

Sarcoidosis cavitaria primaria, una forma extremadamente rara de presentación



Primary Cavitary Sarcoidosis, an Extremely Rare Form of Presentation

Estimado Director:

La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica que se caracteriza por la existencia de granulomas no caseificantes¹, siendo el pulmón el órgano que más frecuentemente se encuentra afectado y es el responsable en la mayor parte de los casos de la morbimortalidad². Afecta generalmente a jóvenes y adultos de edad media³. El hallazgo radiológico más típico es el de adenopatías hiliares bilaterales, con o sin adenopatías paratraqueales derechas, seguido de patrón intersticial pulmonar¹. La cavitación es un hallazgo inusual en la sarcoidosis pulmonar^{2,3}.

Presentamos el caso de un varón de 38 años, caucásico, con antecedente personal de asma bronquial en la infancia y exfumador desde hace 4 meses. Consultó por historia de tos matutina de 2 meses de evolución, desencadenada por cambios de ambiente y ejercicio, con expectoración mucosa y ocasionales vómitos. La auscultación pulmonar fue normal, así como las pruebas de función respiratoria incluido el test de la marcha.

La radiografía de tórax mostró un patrón intersticial difuso bilateral sin gradiente ápico-basal, consistente en micronódulos y al menos 2 lesiones cavitadas en base pulmonar derecha (fig. 1A). La tomografía computarizada de alta resolución (TACAR) de tórax confirmó la existencia de un patrón intersticial micronodular de distribución perilinfática además de múltiples nódulos, muchos

cavitados con pared gruesa y lisa sin claros signos sugestivos de malignidad, más numerosos en campos superiores y de mayor tamaño en base pulmonar derecha y la presencia de adenopatías hiliares bilaterales (figs. 1B y C). En base a los hallazgos radiológicos los diagnósticos diferenciales que se plantearon fueron histiocitosis de células de Langerhans, sarcoidosis y, menos probable por el contexto clínico, infección tuberculosa o fúngica. El cultivo del broncoaspirado fue negativo para *Mycobacterium* y hongos. Se le realizó una biopsia transbronquial y el estudio anatomopatológico de las muestras tomadas del lóbulo superior derecho y lóbulo inferior derecho reveló neumonitis granulomatosa no necrosante compatible con sarcoidosis (fig. 1D).

Las lesiones pulmonares cavitadas constituyen un hallazgo atípico en la sarcoidosis. Aunque están presentes en un 10% de los pacientes en estadio avanzado, acompañadas de signos de fibrosis con distorsión de la arquitectura y bronquiectasias de tracción; suponen menos del 0,8% como forma de presentación¹, generalmente en individuos jóvenes con enfermedad acinar o nodular¹. Es por tanto un dilema diagnóstico, que podría estar infradiagnosticado², ya que requiere una adecuada correlación clínica y confirmación histológica³. Clínicamente cursa de forma menos sintomática que otras enfermedades cavitarias². Para su diagnóstico los cultivos bacteriano y fúngico han de ser negativos, no debe haber derrame pleural y se han de excluir lesiones radiológicamente similares como bullas o bronquiectasias². Histológicamente las cavidades consisten en un área de necrosis central y un conglomerado de granulomas sarcoideos que confluyen revistiendo su pared^{1,2}. La cavidad puede estar presente en el momento inicial o desarrollarse después de meses o años, pueden

