

PRESENTACION ATIPICA DE SARCOIDOSIS

Autores:

GISELA BOZZA

MATIAS CARRERO

MARIA LAURA PIGNATARO

GISELA CARDOSO

ALESSANDRO LOCATELLI

NANCY CRISTINA ROJAS

HOSPITAL MILITAR CENTRAL – H GRAL 601

– DR CIR MY COSME ARGERICH



PRESENTACION:

Paciente masculino de 48 años que consulta por cuadro de tos seca no productiva. Durante la internación se realiza, Rx de tórax, donde se evidencia derrame pleural. Ecocardiograma Doppler con aquinesia septal e hipoquinesia , cavidades derechas con función disminuida y leve esclerosis de la raíz aortica. ECG: Taquicardia ventricular monomorfa de siete latidos de duración, extrasístoles supraventriculares. Serología y marcadores negativos. Reingresa por reagudización de su disnea, presentando diagnostico de miocardiopatía dilatada de origen no coronario con FEY de 24% descompensada.

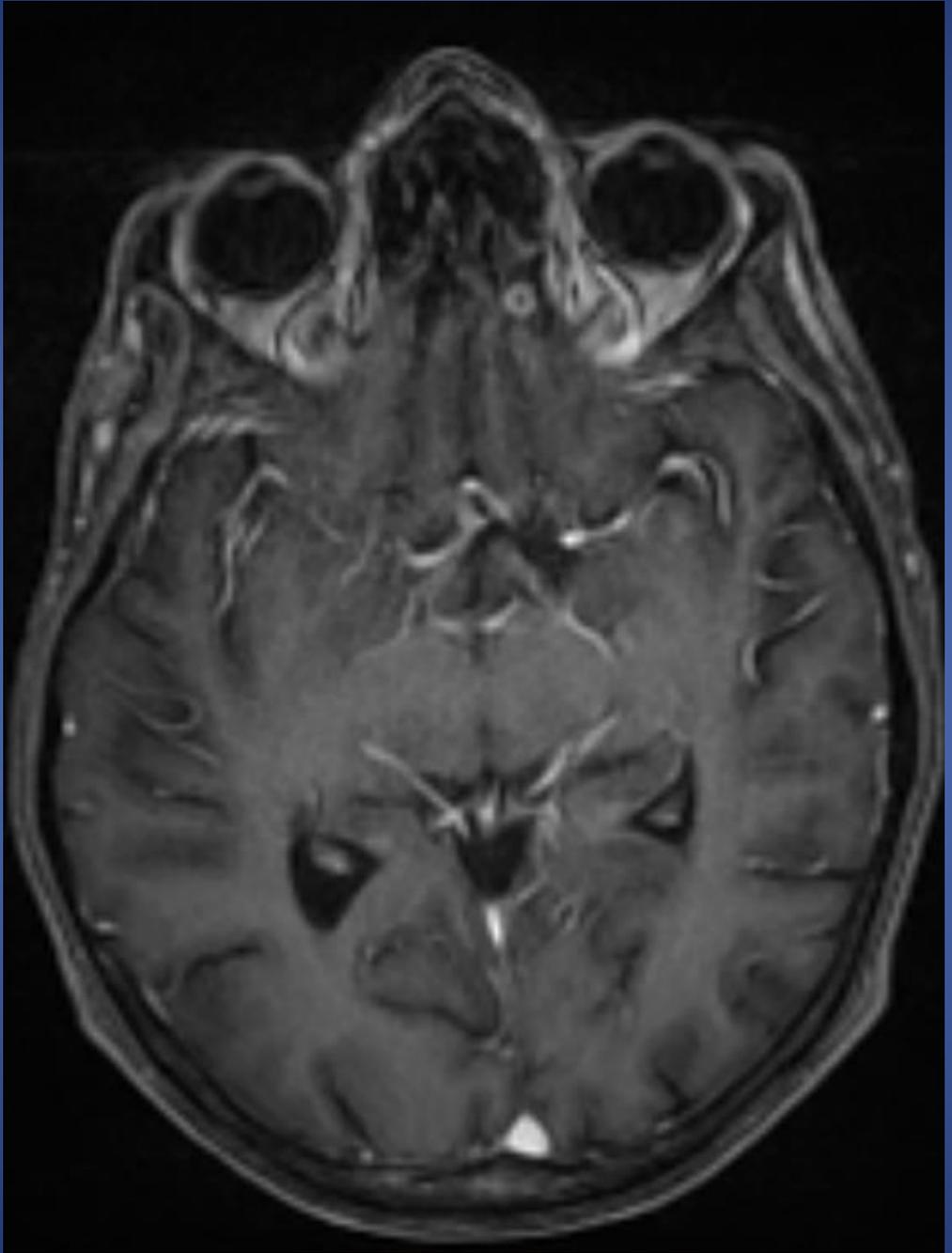
HALLAZGOS

IMAGENOLÓGICOS:

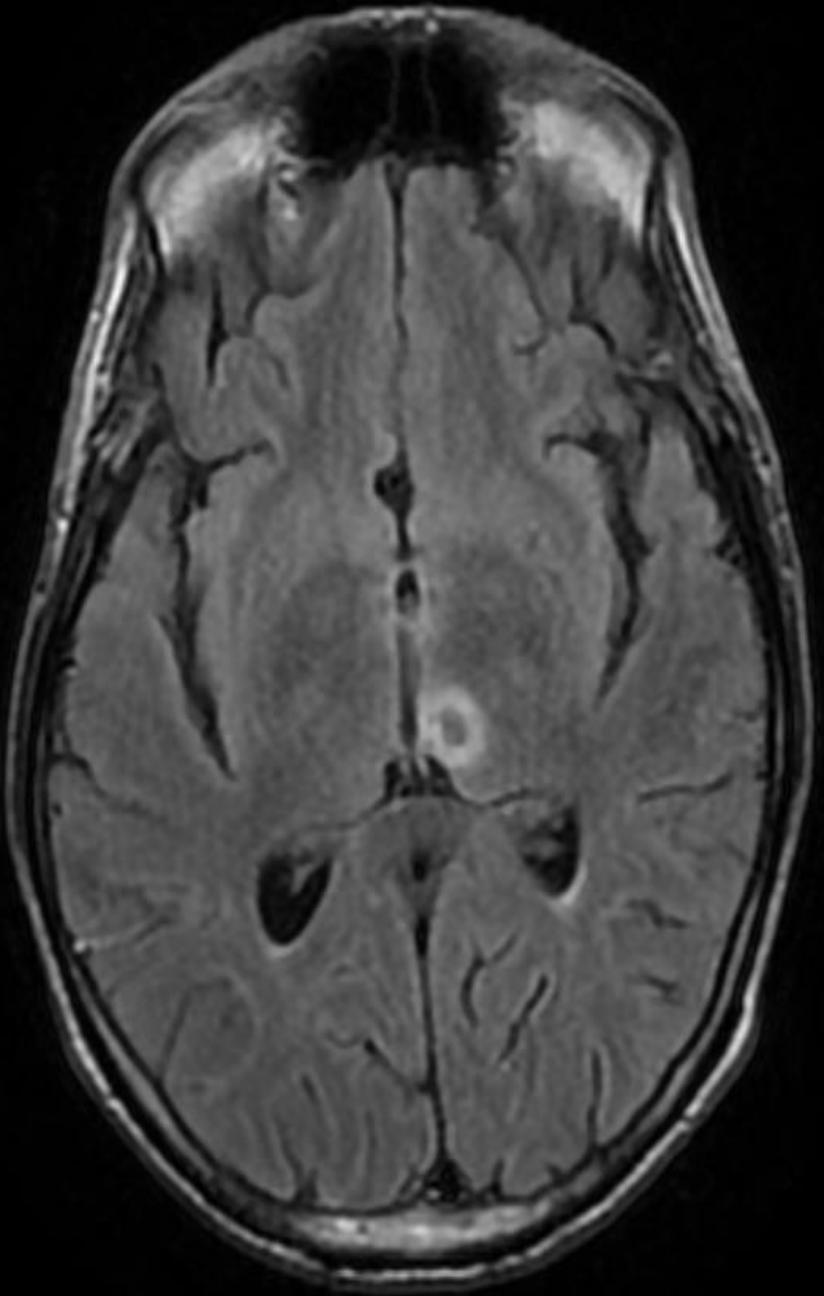
RMN de cerebro: Lesión redondeada de 15mm, hiperintensa con realce periférico en anillo post contraste EV, con edema circundante a nivel talámico izquierdo, otra imagen de similares características pero de menor tamaño a nivel fronto orbitario basal izquierdo.

