

SARCOIDOSIS CON AFECTACIÓN ÓSEA

Dra. Patricia Trenc Español¹ / Dr. Fernando López López² / Dra. María Calderón Calvente³

¹ Servicio de urgencias. Centro sanitario Cinco Villas. Ejea de los Caballeros

² Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

³ 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

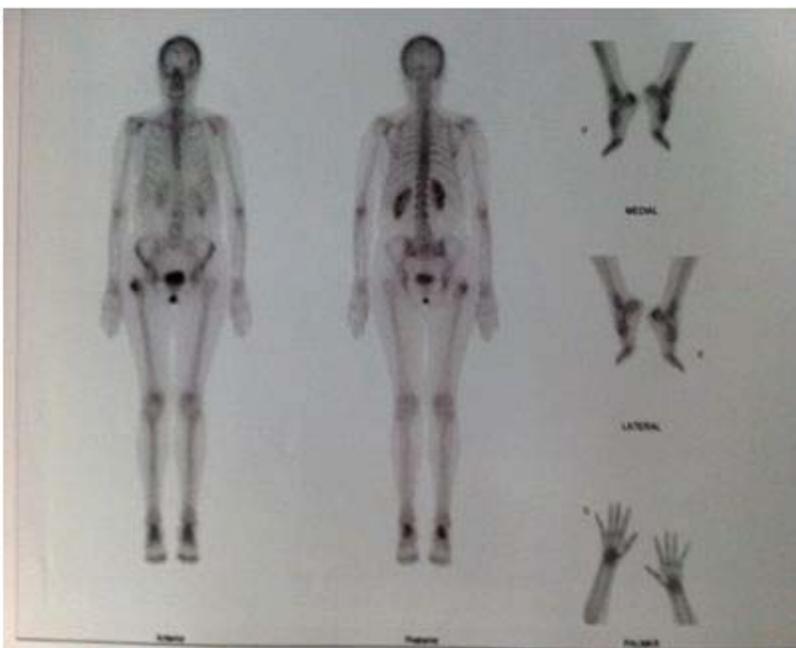
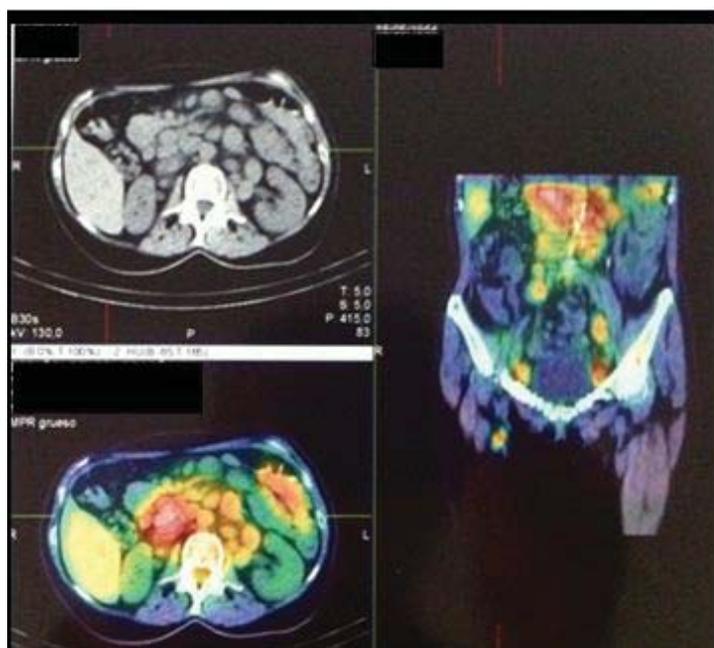


Fig. 1a.- TC abdominal con hipercaptación en adenopatías.

