

## SARCOIDOSIS CON AFECTACIÓN ÓSEA

Dra. Patricia Trenc Español<sup>1</sup> / Dr. Fernando López López<sup>2</sup> / Dra. María Calderón Calvente<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Servicio de urgencias. Centro sanitario Cinco Villas. Ejea de los Caballeros

<sup>2</sup> Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

<sup>3</sup> Servicio Medicina Nuclear Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Mujer de 65 años de edad, hysterectomizada hace 12 años como único antecedente de interés, sin tratamiento farmacológico habitual.

Acude a la consulta de Atención Primaria aquejando polimialgias generalizadas, más intensas en extremidades inferiores, astenia y dolor abdominal difuso ocasional, síntomas todos muy inespecíficos, de larga evolución. No refería sintomatología aguda ni fiebre. A la exploración, palidez mucocutánea, y debilidad. La auscultación cardiopulmonar resultó rigurosamente normal, pero la exploración abdominal puso de manifiesto una masa palpable dolorosa en mesogastrio de unos 3 cm de diámetro.

Ante este hallazgo, se decidió derivar para estudio al Servicio de Urgencias, con el diagnóstico de sospecha de tumoración abdominal. En Urgencias se realizó una analítica y radiografía de tórax y abdomen. Se objetivó Hb 11.6 mg/dl, Hto 32,2 mg/dl, y VSG 83 mm/h, resultando el resto de parámetros dentro de los límites de la normalidad. En la radiografía de tórax se evidenciaron múltiples imágenes

compatibles con adenopatías parahiliares. La radiografía de abdomen resultó inespecífica.

Ante estos hallazgos y planteando inicialmente como posibles diagnósticos, sarcoidosis, algún tipo de linfoma o neoplasia de otra estirpe, se ingresó en el servicio de medicina interna para completar el estudio.

Se solicitó TAC toracoabdominal con contraste, evidenciándose multitud de adenopatías diseminadas por todo el abdomen, supraclaviculares, inguinales y axilares (Fig. 1a). Se realizó biopsia de una de ellas, confirmando el diagnóstico de sarcoidosis.

En la gammagrafía con Galio, se evidenciaron zonas de captación correspondientes con las adenopatías anteriormente descritas, así como captación en calota craneal y cabeza de fémur derecho (Fig. 1b), siendo diagnosticada de sarcoidosis ósea.

