

¿Tuberculosis, sarcoidosis o ambas?

Ester Lizandra Orero^a

^aHospital General de Requena.
Valencia (España)

Correspondencia:

Ester Lizandra Orero. Hospital General de Requena. C/ Casablanca, s/n. 46340 Valencia (España)

Correo electrónico:

esterlizandra@gmail.com

Recibido el 31 de mayo de 2022.
Aceptado para su publicación el 28 de diciembre de 2022

RESUMEN

Presentamos un caso clínico de una paciente de 34 años con diagnóstico simultáneo de sarcoidosis y tuberculosis, sin ser inmunodeprimida ni tener factores de riesgo para ello. Esto supone un hallazgo muy poco común, y cuando aparece suele deberse a la inmunosupresión ocasionada por el tratamiento con esteroides de la sarcoidosis. En el caso que vamos a describir a continuación este hecho no sucede, motivo por el que se le otorga relevancia. Para llegar a los dos diagnósticos se realizaron las pruebas complementarias necesarias (analíticas sanguíneas, biopsias transbronquiales, pruebas de imagen, toracocentesis y biopsias pleurales), lo que permitió instaurar el tratamiento adecuado y, en consecuencia, la mejoría de la paciente. Con la presentación de este caso se pretende recalcar la importancia de hacer un buen enfoque diagnóstico en el servicio de urgencias, haciendo un hincapié en todos los signos y síntomas tanto directos como indirectos.

Palabras clave: sarcoidosis, tuberculosis, derrame pleural.

TUBERCULOSIS, SARCOIDOSIS OR MAYBE BOTH?

ABSTRACT

We report a case study of a 34-year-old patient with a simultaneous diagnosis of sarcoidosis and tuberculosis. The patient was not immunosuppressed and did not have risk factors for this. This is a very rare finding, and when it appears it is usually due to immunosuppression caused by corticosteroid treatment of sarcoidosis. In the case reported below, this does not occur, which is why it is relevant. To make both diagnoses, the necessary complementary tests were performed (blood tests, transbronchial biopsies, imaging tests, thoracentesis and pleural biopsies), which enabled appropriate treatment to be established and, consequently, the patient's improvement. Reporting this case enables us to emphasize the importance of making a good diagnosis in A&E, emphasizing all direct and indirect signs and symptoms.

Keywords: Pleural Effusion, Sarcoidosis, Tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

Tuberculosis y sarcoidosis son enfermedades granulomatosas. Ambas se caracterizan por el desarrollo de granulomas en la histología, la tuberculosis por la presencia de granulomas con necrosis caseosa y la sarcoidosis por la presencia de granulomas no caseosos. La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) y el tratamiento se centra en la eliminación de microorganismos. La sarcoidosis es una enfermedad sistémica de etiología desconocida, por lo que no puede ser tratada etiológicamente; la base del tratamiento consiste en inmunosupresores por ser una enfermedad inmunológica sistémica^{1,2}. Entre su sintomatología, la fatiga, la depresión, la disfunción cognitiva y los síndromes dolorosos son muy frecuentes y, además, los efectos secundarios del tratamiento contribuyen a una mala percepción del estado de salud de estos pacientes³.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

Estas enfermedades se padecen de forma simultánea muy raramente⁴⁻¹⁰, y distinguirlas supone en ocasiones una dificultad diagnóstica importante. Las manifestaciones clínicas de ambas enfermedades suelen cursar con afectación pulmonar ya afectación sistémica en forma de fiebre, malestar general, anorexia y pérdida de peso. A continuación, describimos el caso de una paciente donde coincidieron las dos enfermedades.

CASO CLÍNICO

Mujer de 34 años natural de Almería, sin antecedentes de interés, que acude por fiebre de hasta 38,5 °C de predominio vespertino y pleurodinia derecha de 3-4 días de evolución con artralgias y mialgias asociadas. A su llegada, la paciente se encuentra afebril, normotensa, con frecuencia cardíaca en rango, saturando a aire ambiente a un 99% y con una exploración por aparatos anodina. En la analítica sanguínea destaca una proteína C reactiva de 11,34mg/dL, un dímero D de 944 y enzima convertidora de la amgiotensina de 61, con el resto de los parámetros de hemograma, bioquímica, coagulación, sedimento de orina y orina de 24 horas dentro de la normalidad. Reacción en cadena de polimerasa SARS-CoV-2 negativo. La radiografía de tórax muestra un engrosamiento pleural y tractos fibrosos apicales bilaterales con un granuloma calcificado apical derecha y un mínimo pinzamiento del seno costofrénico derecho (**figura 1**). En el electrocardiograma se observa un ritmo sinusal a 79 lpm con un hemibloqueo incompleto de rama derecha.