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

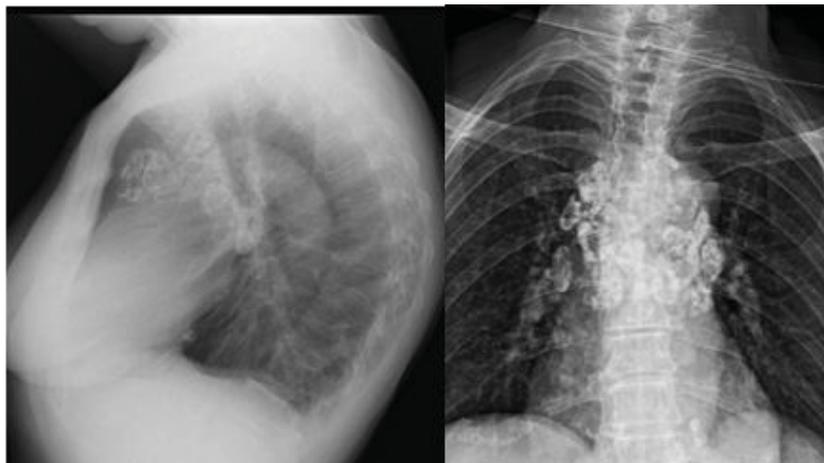


Fig. 2. Rx tórax con adenopatías perihiliares calcificadas.

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 caseificantes¹. 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 típicos¹. 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 muerte¹. Los corticoides orales constituyen la primera línea de tratamiento². 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 orales².

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 severas².

En España, datos epidemiológicos retrospectivos señalan una incidencia de sarcoidosis de 1,36 casos por 100.000 habitantes y año³.

La sarcoidosis ósea ha sido descrita en 1%-14% de los pacientes diagnosticados de sarcoidosis⁴. Una reciente y amplia serie de casos⁵, 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 patológicas⁶, 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 diagnóstico⁷.

Según las definiciones del sistema de clasificación WASOG de la afectación orgánica en la sarcoidosis⁸, 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 FamPhysician. 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. RevEspMed 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.

FIEBRE Y TORTICOLIS

Dra. María Fuensanta Ramos Castillo¹ / Dr. Cesar Naudín Royo¹ / Dr. Bleila Mohamedfadel²

¹ Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

El absceso retrofaríngeo, aunque en aumento, es poco frecuente y más prevalente en niños menores de cinco años, en los que se produce una infección de los ganglios linfáticos situados entre la pared posterior de la faringe y la fascia prevertebral. Precisa tratamiento antibiótico endovenoso y quirúrgico. Se presenta un caso de un niño con fiebre elevada de doce días de evolución con aparición brusca de torticollis.

PALABRAS CLAVE

Fiebre. Torticollis. Absceso retrofaríngeo

ABSTRACT

Retropharyngeal abscess, although increasing, is rare and more prevalent in children under five, in which the infection appears in the lymph nodes located between the posterior wall of the pharynx and the prevertebral fascia. Precise intravenous and surgical antibiotic treatment. We describe the case of a patient with a high fever of twelve days of evolution with the appearance of torticollis.

KEY WORDS

Fever. Torticollis. Retropharyngeal abscess

CASO CLINICO

Niño de 7 años de edad que acude a Urgencias por presentar fiebre de hasta 39.5°C de larga evolución, asociada a proceso respiratorio leve con rinitis, en tratamiento previo con Acetilcisteína, Ibuprofeno y Paracetamol. A los doce días presenta torticollis hacia la izquierda con odinofagia e imposibilidad para la ingesta. A la exploración física. T 38°C. Buen estado general. Triángulo pediátrico estable. Otoscopia normal. Faringe con amígdalas hipertróficas. Congestión amigdalal y de pilar anterior con lesiones aftosas en pilar anterior de lado derecho. Torticollis izquierda con dolor a palpación en musculatura paravertebral y trapecio izquierdo. Analítica: Leucocitos 16890 (N 77%, L 13.8%), PCR 44.7. Test rápido de detección Estreptococo: Positivo. Resto de parámetros analíticos sin interés. Radiografía de torax sin hallazgos y radiografía laterocervical con aumento de partes blandas prevertebrales.

