

Derrame pleural: una presentación poco frecuente de sarcoidosis



Pleural Effusion: A Rare Manifestation of Sarcoidosis

Sr. Director:

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa sistémica de etiología desconocida. La localización más frecuentemente comprometida es a nivel pulmonar, asociando compromiso extrapulmonar de forma variable. Sin embargo, la afectación pleural con o sin la presencia de derrame pleural (DP) sarcoideo, es rara^{1,2}. Así mismo no es extraña la presencia de síntomas sistémicos inespecíficos que dificultan aún más la sospecha clínica inicial³. El diagnóstico de sospecha se establece en función de los hallazgos clínico-radiológicos con confirmación histológica donde se evidencian granulomas epitelioides no caseificantes. Los corticoides continúan siendo la base del tratamiento actual, y depende del compromiso clínico, curso progresivo y/o recaídas¹, con una evolución y pronóstico variable². Por su escasa frecuencia presentamos un caso de sarcoidosis con DP, y la importancia del diagnóstico diferencial con la infección tuberculosa.

Varón de 38 años, natural de Ghana. Diagnosticado en 2003 de tuberculosis (TB) latente, sin realizar quimioprofilaxis y episodios de malaria durante la infancia. Consulta por tos con expectoración

hemoptoica, disnea, dolor torácico pleurítico de 2 meses de evolución acompañado de pérdida ponderal, sin fiebre. En la exploración física destacaba hipofonesis en base derecha con crepitantes y roncus hasta campos medios bilaterales. En la radiografía de tórax se objetivaban múltiples infiltrados alveolares basales bilaterales con hilios de aspecto nodular que sugerían la presencia de adenopatías acompañado de DP derecho (figs. 1A y B). Analíticamente destaca, LDH de 134 con disminución de las proteínas y albúmina, PCR de 63 mg/dl y VSG de 47. Espectro electroforético de proteínas con patrón inflamatorio sin pico monoclonal, con autoinmunidad negativa y serología para VIH y VHC negativo, con VHB y VHA pasada. ECA de 89,2 (normalidad <50). Mantoux con efecto *booster* negativo. En la toracocentesis se obtiene líquido seroso compatible con exudado de predominio linfocitario, ADA de 72. Las tinciones, cultivos, y técnicas moleculares específicas de micobacterias y hongos resultaron negativas; inmunofenotipo sin datos de clonalidad, muestra importante población linfocitoide T con una relación CD4+/CD8+ de 4/1 (>3,5). Tras el PET/TAC tóraco-abdominal (fig. 1C) se realiza broncoscopia con biopsia transbronquial, objetivándose granulomas epitelioides necrotizantes no caseificantes. Diagnóstico final de sarcoidosis pulmonar estadio II con DP secundario.

La prevalencia de DP en las distintas series de pacientes con sarcoidosis es rara, oscilando entre el 1-2%³, aunque existen datos hasta el 8-10%^{4,5}. La afectación pleural aparece a cualquier edad, más frecuente entre los 41-60 años, sin diferencia



Figura 1. A) Radiografía de tórax PA. B) Radiografía de tórax lateral, se observan infiltrados alveolares parcheados en LM y LSI. Derrame pleural bilateral de predominio derecho. Adenopatías hiliares y mediastínicas en rango patológico. C) Imagen axial de la TC torácica con CIV, se observa el componente adenopático en compartimentos mediastínicos, hiliares bilaterales y periesofágico. Afectación alveolar bilateral de predominio subpleural bibasal con lesiones nodulares hacinares y broncograma aéreo de distribución subpleural parcheada.

entre sexos. Suele ser leve-moderado y habitualmente derecho (48,3%); encontrándose fundamentalmente en los estadios I y II de la enfermedad. Característicamente se presenta como exudado seroso, aunque están descritos distintos tipos, en función del mecanismo patológico que los produzca. Presenta predominio linfocitario (característicamente con una relación CD4+/CD8+ entre 2,61 y 8,6)². En los casos descritos en la literatura² no tenemos constancia de si previamente presentaban positividad al PPD, como ocurre en nuestro paciente, que lo negativizó durante el estudio de la clínica compatible con sarcoidosis. Este efecto conocido como «paradoja inmunológica»³, consiste en un fenómeno inmunomediado en el que, a pesar de la intensa inflamación local, se puede desarrollar anergia secundaria a una disregulación de las células T que intervienen en la inmunopatogénesis de la enfermedad.