La angiografía por tomografía computarizada (angio-TC) muestra micronódulos en ambos lóbulos superiores de marcado predominio apical bilateral que en el lóbulo superior derecho forman al menos un conglomerado (**figura 2**), moderado derrame pleural derecho y un parénquima hepático con patrón de densidad muy heterogéneo, con aparentes micronódulos de distribución difusa; todo ello plantea un diagnóstico diferencial entre sarcoidosis y tuberculosis activa con afectación pulmonar. Tras los hallazgos, se decide ingreso hospitalario de la paciente para completar estudio. Se realiza una

Figura 1. Radiografía de tórax en la que se muestra engrosamiento pleural y tractos fibrosos apicales bilaterales



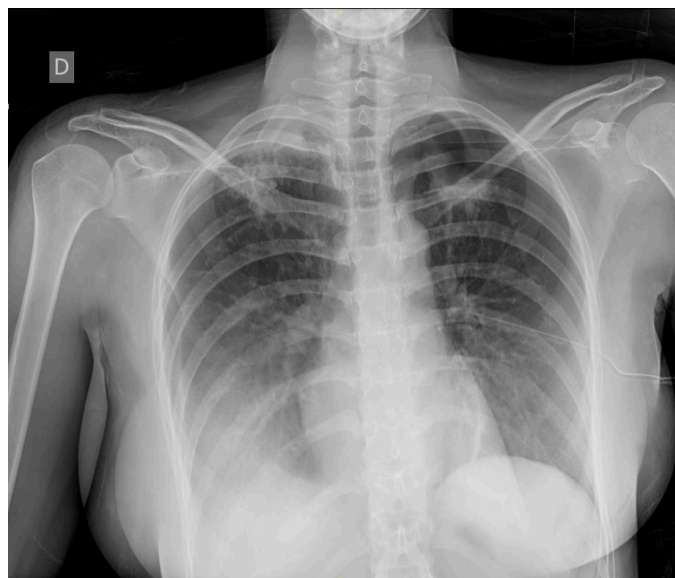
Figura 2. Galaxia sarcoidea



biopsia transbronquial que muestra la presencia de granulomas no caseificantes, confirmando así el diagnóstico histológico de sarcoidosis. A raíz de la biopsia, la paciente sufrió un neumotórax yatrogénico apical izquierdo (**figura 3**), que requirió drenaje, con resolución a las 24 horas.

Durante el ingreso, la paciente presentó de manera rápidamente progresiva un derrame pleural derecho (**figura 3**) que en un inicio se atribuyó a la sarcoidosis ya diagnosticada, pero ante la rara asociación de derrame pleural y sarcoidosis¹¹ y el empeoramiento clínico y radiológico de la paciente, se decidió hacer una toracocentesis diagnóstica- evacuadora. Durante la toracocentesis, se obtuvo un total de 900 mL de líquido de aspecto seroso con un pH de 7,4, glucosa de 82 mg/dL, 7.268 células/ μ L (79% linfocitos) y adenosindesaminasa (ADA) 76 U/L. La determinación del interferón gamma fue positiva.

