

Asociación de tuberculosis y sarcoidosis

Sr. Director: El diagnóstico de sarcoidosis se establece a partir de una clínica sugestiva y presencia de lesión sarcoidea granulomatosa no caseificante. La radiología, gammagrafía y el test de Kveim positivo son complementarios y facilitan la exclusión de otras enfermedades granulomatosas.

La asociación sarcoidosis-tuberculosis (TB) es poco frecuente. Presentamos un caso de TB cuya evolución clínica tórpida y la persistencia de adenopatías mediastínicas llevó a la realización de mediastinotomía que evidenció la presencia de sarcoidosis.

Ambas granulomatosis evolucionaron favorablemente con tratamiento tuberculostático y corticoideo (deflazacort).

Caso clínico: Mujer, 57 años, sin antecedentes. Ingresó por síndrome general, dolor torácico, disnea de tres meses, e hipoventilación en hemitórax izquierdo. Rx tórax: condensación-atelectasia del lóbulo superior izquierdo (LSI), lesiones infiltrativas contralaterales. VSG 27 mm, GOT 43 UI/l, GPT 57 UI/l, hipoxemia moderada. Esputo: baciloscopia negativa. Mantoux negativo. TC tórax: masa-atelectasia del LSI con adenopatías prevasculares y paratraqueales inferiores derechas. Pruebas funcionales respiratorias: obstrucción leve. Broncoscopia (BF): estenosis del LSI con infiltración mucosa; biopsia bronquial: bronquitis crónica granulomatosa probablemente tuberculosa. Cultivo positivo de Löwenstein del broncoaspirado. Se instauró tratamiento tuberculostático con tres drogas con buena tolerancia.

Tras nueve meses de tratamiento, persistía: disnea moderada; adenopatías paratraqueales, hiliares, subcarinales y retroperitoneales; colapso del LSI con afectación intersticial difusa bilateral (fig. 1); VSG 35 mm, GOT 637 UI/l, GGT 171 UI/l y fosfatasas alcalinas 676 UI/l. Gammagrafía con citrato de galio-67: captación pulmonar superior izquierda, región hilar y parótida izquierda. Fondo de ojo: sinequia de iris a cristalino relacionada con antigua uveítis izquierda.

BF: importantes estenosis lobares; biopsia compatible con proceso granulomatoso. Mediastinotomía anterior izquierda: lesiones granulomatosas sarcoideas en biopsia ganglionar y pulmonar.

Se instauró tratamiento con deflazacort (1mg/kg/día) a dosis decrecientes, observándose mejoría evidente (fig. 2).

En las tres últimas décadas se pensaba que la sarcoidosis era una forma atípica de TB¹, o que la TB era una complicación de la sarcoidosis². Actualmente se reconoce la separación entre ambas entidades³. En esta asociación, la sarcoidosis precede a la TB en el 0,5-2% de los casos, pero es más frecuente la TB como complicación del tratamiento esteroideo de la sarcoidosis⁴.

La dificultad diagnóstica estriba en la similitud histopatológica de las lesiones, la ausencia frecuente de BAAR en la tinción de Ziehl de algunas TB, el parecido evolutivo de los nódulos y la anergia tuberculínica (hasta en un 66% de las sarcoidosis)⁵. El granuloma sarcoideo se diferencia del tuberculoso en la ausencia de necrosis caseosa y el asentamiento en diferentes órganos de la economía (glándulas parotídeas, salivares submaxilares, lagrimales, úvea, piel y músculo estriado).

El uso de un nuevo corticoide puede aportar resultados terapéuticos satisfactorios sin haberse observado los efectos secundarios de otros esteroides⁶.

C. de Abajo Cucurull, F. Pascual Lledó y J.L. Viejo Bañuelos

Sección de Neumología.
Hospital General Yagüe. Burgos.

1. Surbled T. Etude des relations entre la sarcoïdose et la tuberculose. Thèse Med, Rouen 1978:843.
2. Scadding JG. *Mycobacterium tuberculosis* in the aetiology of sarcoidosis. Br Med J 1960; 2:1.617-1.623.
3. Rodríguez E, Torres M, Fornes L et al. Asociación de sarcoidosis y tuberculosis. Arch Bronconeumol 1991; 27:271-273.