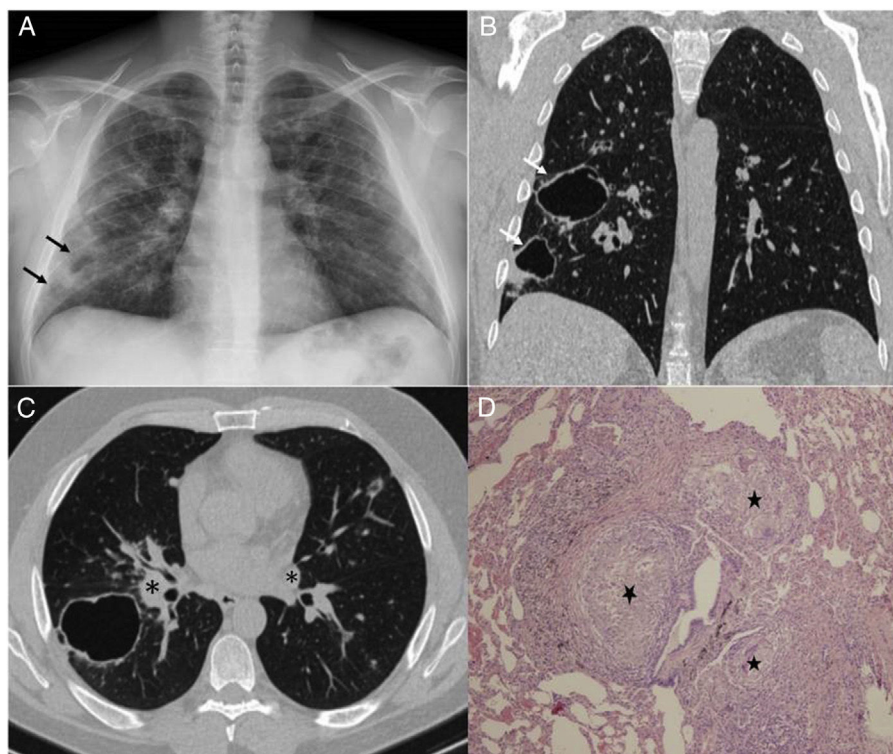


Figura 1. A) Radiografía simple de tórax: patrón intersticial difuso bilateral, consistente en imágenes parcheadas de aumento de densidad de predominio en campo pulmonar derecho (flechas). Tomografía computarizada de alta resolución (TACAR) de tórax. B) Reconstrucción coronal. C) Imagen axial, ambas con ventana de pulmón: patrón intersticial micronodular de distribución perilinfática, nódulos cavitados con pared gruesa y lisa (flechas) y adenopatías hiliares bilaterales (asteriscos). D) Microfotografía de biopsia transbronquial: parénquima pulmonar con numerosos granulomas no necrosantes (estrellas) de distribución peribronquial, constituidos por células epitelioides y células gigantes multinucleadas (hematoxilina-eosina, $\times 40$).

permanecer estables durante un tiempo, aunque también pueden desaparecer o formarse nuevas cavidades³.

Bibliografía

1. Criado E, Sánchez M, Ramírez J, Arguis P, de Caralt TM, Perea RJ, et al. Pulmonary sarcoidosis: Typical and atypical manifestations at high-resolution CT with pathologic correlation. *Radiographics*. 2010;30:1567-86.
2. Özseker ZF, Yılmaz A, Bayramçürler B, Güneşlioglu D. Cavitory sarcoidosis: Analysis of two cases. *Respirology*. 2002;7:289-91.
3. Hours S, Nunes H, Kambouchner M, Uzunhan Y, Brauner MW, Valeyre D, et al. Pulmonary cavitory sarcoidosis: Clinico-radiologic characteristics and natural history of a rare form of sarcoidosis. *Medicine (Baltimore)*. 2008;87:142-51.

Ana Belén Gil Guerra*, María Rosa López Pedreira, Pilar Cartón Sánchez y Pablo Santos Velasco

Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anagil.guerra@gmail.com (A.B. Gil Guerra).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2018.01.017>
0300-2896/

© 2018 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Tratamiento de la infección tuberculosa latente en una unidad clínica de tuberculosis



Treatment of Latent Tuberculosis Infection in a Tuberculosis Clinic

Estimado Director:

La tuberculosis (TB) es todavía uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Las personas con infección tuberculosa latente (ITL) tienen riesgo de desarrollar enfermedad y este está en relación con su estado inmunitario. El desarrollo de TB puede evitarse mediante el tratamiento preventivo (TITL)¹. La efectividad del TITL depende de la eficacia de las pautas utilizadas² y del cumplimiento de estas³.

Nuestro trabajo es un estudio observacional y retrospectivo que tuvo como objetivo evaluar el cumplimiento del TITL y los factores relacionados con el abandono.

Se estudiaron los sujetos con diagnóstico de ITL que iniciaron TITL en la Unidad Clínica de Tuberculosis Vall d'Hebron-Drassanes desde enero de 2011 hasta diciembre de 2016. El diagnóstico de ITL se estableció a partir de la positividad de la prueba de la tuberculina y/o IGRA con estudio radiológico del tórax normal. La pauta de TITL se indicó siguiendo las normativas de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica⁴.

Se realizó seguimiento clínico/analítico mensual en todos los casos y siempre que el paciente presentara intolerancia. La adherencia se evaluó a través de entrevista y determinación de metabolitos de isoniacida en orina⁵ y el cumplimiento se definió como la toma de más del 80% de las dosis prescritas.