TCM de tórax, derrame pleural bilateral leve, de aspecto tabicado en hemitorax izquierdo, con engrosamiento difuso de la serosa, múltiples adenopatías con centro necrótico, cardiomegalia a predominio izquierdo. Abdomen. Se visualizan tres imágenes hipodensa a nivel del segmento VII con realce periférico en fase arterial, otra similar en segmento IV.

**RMN T1 CON
GADOLINIO**



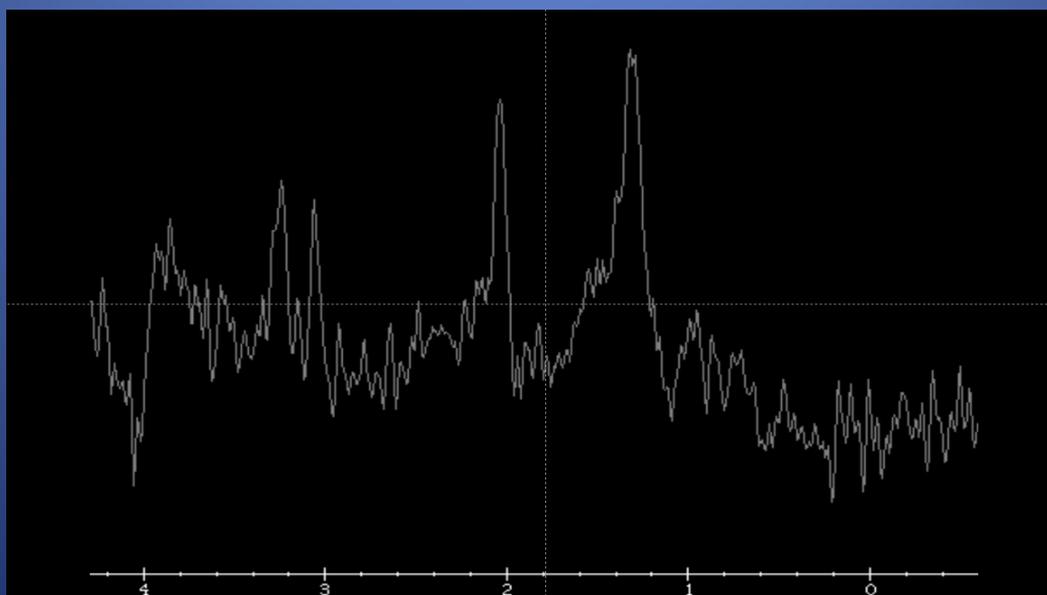
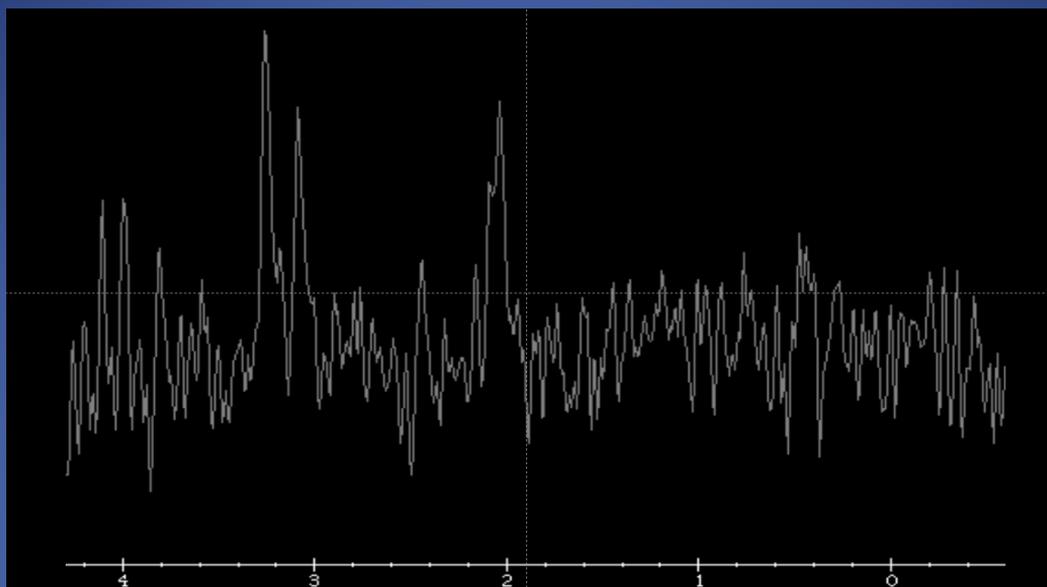
RMN SEC FLAIR



