), 821.
8. —*Werner.E.*: Erfalirungen eines 14-jahrigen Roontgenkatasters Prax. pneumol. 22, 1968, 654.
9. —*Werner, E.*: Uber die Zunahme der Er- krankungen an Sarkoidose Mschr Tuberk. Bekampf. 6 (1963). 305.

Utilice los servicios  
que brinda el

# Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

- Investigaciones bibliográficas
  - Copias fotostáticas de artículos
    - Revista de Resúmenes
      - Folletos
        - Edición de libros y revistas
          - Traducciones

Escríbanos solicitando informes. Apartado 6520,  
La Habana.