4. Winterbauer RH, Kraemer KG. The infectious complications of sarcoidosis. Arch Int Med 1976; 136:1.356-1.362.
5. Christ R. Present value of tuberculin tests in sarcoidosis. Z Erkr Atmungsorgane 1987; 169:117-121.
6. Rizzato G, Fraioli P, Montemurro L. Long-term therapy with deflazacort in chronic sarcoidosis. Chest 1991; 99:301-309.

Tratamiento del neumotórax espontáneo

Sr. Director: Una vez leída la carta al director titulada "Sobre las indicaciones quirúrgicas en el neumotórax espontáneo idiopático"¹, nos gustaría participar en la controversia expuesta por el autor.

Efectivamente tal y como Ligth y prácticamente todos los autores que han publicado sobre el tema señalan, la finalidad del tratamiento del neumotórax espontáneo es doble, por una parte resolver el problema agudo de la ocupación pleural y por otro impedir la recidiva de la enfermedad.

Hace 7 años señalábamos en un trabajo publicado en esa revista como la presencia de bullas pulmonares era la causa determinante de la recidiva del neumotórax² y apoyándonos en nuestra experiencia toracoscópica en este campo³ diseñamos un modelo terapéutico basado en la toracoscopia realizada durante el primer episodio como factor de selección para el tratamiento mediante drenaje o cirugía mayor¹.

Hoy, tras un amplio seguimiento de los pacientes a los que les realizamos toracoscopia durante este primer episodio y tratamos mediante drenaje con objeto de poder comparar los hallazgos con la tasa de recidiva (tabla I), nos hace perseverar en nuestra idea de que se les debería realizar una toracoscopia a los pacientes con NE en su primer episodio y cuando se objetiven bullas superiores a 2-3 cm o bien ampliamente diseminadas, plantear el tratamiento quirúrgico ya por toracotomía, ya por procedimientos endoscópicos.

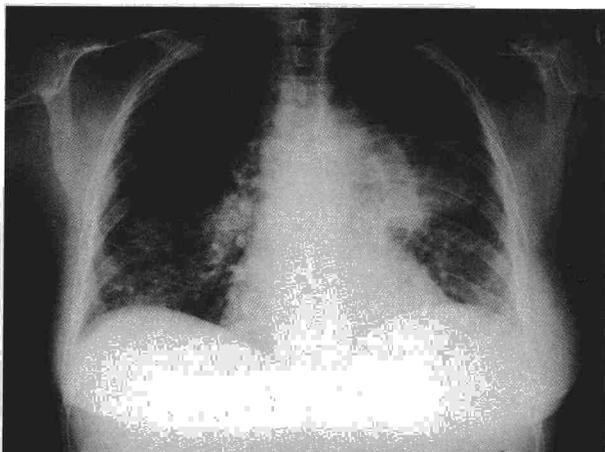


Fig. 1. Afectación difusa bilateral.

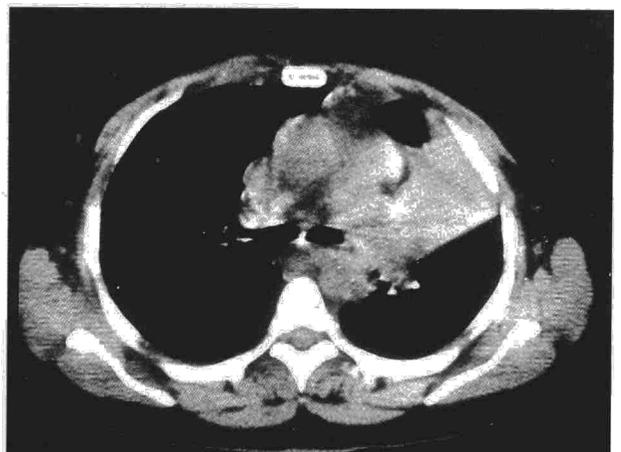


Fig. 2. Mejoría radiológica tras el tratamiento con deflazacort. Se aprecia elevación unilateral del hemidiafragma izquierdo por secuela de la mediastinotomía anterior.