Se incluyeron 1.113 pacientes consecutivos con una edad media de 29 años, de los que 713 eran varones (64%). Eran inmigrantes 793 (71%), procedentes de más de 50 países (tabla 1). El 70% de los africanos procedían de los países del Magreb (principalmente de Marruecos), el resto eran subsaharianos. El 71,5% de los asiáticos procedían del subcontinente indio (71,5%), siendo Pakistán el país que aportó más pacientes. En el grupo de América Latina destacaron por su aportación Bolivia (23%), Ecuador (21%), Perú (14%), República Dominicana (11%) y Colombia (9%). Y respecto a los incluidos como Europa del Este, Rumanía aportó el 55% del total.

El motivo de indicación de TITL fue estudio de contacto en 675 (61%) y cribado de población de riesgo en 438 (39%). La pauta TITL de elección fue la combinación de isoniacida y rifampicina durante 3 meses, indicada en 1.017 pacientes (91%). La pauta de isoniacida durante 6 meses se reservó para pacientes en los que se evitó la rifampicina por interacciones con la medicación habitual. La monoterapia con rifampicina durante 4 meses se utilizó en los

TITL indicados por contacto con enfermos con TB activa, donde se conocía previamente la existencia de resistencias a la isoniacida y como pauta de rescate cuando se retiró la isoniacida por toxicidad hepática.

Completaron el tratamiento 920 pacientes (83%) y lo abandonaron 150 (13%). Se registraron efectos adversos (EA) en 274 pacientes (24%); el más frecuente fue la elevación de enzimas hepáticas (106; 10%). Únicamente se retiró el TITL en 43 pacientes de los que notificaron EA (4%). En 42 (4%) casos se cambió la pauta inicialmente indicada; de estos, el 98% completaron el TITL.

Las variables relacionadas con el abandono en el análisis de regresión logística fueron: diagnóstico por cribado de población de riesgo (OR 2,06; IC 95% 1,45-2,93), sexo masculino (OR 1,79; IC 95% 1,20-2,65), edad inferior a 35 años (OR 1,76; IC 95% 1,14-2,73), no vivir en familia (OR 3,2; IC 95% 2,19-4,80), bajo nivel educativo (OR 5,11; IC 95% 1,83-14,13), desempleo (OR 3,09; IC 95% 2,04-4,68), tabaquismo (OR 1,62; IC 95% 1,12-2,35), alcoholismo (OR 1,96; IC 95% 1,26-3,06) e inmigración (OR 3,2; IC 95% 1,92-5,35). En el subgrupo de inmigrantes se observa peor cumplimiento en los que llevaban menos de 2 años residiendo en España (OR 1,86; IC 95% 1,27-2,72).

La elección preferente en nuestro centro de la pauta de isoniacida y rifampicina combinadas durante 3 meses se considera fundamental para explicar los resultados de finalización del TITL observados. La utilización de pautas cortas basadas en la rifampicina sola o en combinación con otros fármacos ha demostrado mejorar las tasas de finalización del TITL en comparación con las pautas largas que implican tratamientos de entre 6 y 9 meses, y se consideran una estrategia fundamental para mejorar la adherencia manteniendo la misma eficacia que las pautas tradicionales^{3,6}. En este sentido, en un ensayo clínico controlado realizado por nuestro grupo la utilización de la combinación de isoniacida y rifampicina durante 3 meses demostró una tasa de cumplimiento (72%) significativamente superior que la pauta isoniacida durante 6 meses (52%), sin diferencias respecto a la incidencia de EA, toxicidad hepática ni eficacia⁷.

El diagnóstico de ITL también es un factor con influencia en el cumplimiento posterior del TITL. Los pacientes en TITL a raíz de un estudio de contacto cumplieron mejor el tratamiento (86%) que aquellos a los que se indicó tras cribado de población de riesgo (78%). Un trabajo de revisión publicado recientemente, que recoge tasas de finalización de TITL de 13 estudios prospectivos, muestra que entre los contactos recientes de casos activos de TB el cumplimiento era de un 53 a un 82% y entre las personas procedentes de cribados finalizaron entre un 25 y un 71% de los TITL, atribuyendo este comportamiento a la falta de percepción de riesgo en los sujetos del último grupo⁸.