Por tanto, en nuestro caso, con PPD positivo previo y ADA en DP intensamente elevado, interesaba descartar infección activa tuberculosa de manera fehaciente. Para ello se realizó IGRA, PCR, tinciones y cultivos a micobacterias durante 8 semanas en líquido pleural, que resultaron negativos. Baciloscopia en BAS y orina, así como biopsia pleural ciega con PCR de micobacterias, cultivos y tinciones, también negativos. A la espera de los resultados y dada la alta sospecha inicial de TB con el antecedente de TB latente no tratada, se inició terapia anti-tuberculoestática de prueba durante 10 días, sin respuesta satisfactoria. Con la obtención de los resultados microbiológicos negativos y con la alta sospecha de sarcoidosis pleuropulmonar en un paciente de raza negra, iniciamos tratamiento con corticoides. Se obtuvo mejoría clínica y analítica en los parámetros de inflamación y desaparición del DP, corroborando el diagnóstico de presunción inicial.

Por último, en nuestro paciente dado que existía constancia de la exposición previa a TB y estaba en tratamiento con corticoides se realizó quimioprofilaxis, asumiendo que la reacción cutánea PPD negativa constituía un falso negativo en relación con la modificación de la inmunidad producida por la enfermedad en sí.

Bibliografía

1. Mussetti A, Vignoli L, Curbelo P, Meerovich E. Sarcoidosis pulmonar. *Neumol Cir Torax*. 2006;65 Suppl 3:S36-46.
2. Rodríguez N, Rábade C, Valdés L. Derrame pleural sarcoideo. *Med Clin (Barc)*. 2014;143:502-7.
3. Iannuzzi MC, Rybicki BA, Teirstein AS. Sarcoidosis. *N Engl J Med*. 2007;357:2153-65.
4. Huggins JT, Doelken P, Sahn SA, King L, Judson MA. Pleural effusion in a series of 181 outpatients with sarcoidosis. *Chest*. 2006;129:1599-604.
5. Ferreiro L, San José E, González-Barcala FJ, Suárez-Antelo A, Toubes ME, Valdés L. Derrame pleural y sarcoidosis: una asociación poco frecuente. *Arch Bronconeumol*. 2014;50:554-6.

María Fontecha Ortega*, Sergio Julio Rodríguez Álvarez y Jose Luis García Satué

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Getafe, Getafe, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Maríafontechaortega@gmail.com (M. Fontecha Ortega).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.07.006>
0300-2896/

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Observación de *Ascaris lumbricoides* a través de una aguja de biopsia pleural. Un caso raro de ascariasis intrapleural



Ascaris lumbricoides through pleural biopsy needle. A rare case of intrapleural ascariasis

Sr. Director:

La ascariasis es la infección helmíntica más frecuente. Pese a ello, la invasión de la pleura por helmintos es muy rara. Comunicamos el caso del hallazgo de una lombriz de *Ascaris* a través de una aguja de biopsia pleural.

Un varón de 60 años de edad y fumador acudió por presentar disnea de inicio gradual y curso progresivo y hemoptisis de un mes de evolución. El paciente también refería anorexia, pérdida de peso

y malestar abdominal. En la exploración inicial se constató esplenomegalia, con ausencia de fiebre, adenopatías y hepatomegalia. La exploración torácica mostró matidez a la percusión de ambas bases pulmonares y disminución del murmullo vesicular. El resto de la exploración general fue normal. La radiografía de tórax reveló derrame pleural bilateral e infiltrados en ambos campos pulmonares. La tomografía axial computarizada (TAC) mostró derrame pleural bilateral y consolidaciones bilaterales que afectaban a ambos lóbulos superiores, el lóbulo medio y la llingula (fig. 1). El recuento leucocitario fue de 96.000, con un 75% de eosinófilos. En la ecografía abdominal se observó esplenomegalia y un quiste esplénico simple, y el examen de heces constató amebiasis, observándose huevos de *Ascaris* en la repetición de este análisis. Basándose en los datos clínicos y analíticos se diagnosticó infestación por *Ascaris*. Se programó una biopsia pleural para diagnóstico de su patología torácica. Durante la aspiración percutánea del derrame pleural apareció una

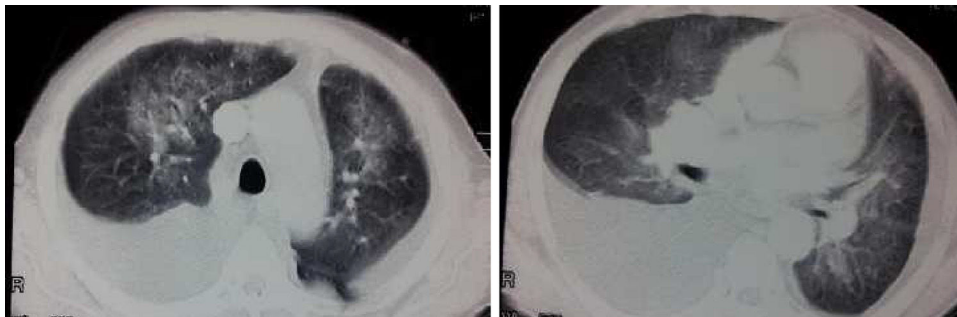


Figura 1. Tomografía axial computarizada torácica del paciente en el momento de la presentación.