

Sarcoidosis. Presentación clínica y pronóstico

Hemos leído con interés el artículo *Sarcoidosis. Presentación clínica y pronóstico* que describe las características clínicas de 26 pacientes seguidos en la Fundación Favaloro en el período 1993-2008¹. En esos enfermos observaron un 88.4% de afectación pulmonar, mientras que el 30.7% presentó compromiso extrapulmonar, especialmente cardíaco y cutáneo¹. Los autores no mencionan las manifestaciones articulares en ese grupo, y como hemos tenido la oportunidad en nuestro servicio de atender enfermos con ellas, deseamos hacer algunas consideraciones al respecto.

Las manifestaciones articulares no suelen ser la forma de comienzo de la enfermedad, aunque el 25% de los pacientes con sarcoidosis suelen tener afectación articular. Existen dos grandes tipos de artritis: una forma generalmente aguda transitoria, el denominado síndrome de Lofgren (artritis de tobillos, adenopatías hiliares y eritema nodoso, a veces ausente), y una forma crónica poli-articular, generalmente simétrica, de articulaciones grandes y pequeñas que simula una artritis reumatoidea que, en ocasiones, provoca destrucción articular. Pueden verse, además: tenosinovitis, miopatía, dactilitis y compromiso óseo, que suele ser asintomático, sobre todo vertebral y en los huesos de las falanges de manos y pies².

Investigadores ingleses hallaron un mayor porcentaje de dolor lumbar asociado a sacroileítis en estos enfermos comparados con la población general³. En ciertas ocasiones estos síntomas pueden simular una espondiloartropatía seronegativa, tal como hemos podido observar en un enfermo atendido en nuestra institución⁴.

Por otra parte, la afectación de las glándulas parótidas con tumefacción indolora, en ocasiones asociada a síndrome sicca (síndrome seco), puede simular un síndrome de Sjögren, pudiendo en ocasiones existir una verdadera superposición entre ambas enfermedades; en estos casos se observa mayor compromiso extra-glandular, especialmente ocular y articular⁵.

Merece mencionarse también la aparición de síntomas compatibles con sarcoidosis en enfermos tratados con

inhibidores del factor de necrosis tumoral- α (anti-FNT α). Estas medicaciones son frecuentemente utilizadas para tratar la artritis reumatoidea y otras artritis inflamatorias, así como la enfermedad de Crohn y la psoriasis. En los casos publicados, la biopsia de los órganos afectados mostró la presencia de granulomas no caseificantes. En la mayoría de los afectados la suspensión del tratamiento y, ocasionalmente, la utilización de esteroides resolvió el cuadro clínico. Si bien el mecanismo fisiopatológico de esta complicación no se conoce, se cree que en ciertos casos las drogas anti-FNT α aumentarían el riesgo de desarrollar reacciones granulomatosas como un fenómeno autoinmune⁶.

Finalmente, coincidimos con González, Vigliano y Cánova, en que la sarcoidosis es una enfermedad subdiagnosticada en nuestro medio, con múltiples manifestaciones clínicas que simulan otras enfermedades, lo cual la convierte en un desafío diagnóstico.

Javier A. Cavallasca, Jorge L Musuruana

Sección Reumatología y Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Hospital J. B. Iturraspe, Santa Fe, Argentina
e-mail: jcavallasca@yahoo.com.ar

1. González EL, Vigliano C, Cánova J. Sarcoidosis. Presentación clínica y pronóstico. *Medicina (Buenos Aires)* 2010; 70: 499-502.
2. Sweiss NJ, Patterson K, Sawaqed R, et al. Rheumatologic manifestations of sarcoidosis. *Semin Respir Crit Care Med.* 2010; 31: 463-73.
3. Erb N, Cushley MJ, Kassimos DG, Shave RM, Kitaz GD. An assessment of back pain and the prevalence of sacroiliitis in sarcoidosis. *Chest* 2005; 127: 192-6.
4. Gómez-Puerta JA, Musuruana J, Sáez C, Cervera R, Font J. Sarcoidosis como espondiloartropatía seronegativa. *Biomedica* 2005; 25: 435-8.
5. Musuruana JL, Cavallasca JA, Lorenzon L. A man with sicca symptoms and bilateral parotid enlargement. *South Med J.* 2008; 101: 855-6.
6. Massara A, Cavazzini L, La Corte R, Trotta F. Sarcoidosis appearing during anti-tumor necrosis factor alpha therapy: a new "class effect" paradoxical phenomenon. Two case reports and literature review. *Semin Arthritis Rheum* 2010; 39: 313-9.