

Sarcoidosis intestinal. Presentación de un caso

José Alberto González Hernández¹◇, Reinhardt Mendoza Fernández², Michel Durán Hernández²,
Marila Suárez González³, Osley Morales Tellez⁴

¹Estudiante de 4º año de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Policlínico Docente Sur. FUMS de Placetas, Villa Clara-Cuba.

²Especialista de I grado en Medicina General Integral. Especialista en I grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Hospital General Docente de Placetas, Villa Clara-Cuba.

³Especialista de I grado en Medicina General Integral. Especialista en I grado en Gastroenterología. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Hospital General Docente de Placetas, Villa Clara-Cuba.

⁴Residente de I año en Cirugía General. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Hospital General Docente de Placetas, Villa Clara-Cuba.

Recibido: 20/05/16 | Revisado: 15/05/17 | Aceptado: 04/06/17 | Online: 06/09/17

◇ Autor para correspondencia: (J.A. González Hernández). Correo electrónico: j.albertoglez@nauta.cu

Cómo citar este artículo: González JA, Mendoza R, Durán M, Suárez M, Morales O. Sarcoidosis intestinal. Presentación de un caso. 16 de Abril. 2017;56(263):32-35.

Resumen

La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria sistémica de curso crónico que afecta esencialmente el sistema respiratorio y los ganglios linfáticos aunque también puede mostrar predilección por otros órganos como la piel, peritoneo, intestinos, hígado, articulaciones y corazón con formación de granulomas. Se presenta un caso de sarcoidosis intestinal en un paciente masculino de 44 años de edad con manifestaciones clínicas de dolor abdominal agudo y vómitos. Se le realizan complementarios apreciándose una leucocitosis. Por su tórpida evolución se decide realizar una laparotomía exploradora donde se constata un tumor de intestino delgado al cual se le realiza resección y anastomosis. El estudio anatomopatológico informa un proceso inflamatorio granulomatoso no necrotizante con afectación intestinal y ganglionar compatible con sarcoidosis (sarcoidosis intestinal). A pesar de que la afección intestinal en la sarcoidosis es poco frecuente, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal.

Palabras claves: granulomas, sarcoidosis intestinal, dolor abdominal

Intestinal sarcoidosis. A case report

Abstract

The sarcoidosis is an inflammatory systemic illness of chronic course that affects the breathing system and the lymphatic ganglia essentially although it can also show predilection for other organs like the skin, peritoneum, bowels, liver, joints and heart with formation of granulomas. We report a case of intestinal sarcoidosis in a 44-year-old male patient with clinical manifestations of abdominal sharp pain and vomits. The complementary exams showed leukocytosis. For his torpid evolution, an explorer laparotomy was performed where a small intestine tumor is verified which resection and anastomosis was carried out. The histological study inform a process inflammatory

granulomatous none necrotizing with intestinal and ganglionic affectation and compatible with sarcoidosis (intestinal sarcoidosis). Although the intestinal affection in the sarcoidosis is not very frequent, it should be kept in mind in the differential diagnosis of the abdominal pain.

Keywords: granulomas, intestinal sarcoidosis, abdominal pain

Introducción

La sarcoidosis es una enfermedad sistémica de etiología desconocida en la que se han implicado agentes infecciosos, polvos inorgánicos o sustancias orgánicas, caracterizada por la presencia de una inflamación granulomatosa, no necrotizante en los tejidos afectados.

Otros autores¹⁻³ añaden la acumulación de linfocitos CD4+ y monocitos en los tejidos afectados, así como la presencia de granulomas no caseificantes y la alteración de la estructura normal en los tejidos comprometidos. Se presenta el primer caso de sarcoidosis intestinal en un hombre de 44 años de edad caucásico de la casuística del Hospital General de Placetas.

Reporte del caso

Paciente de 44 años de edad caucásico, de procedencia urbana, con antecedentes de salud anterior. En mayo del 2014 en horas de la madrugada acude a cuerpo de guardia por presentar un dolor abdominal epigástrico intenso, constante, sin alivio aparente que se irradiaba

a fosa ilíaca derecha desde hacía dos días, acompañado de dos episodios de vómitos con restos de alimentos.

Al examen físico se constató dolor a la palpación profunda en epigastrio y una masa palpable en fosa ilíaca derecha con maniobra de Blomberg negativa. Frecuencia cardíaca de 123 latidos por minuto. El hemograma informa hemoglobina normal, con una leucocitosis a predominio de polimorfo nuclear y una ligera linfopenia. Se ingresa con diagnóstico de dolor abdominal agudo para estudio.

Como tratamiento se suspende la vía oral, hidratación parenteral, cimetidina y antibioprofilaxis con cefazolina y metronidazol. Luego de 6 horas de observación, se decide intervenir quirúrgicamente con diagnóstico de tumor de intestino delgado.