Se confirmó el diagnóstico mediante un SPECT-TAC

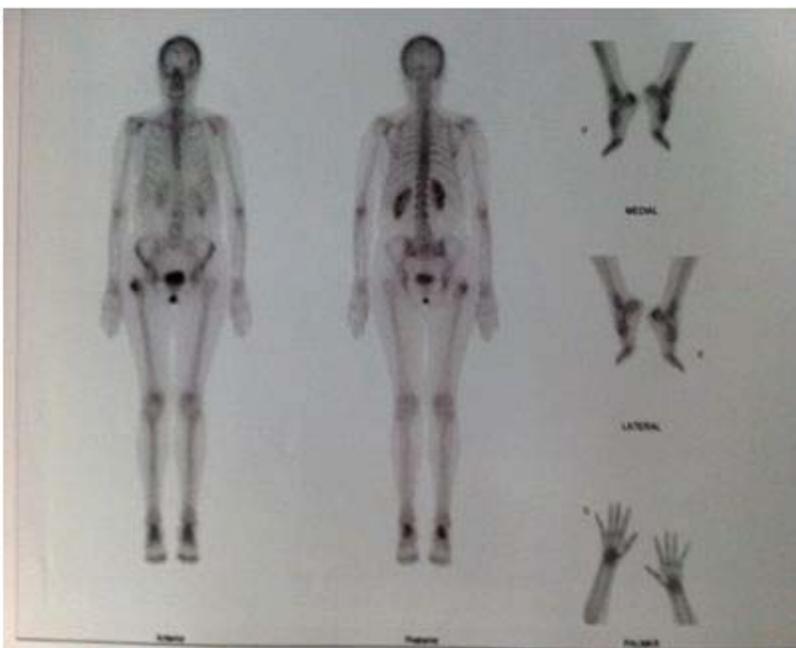
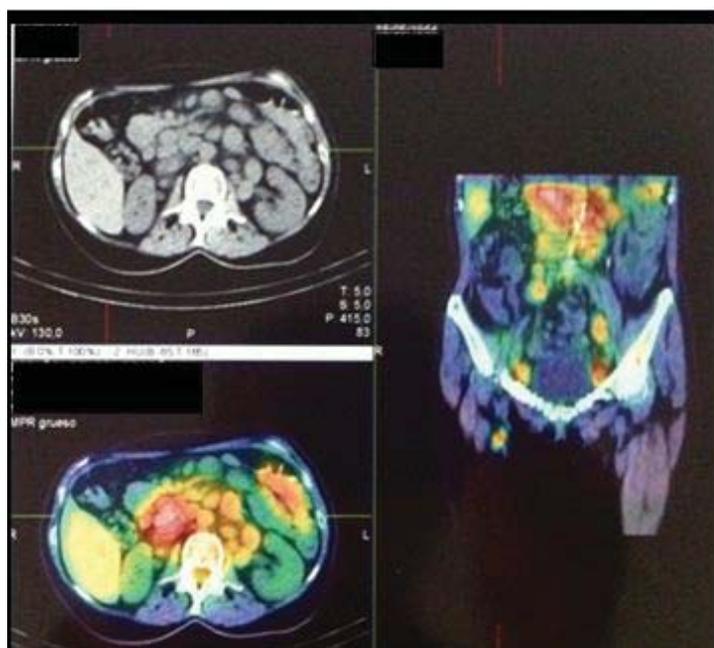


Fig. 1a.- TC abdominal con hipercaptación en adenopatías.

1b. Gammagrafía con Galio con captación en calota y cabeza fémur derecho.

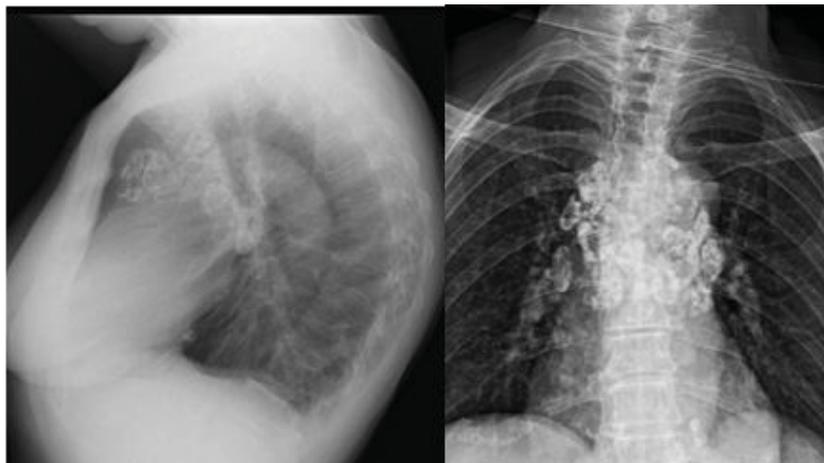


Fig. 2. Rx tórax con adenopatías perihiliares calcificadas.

Se inició tratamiento con metotrexato y terapia corticoidea durante seis meses, así como suplementos de calcio y ácido fólico, presentando una buena evolución y control de la sintomatología inicial hasta la fecha.

En sucesivos controles ha menguado la actividad inflamatoria del proceso traducida en una evidente disminución de la captación de Galio, estabilizándose clínicamente. Las adenopatías perihiliares presentan un estado crónico con importante calcificación (Fig. 2).