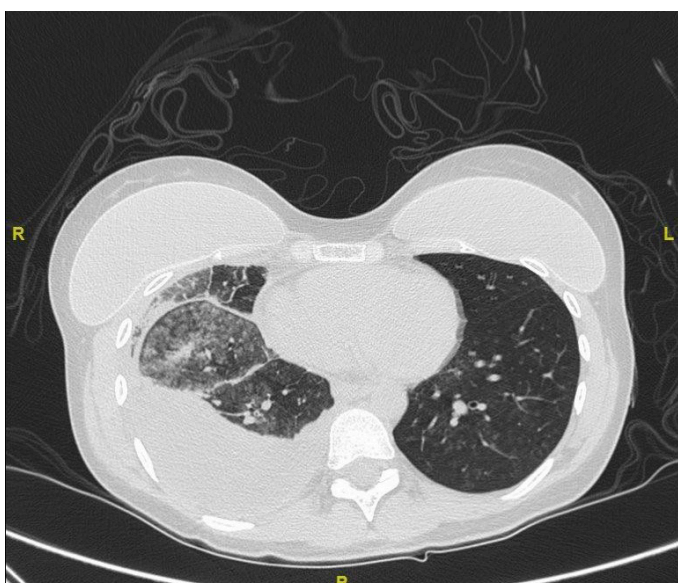
Figura 3. Radiografía de tórax en la que se muestra un derrame pleural



Los estudios microbiológicos con tinción de Gram, Ziehl-Neelsen y cultivos del líquido pleural y esputo fueron negativos, así como la detección genética de MTB y el cultivo de Löwenstein.

Con el fin de poder demostrar la presencia de granulomas caseificantes pleurales y confirmar histológicamente también la coexistencia del MTB como causante del derrame pleural derecho, se decidió hacer una biopsia pleural ciega guiada por ecografía torácica. Tras dos punciones infructuosas, la paciente presentó un cuadro súbito de hemoptisis franca autolimitada (15 mL), acompañado de cortejo vegetativo, por lo que se suspende la técnica y se demuestra por técnica de imagen un sangrado alveolar en lóbulo inferior derecho (LID) y LM sin sangrado activo actual (figura 4), probablemente debido a una punción pulmonar yatrogénica al hacer la punción pleural.

Figura 4. Sangrado alveolar en LID y LM sin sangrado activo



Respecto al tratamiento, tras el diagnóstico histopatológico de sarcoidosis en la biopsia transbronquial, se inició prednisona 0,5 mg/kg/día, con buena respuesta clínica inicial, quedando la paciente afebril, pero a las 72 horas apareció de nuevo la fiebre y persistía la elevación de los reactantes de fase aguda en la analítica.

Tras este suceso, y teniendo en cuenta las características clínicas de la paciente, la prueba de la tuberculina positiva y los resultados obtenidos en el líquido pleural (exudado linfocitario pleural con ADA elevado), se orientó como una pleuritis tuberculosa, se redujeron los esteroides a 20 mg/día y se indicó tratamiento con tuberculostáticos (isoniacina, rifampicina, pirazinamida y etambutol) durante 2 meses, seguido de 4 meses más de isoniacina y rifampicina^{12,13}. Tras una semana de tratamiento, la paciente se encontraba totalmente asintomática y presentaba una resolución casi completa del derrame pleural derecho.

DISCUSIÓN

El caso descrito es el de una mujer con un cuadro clínico de fiebre y pleurodinia, siendo diagnosticada de sarcoidosis por confirmación

histológica en la biopsia transbronquial, con características clínicas y radiológicas compatibles con este diagnóstico.

Ante el reciente diagnóstico de sarcoidosis, se inició tratamiento con esteroides y se observó una mejoría clínica, pero la paciente volvió a empeorar y apareció de nuevo la fiebre y un derrame pleural derecho, motivo por el que se replanteó el diagnóstico y se amplió estudio con análisis del líquido pleural.

El análisis del líquido pleural mostró un exudado linfocítico con ADA elevado, por lo que se sospechó una posible pleuritis tuberculosa. Se decidió hacer una biopsia pleural ciega con el fin de poder demostrar la presencia de granulomas caseificantes, histología compatible con tuberculosis pleural concomitante a la sarcoidosis de reciente diagnóstico, pero el procedimiento fue infructuoso. Ante la elevada sospecha de pleuritis tuberculosa por las características del LP, la prueba de la tuberculina positiva y la ausencia de mejoría con esteroides para el tratamiento de la sarcoidosis, se decidió comenzar con tratamiento tuberculostático. Se observó una buena respuesta y la desaparición del derrame pleural en 1 semana. Cabe recalcar que, como ya se ha señalado anteriormente, la sarcoidosis y la tuberculosis son enfermedades muy raramente concomitantes, y lo más frecuente es que cuando coexisten en un paciente sea debido a la inmunosupresión que otorgan los esteroides como tratamiento de la sarcoidosis. Lo que hace especial este caso es que, probablemente, la clínica por la que consultó la paciente en el servicio de urgencias fuera debida a una pleuritis tuberculosa, y el diagnóstico de sarcoidosis fuera un hallazgo casual, una enfermedad con la que la paciente, seguramente, convivía desde hacía años.