Durante el transoperatorio, se observa cantidad moderada de líquido amarillo y exudativo, apéndice cecal sin alteraciones y una masa tumoral en íleon de consistencia dura de aproximadamente 5 centímetros de largo que involucra toda la circunferencia acompañado de adenopatías duras en su meso. (Figuras 1 y 2)



Figuras 1 y 2. Segmento de intestino delgado afectado.

Se realizó resección del proceso tumoral amplia involucrando dichas adenopatías. A 80 centímetros de la válvula ileocecal se realiza anastomosis termino-terminal. El estudio histopatológico mostró un proceso inflamatorio granulomatoso no necrotizante con afectación intestinal y ganglionar compatible con sarcoidosis (sarcoidosis intestinal).

Discusión

DuBois y colaboradores² comentan que la sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa sistémica de etiología aún por definir, que afecta, sobre todo, ganglios linfáticos, pulmones, hígado, bazo, piel y ojos, pero puede estar afectado cualquier órgano o tejido. En la actualidad se afirma que es una enfermedad de origen inmune⁴.

Se ha intentado implicar a diversos agentes infecciosos y no infecciosos pero por el momento no hay prueba alguna de que exista un agente específico responsable. Sin embargo, todos los datos disponibles son compatibles con el concepto de que esta enfermedad es consecuencia de una respuesta excesiva (adquirida, hereditaria o ambos tipos) de la inmunidad celular de un huésped genéticamente susceptible ante una clase limitada de antígeno o autoantígenos persistentes⁴.

La predisposición genética se basa en la existencia de agregaciones familiares de sarcoidosis así como en variaciones raciales en la incidencia, forma clínica de presentación y pronóstico. Las mayores asociaciones entre el genotipo y el fenotipo en la sarcoidosis se encuentran en la región del HLA de clase II del cromosoma^{5,6}.

La sarcoidosis, habitualmente cursa como una enfermedad benigna, pero a veces puede evolucionar de modo negativo por complicaciones en pulmones, ojos, corazón y riñones, este último relacionado con el metabolismo del calcio y a nivel de los pulmones por fibrosis⁵.

La participación pulmonar es la más común y clásicamente las alteraciones se observan en las

imágenes radiológicas². Las manifestaciones extratorácicas son extremadamente variables y casi siempre se afectan hígado, bazo, piel, ojos y ganglios linfáticos (supra y retroperitoneales).

Las complicaciones abarcan una amplia variedad de anomalías y entre las más graves están, fundamentalmente, las del corazón, que pueden conducir a insuficiencia cardíaca, infarto del miocardio, arritmias, o muerte súbita; las otras complicaciones infrecuentes son las del sistema nervioso central. Consideramos que las complicaciones dependen del medio, de las características étnicas y del seguimiento de estos enfermos⁶.

La enfermedad intestinal primaria es rara y se han descrito en la bibliografía un número muy reducido de casos de enfermedad intestinal. Se encontró en una revista británica de cirugía del año 2007⁶ el reporte de dos casos, uno con similar cuadro clínico que fue operado en el 1953 y otro cuyo cuadro clínico se comportaba como un sangramiento digestivo bajo.

Debido al subdiagnóstico que existe de esta enfermedad, es que se registran con muy baja frecuencia. En la literatura nacional revisada no existen informes de caso de sarcoidosis intestinal primaria publicados con anterioridad.

El diagnóstico clínico es muy difícil por la similitud con otras patologías de mayor frecuencia en los servicios de urgencia. Los hallazgos hematológicos e imagenológicos habituales son inespecíficos pero una cuidadosa correlación con la historia clínica puede sugerir el diagnóstico aunque el definitivo es histológico.

Conclusiones

A pesar de que la afección intestinal en la sarcoidosis es poco frecuente, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal.

Autoría

Todos los autores participaron en igual medida en la realización del estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Ninguno.

Referencias

1. Weinberger SE. Sarcoidosis. In: Arend WP, Armitage JO, Clemmons DR, Drazen JM, Griggs RC, LaRusso N, editors. Cecil Medicine [CD-ROM]. 23rd ed. Saunders Elsevier: Philadelphia; 2008.
2. DuBois R, Goh N, McGrath D, Cullinar P. Is there a role for microorganism in the pathogenesis of sarcoidosis? J Int Med. 2003;253:4-17.
3. Baughman RP, Lower EE. Sarcoidosis. In: Fauci AS, Kasper DL, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine [CD-ROM]. 17th ed. New York: McGraw-Hill; 2008.
4. Reynolds H. Sarcoidosis: impact of the other illness on the presentation and management of multiorgan disease. Lung. 2002;180:281-99.
5. Hunninghake G, Costabel U, Ando M. ATS/ERS/WASOG Statement on Sarcoidosis. American Thoracic Society/European Respiratory Society/World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders. Am J Respir Crit Care Med. 1999;160:736-55.
6. Byard RW, Manton N, Tsokos M. Sarcoidosis and mechanisms of unexpected death. J Forensic Sci. 2008;53(2):460-4.