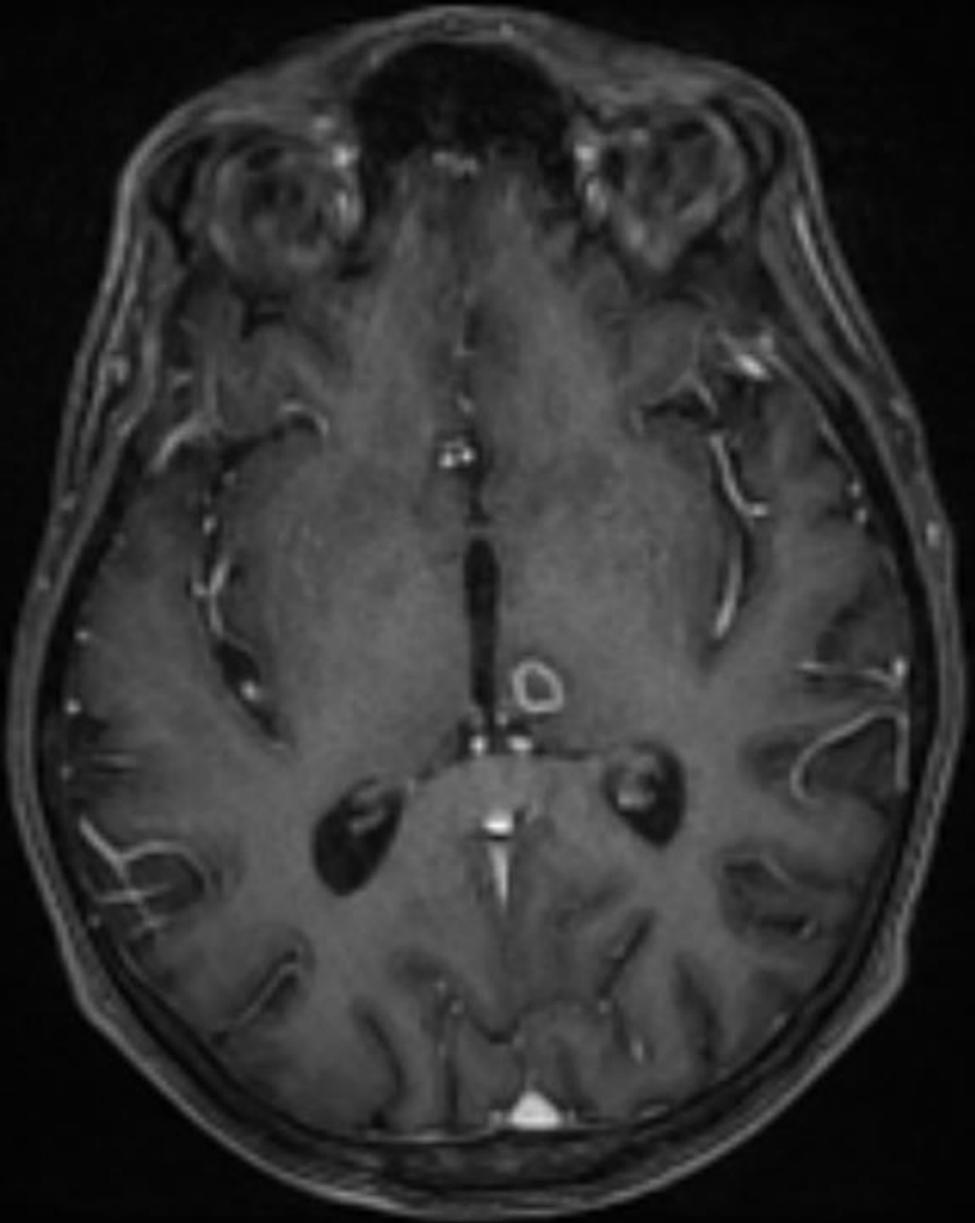
ESPECTROSCOPIA:

Con técnicas de multivoxel y monovoxel , dirigida a la lesión visualizada a nivel talámico izquierdo, la misma es de configuración nodular y mide 8 x 7 mm. En las secuencias de espectroscopia con eco largo se observa elevación de los picos de colina, creatina y alteración de la relación colina NA, que sugiere alto recambio de membrana celular. En las secuencias de eco corto se observan elevación de los picos de LACTATO, probablemente vinculada a metabolismo anaeróbico a nivel central sugestivo de centro necrótico. También se observa imagen de similares características a nivel de la región supraorbitaria del lado izquierdo que mide 3 mm. se demostró una discreta elevación de los niveles de colina (Cho) y una mínima disminución del N-acetil-aspartato (NAA), lo que indicaba una baja agresividad de la lesión. Hallazgos sugestivos de poca agresividad que apoyan el diagnóstico de proceso granulomatoso y hacen improbable un origen neoplásico maligno.

ESPECTROSCOPIA



**RMN T1 CON
GADOLINEO**



DISCUSION:

Siendo la sarcoidosis una enfermedad poco frecuente, la presentación no pulmonar hace interesante el planteo diagnóstico, hasta arribar al mismo mediante exceresis ganglionar. La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica inflamatoria e inmunohistológica, que se caracteriza histológicamente por presentar granulomas no caseificantes, siendo la afectación torácica la más frecuente. Clínicamente los pacientes pueden ser asintomáticos o presentar síntomas respiratorios inespecíficos. Los diagnósticos diferenciales dependen del cuadro clínico, valorándose otras entidades, como TBC, metástasis y enfermedades que afectan el intersticio pulmonar entre otras.

CONCLUSION:

Luego de realizarse la exceresis ganglionar se arribó al diagnóstico de sarcoidosis. Un 50% de los pacientes son asintomáticos y la enfermedad se detecta como hallazgo casual en una radiografía de tórax. La sintomatología es generalmente de inicio insidioso. Un 90% de los pacientes presentan síntomas respiratorios caracterizados por tos seca y disnea, como sucede en el caso de nuestro paciente y sólo un 10% manifiestan síntomas referidos a otros órganos.