La situación descrita, a pesar de referirse a enfermedades no muy comunes en Atención Primaria y que, por lo tanto, no estamos muy habituados a tratar, nos debe recordar la importancia que tiene la tuberculosis en el entorno familiar y social del paciente, y sus consecuencias como problema de salud pública. Por otra parte, la sarcoidosis es una enfermedad que, como se ha señalado, supone una gran carga de cuidados, pues se acompaña de afecciones psicosociales, económicas y comórbidas que conllevan una carga para el/la paciente y para el conjunto de la sociedad (por sus costes asociados) sustanciales⁴. La descripción de este caso presenta, pues, importantes y destacables implicaciones para el médico/la médica de familia.

BIBLIOGRAFÍA

- Hunninghake GW, Costabel U, Ando M, Baughman R, Cordier JF, Du Bois R, et al. ATS/ERS/WASOG statement on sarcoidosis. American Thoracic Society/European Respiratory Society/World Association of Sarcoidosis and other Granulomatous Disorders. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis.* 1999;16(2):149-73.
- Gal A, Koss M. The pathology of sarcoidosis. *Curr Opin Pulm Med.* 2002;8:445-51.
- Gerke AK, Judson MA, Cozier YC, Culver DA, Koth LL. Disease Burden and Variability in Sarcoidosis. *Ann Am Thorac Soc.* 2017 Dec;14(Supplement 6):S421-S428. doi: 10.1513/AnnalsATS.201707-564OT. PMID: 29087725; PMCID: PMC5802572.
- Litinsky I, Elkayan O, Flusser F, Segal R, Yaron M, Caspi D. Sarcoidosis: TB or not TB? *Ann Rheum Dis.* 2002;61:385-6.
- Wong CF, Yew WW, Wong PC, Lee J. A case of concomitant tuberculosis and sarcoidosis with mycobacterial DNA present in the sarcoid lesion. *Chest.* 1998;114:626-9.
- Knox AJ, Wardman AG, Page RL. Tuberculous pleural effusion occurring during corticosteroid treatment of sarcoidosis. *Thorax.* 1986;41:651.
- Canora Lebrato J, Hernando García A, Frutos Pérez B, Jaqueti Aroca J, Zapatero Gaviria A. Enfermedad granulomatosa diseminada: ¿sarcoidosis o tuberculosis? *Rev Clin Esp.* 2007;207:408-10.

8. Mise K, Goic-Barisic I, Puizina-Ivic N, Barisic I, Tonkic M, Peric I. A rare case of pulmonary tuberculosis with simultaneous pulmonary and skin sarcoidosis: a case report. *Cases J.* 2010;3:24.
9. Oluboyo PO, Awotedu AA, Banach L. Concomitant sarcoidosis in a patient with tuberculosis: first report of association in Africa. *Cent Afr J Med.* 2005;51:123-5.
10. Hurtado García R, Torres Murillo B, Miquel Morera R, Espinosa Garriga G. Sarcoidosis, tuberculosis o ambas. *Rev Clin Esp.* 2011;211(4):e22-e24.
11. erreiro L, San José E, González-Barcala FJ, Suárez-Antelo J, Toubes ME, Valdés L. Derrame pleural y sarcoidosis: una asociación poco frecuente. *Arch Bronconeumol.* 2014;50(12):554-6.
12. Blumberg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, Etkind SC, Friedman LN, et al. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: Treatment of tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003;167:603-62.
13. González-Martín J, García-García JM, Anibarro L, Vidal R, Esteban J, Blanquer R, et al. Consensus document on the diagnosis, treatment and prevention of tuberculosis. *Arch Bronconeumol.* 2010;46:255-74