

# Sarcoidosis

## Redactor

### Wyder Dario Pacce Mallorquin

Médico egresado de la Universidad Nacional del Este (2024).

Especialización en Didáctica Universitaria, Universidad Nacional del Este (2025).

Aprobado en el examen de la CONAREM (2025). Residente de segundo año (R2) de Medicina Interna - Hospital Tesã, Ciudad del Este.

Enfermedad inflamatoria sistémica caracterizada por la presencia de **granulomas no caseosos**. Suele ser multiorgánica — para confirmar el diagnóstico específico es indispensable demostrar la afectación de **dos o más aparatos o sistemas**.

### Etiología

Desconocida. Se postula una respuesta inflamatoria ante un microorganismo infeccioso o factor ambiental en un hospedador genéticamente susceptible.

- **Asociaciones microbianas:** Mayor incidencia de *Propionibacterium acnes* en ganglios linfáticos y proteína micobacteriana de *M. tuberculosis* en granulomas
- **Factores ambientales:** Insecticidas y moho

### Epidemiología

- Prevalencia máxima en la **población nórdica**
- Más frecuente en **mujeres** y adultos jóvenes sanos
- Poco común en menores de 18 años
- Segundo pico de incidencia alrededor de los **60 años**

### Inmunopatogenia

El BAL demuestra que la respuesta inicial consiste en penetración de **linfocitos T colaboradores (CD4+)** y acumulación de monocitos activados. El granuloma no caseificante es el signo característico.

⚠ **Síndrome de Löfgren** (Pregunta clásica MIR/REVALIDA): Variante clínica aguda que incluye **eritema nudoso** (más frecuente en mujeres, caucásicos y puertorriqueños), **adenopatía hiliar bilateral** en radiografía de tórax. Variante: artritis periarticular sin eritema nudoso.

# Clasificación Radiológica de Scadding y Manifestaciones Clínicas

Sistema preferido para identificar y clasificar la afectación torácica mediante radiografía de tórax. Los infiltrados se localizan predominantemente en el **lóbulo superior**.

Estadio	Hallazgos Radiológicos	Detalles Adicionales
<b>Estadio 1</b>	Adenopatía hilar sola	A menudo se acompaña de afectación paratraqueal derecha
<b>Estadio 2</b>	Adenopatía hilar + infiltrados	Combinación de hallazgos parenquimatosos y nodulares
<b>Estadio 3</b>	Infiltrados parenquimatosos solos	Sin presencia de adenopatías hiliares
<b>Estadio 4</b>	Fibrosis pulmonar	Fase terminal/crónica irreversible

③ **Diagnóstico diferencial del lóbulo superior (importante en exámenes y práctica clínica):** No infecciosas: Sarcoidosis, neumonitis por hipersensibilidad, silicosis e histiocitosis de células de Langerhans. Infecciosas: Tuberculosis y neumonitis por *Pneumocystis*.

## Pulmones (>90%)

- Tos y disnea de 2-4 semanas de evolución
- Hipertensión arterial pulmonar

## Piel

- **Lupus pernio:** Patognomónico de la modalidad crónica (nariz, zona retroorbitaria, carrillos)
- Lesiones maculopapulosas: pápulas violáceas indoloras

## Ojos

- Manifestación más habitual: **uveítis anterior**
- Inflamación en cámara posterior: retinitis e inflamación de la pars plana

## Sistema Nervioso

- Detección por **RMN con gadolinio**
- Parálisis del **VII par (facial):** puede confundirse con parálisis de Bell
- Inflamación meníngea basilar, mielopatía, diabetes insípida

## Corazón

- Insuficiencia cardíaca congestiva o arritmias por infiltración miocárdica
- Granulomatosis difusa: fracción de eyección VI <10%

## Metabolismo del Calcio

- Hipercalcemia o hipercalciuria
- Se exacerba con luz solar o vitamina D
- Medir calcio sérico en valoración inicial obligatoriamente

# Abordaje Diagnóstico

El diagnóstico requiere manifestaciones clínicas compatibles asociadas a la demostración histopatológica de **granulomas no caseosos**, descartando otras causas.