Ingresó en Pediatría instaurándose tratamiento endovenoso con Amoxicilina-Clavulánico; ante

la persistencia de torticollis se realiza TAC de cuello con evidencia de hipertrofia adenoidea y amigdalal con colección poco fluida de 15 mm en su vertiente izquierda, que se extiende inferiormente de forma mal definida y poco precisa con aumento de partes blandas e hipodensidad por el espacio retrofaríngeo izquierdo (Fig. 2) y mejor delimitada por el espacio prevertebral en forma de banda líquida más fluida de 25 x 8 mm hasta el nivel C7 (Fig. 1), gran cantidad de contenido ganglionar adenopático bilateral de predominio izquierdo en los niveles II y III, lo que sugiere absceso retrofaríngeo y extensión prevertebral. Tras resultados se deriva al paciente al Servicio de ORL para drenaje de absceso.

DISCUSION

Los abscesos retrofaríngeos se pueden deber a un traumatismo penetrante en la orofaringe, infección dental u osteomielitis vertebral. Una vez infectados, los ganglios linfáticos retrofaríngeos y faríngeos laterales evolucionan en tres fases: celulitis, flemón y absceso; pudiendo causar una afecta-

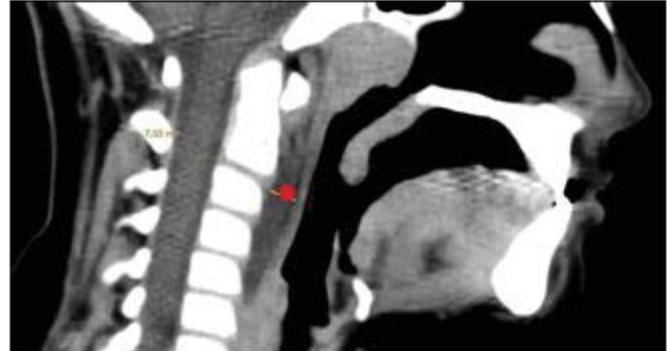
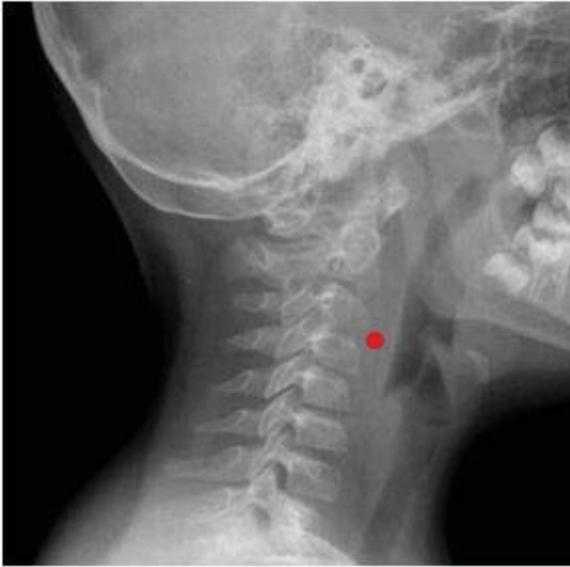


Fig. 1: Imagen 1A: Radiografía lateral de cuello partes blandas: aumento de partes blandas prevertebrales. Imagen 1B: TC Sagital con contraste intravenoso. Absceso prevertebral hipodenso de 7mm.