### DISCUSIÓN

La sarcoidosis es una enfermedad idiopática, inflamatoria, multisistémica caracterizada por la acumulación de células inflamatorias que constituyen granulomas epitelioides no caseificantes<sup>1</sup>. Habitualmente se presenta como infiltración pulmonar, adenopatías hiliares o periféricas, lesiones dérmicas y oculares. El diagnóstico requiere, además de clínica y radiología compatible, la demostración histopatológica de granulomas típicos<sup>1</sup>. El curso de la enfermedad es variable: dos tercios de pacientes presentan resolución espontánea, mientras que el resto evolucionan crónicamente, pudiendo progresar a fallo orgánico llegando incluso a la muerte<sup>1</sup>. Los corticoides orales constituyen la primera línea de tratamiento<sup>2</sup>. En los pacientes que no responden tras tres meses, debe iniciarse la segunda línea de tratamiento con inmunomoduladores y/o citotóxicos, fundamentalmente metotrexato, bien en monoterapia o combinados con corticoides orales<sup>2</sup>.

La sarcoidosis extratorácica se trata siempre, mientras que la pulmonar sólo en estadios 2-3 con síntomas moderados-graves o progresivos. La respuesta al tratamiento se evalúa a lo largo de los tres primeros meses, con el fin de finalizar el mismo o alcanzar la dosis mínima necesaria de mantenimiento. La cirugía podría estar indicada en las formas más severas<sup>2</sup>.

En España, datos epidemiológicos retrospectivos señalan una incidencia de sarcoidosis de 1,36 casos por 100.000 habitantes y año<sup>3</sup>.

La sarcoidosis ósea ha sido descrita en 1%-14% de los pacientes diagnosticados de sarcoidosis<sup>4</sup>. Una reciente y amplia serie de casos<sup>5</sup>, empleando técnicas de imagen más sensibles como RM y PET, destacan que, al contrario de lo publicado anteriormente, las localizaciones más frecuentes de la afectación ósea son el esqueleto axial (columna vertebral y pelvis).

En casos excepcionales, la enfermedad puede debutar exclusivamente con manifestaciones óseas, como fracturas patológicas<sup>6</sup>, siendo necesario en dichos casos, descartar etiología metastásica. La realización de gammagrafías con citrato de Galio o con solución de difosfonatos de tecnecio facilita en gran medida el diagnóstico<sup>7</sup>.

Según las definiciones del sistema de clasificación WASOG de la afectación orgánica en la sarcoidosis<sup>8</sup>, las lesiones de esta paciente pueden clasificarse como “probable” sarcoidosis ósea.

## BIBLIOGRAFIA

1. Morera J. Sarcoidosis y otras granulomatosis. En: Martín Escribano P, Ramos G, Sanchis J, editores. Madrid: Aula Médica. 2006. p. 1165-80.
2. Wu JJ, Schiff KR. Sarcoidosis. Am Fam Physician. 2004 Jul 15;70(2):312-22
3. Xaubet A, Ancochea J, Morell F, Rodríguez-Arias JM, Villena V, Blanquer R, et al. Report on the incidence of interstitial lung diseases in Spain. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis. 2004;21:64.
4. Shorr AF, Nurphy FT, Gilliland WR, Hnatiuk OW. Osseous disease in patients with pulmonary sarcoidosis and musculoskeletal symptoms. Resir Med. 2000;94:228–32.
5. Zhou Y et al: Clinical characteristics of patient with bone sarcoidosis. Seminars Arthritis Rheum 2017; 47: 143-146.
6. Liu B, Zhang X, Zhang W, Wang JB, Zhang FC. Solitary osseous sarcoidosis: a rare reason for pathologic fracture. Rheumatol Int. 2010 Apr 3.
7. Arroyo Palomera, E.; Navarro Beltrán, P.; Sáez Comet, L.; De la Cueva Barrao, L.; Añaños Jiménez, M.; Abós Olivares, D. Sarcoidosis ósea. Hallazgos en la exploración con citrato de Galio. Rev Esp Med Nucl. 2011; 30 :33-4
8. Judson MA, Costabel U, Dient M, Wells A, Maier L, Koth L et al: The WASOG sarcoidosis organ assessment instruments: an update of a previous clinical tool. Sarcoidosis Vas Diffuse Lung Dis 2014; 31: 19-29.