## Laboratorio y Pruebas Funcionales

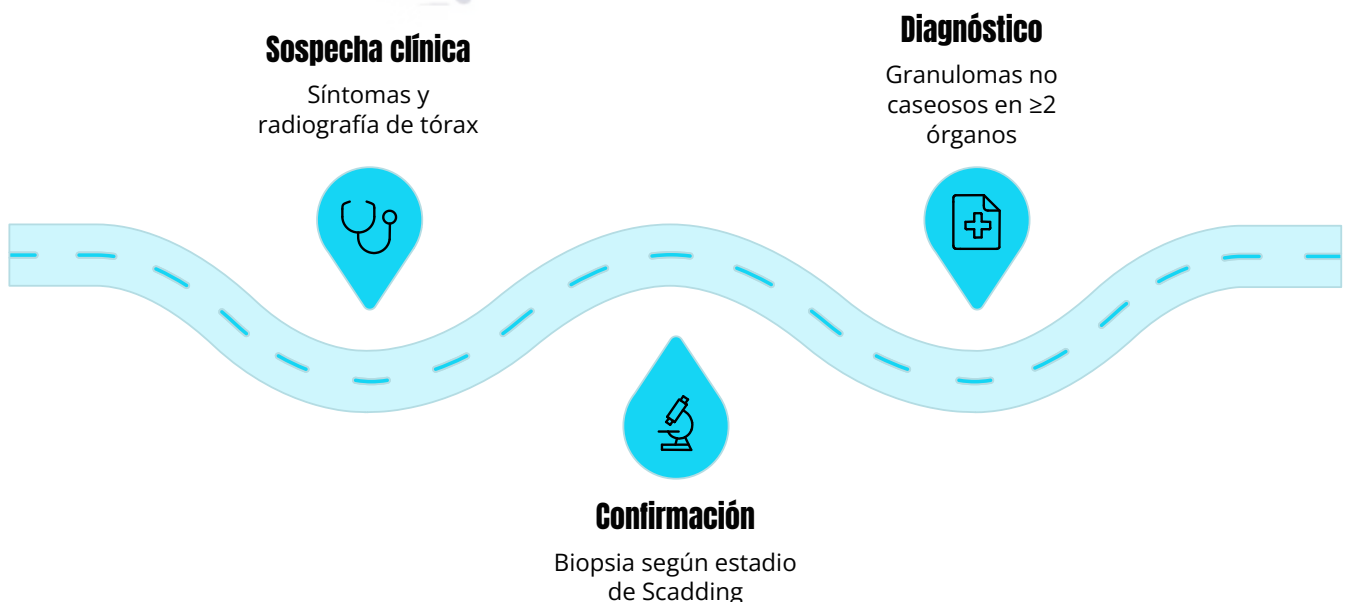
- **ECA (Enzima Convertidora de Angiotensina):** Concentraciones séricas útiles para el diagnóstico
- **DLco (Difusión pulmonar de CO):** Método más sensible para identificar neumopatía intersticial
- Disminución de volúmenes refleja un **patrón restrictivo**

## Lavado Broncoalveolar (BAL)

- Enviar líquido para cultivos de hongos y bacilos tuberculosos
- Cociente **CD4/CD8 >3.5** sugiere fuertemente sarcoidosis

## Estrategia de Biopsia según Estadio

- **Estadios 1 y 2** (Adenopatías mediastínicas): Método de elección → **EBUS-TBNA** (aspiración transbronquial con aguja dirigida con ecografía endobronquial)
- **Estadio 3** (Afectación parenquimatosa pura): Mayor rendimiento → **biopsia transbronquial**
- **Mediastinoscopia:** Indicada si se requiere muestra de mayor tamaño para descartar linfoma mediastínico



La estrategia diagnóstica se adapta al estadio radiológico de Scadding, optimizando el rendimiento de cada técnica de biopsia y minimizando la invasividad del procedimiento.

# Pronóstico y Tratamiento

## Pronóstico General

La sarcoidosis suele ser un trastorno **autolimitado que no amenaza la vida**. En muchos pacientes se resuelve espontáneamente en **2 a 5 años** (sarcoidosis aguda).

### ⊗ Factores principales de mortalidad:

- Fibrosis pulmonar
- Hipertensión pulmonar

## Complicaciones Graves

- Ceguera, paraplejía o insuficiencia renal
- Complicaciones pulmonares crónicas: **micetoma (aspergiloma)** → puede culminar en hemorragia masiva

## Esquema de Tratamiento Farmacológico

### Enfermedad aguda asintomática o leve

**No iniciar tratamiento.**  
Mantener vigilancia activa y seguimiento clínico periódico.

### Enfermedad limitada a un solo órgano

Se prefiere el **tratamiento tópico** (cámara anterior del ojo, piel localizada) o **esteroides inhalados** para la tos aislada.

**2-5**

### Años de resolución

Tiempo medio de resolución espontánea en sarcoidosis aguda

**90%**

### Afectación pulmonar

Porcentaje de pacientes con compromiso pulmonar a lo largo de la enfermedad

**3.5**

### Cociente CD4/CD8

Valor del BAL que sugiere fuertemente el diagnóstico de sarcoidosis

**<10%**

### Fracción de eyección

Caída grave de la FEVI en granulomatosis cardíaca difusa

- 📌 **Recuerda para el examen:** El Síndrome de Löfgren, la clasificación de Scadding, el cociente CD4/CD8 >3.5 en BAL, la parálisis del VII par como manifestación neurológica más frecuente y la ECA como marcador diagnóstico son los puntos clave más preguntados en MIR y REVALIDA.