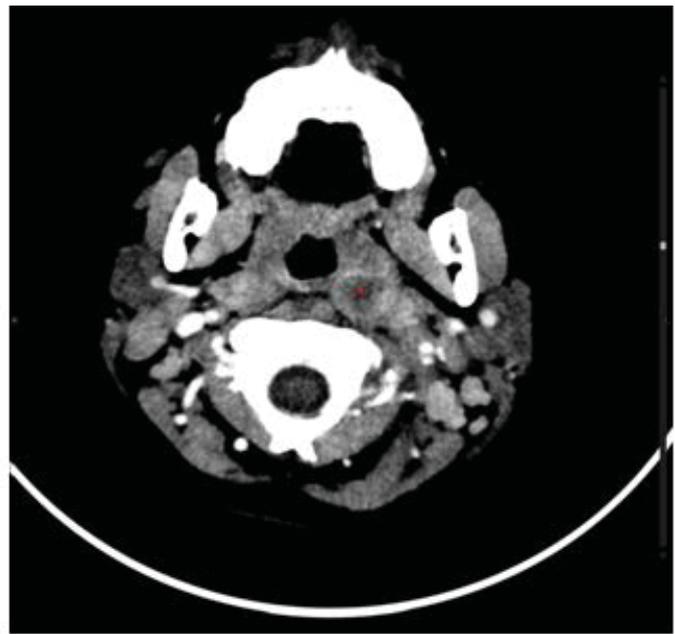
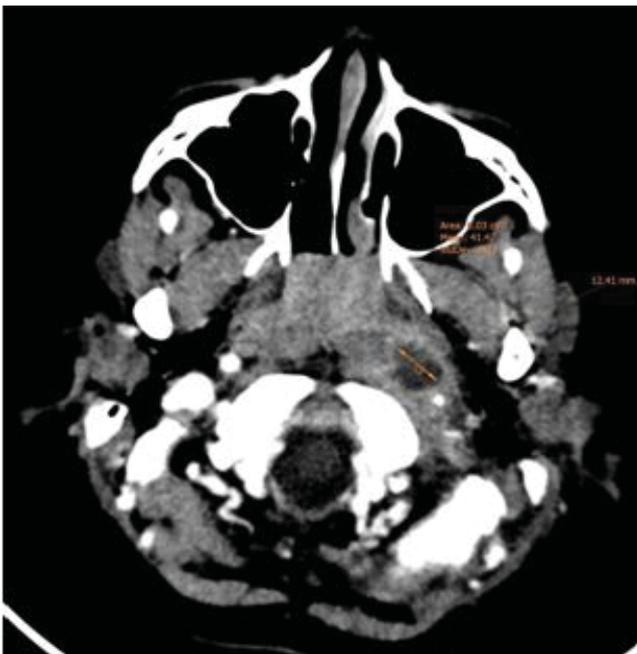


Fig. 2. Imagen 2A: TC Axial con contraste intravenoso. Absceso hipodenso en región paramigdalina izquierda (como probable origen del absceso retrofaríngeo). Imagen 2B: TC Axial extensión inferior por el espacio retrofaríngeo izquierdo.

ción de la vía respiratoria o mediastinitis posterior lo que hace esencial el diagnóstico precoz. Son más frecuentes en menores de 3-4 años, los niños con más frecuencia que las niñas y dos tercios de los pacientes tienen antecedentes de infección ótica, nasal o faríngea recientes¹. Los principales síntomas son fiebre, dolor cervical y odinofagia, mientras que los signos más prevalentes son las linfadenopatías cervicales, inflamación amigdalar y la tortícolis². Los patógenos más frecuentes son Estreptococo Beta Hemolítico Grupo A, *S. aureus* y anaerobios³. En niños menores de 2 años se ha visto un aumento de la incidencia de por *S. aureus* resistente a meticilina. Otros patógenos son *H. influenzae*, *Klebsiella* y *M. avium intracellulare*. El diagnóstico diferencial lo integran la epiglottitis aguda, la aspiración de cuerpos extraños, meningitis, linfoma y hematomas¹.

BIBLIOGRAFIA

1. Pappas D.E, Hendley J.O. Absceso retrofaríngeo, absceso faríngeo lateral (parafaríngeo) y celulitis/ absceso periamigdalino. En: Kliegman, Stanton, St. Geme, et al., editores. Nelson. Tratado de Pediatría. Volumen 2. 20a Ed. Barcelona: Elsevier España, 2016. p. 2117-2118.
2. Retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children-epidemiology, clinical features and treatment Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 74 (2010), pp. 1016-1020
3. Botija Arcos, G., Martínez Ruiz, M. y del Castillo Martín, F. Infecciones del tracto respiratorio superior. En: Guerrero Fernández, J., Ruiz Domínguez, J.A., Menéndez Suso, J.J, et al., editores. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. 5ª Ed. Madrid: Publimed España, 2011. p. 725.