



IF-069 - CAUSAS DE INFLAMACIÓN GRANULOMATOSA NO NECROTIZANTE EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

V. Alende Castro¹, B. Sopena Pérez-Arguelles¹, J. Cameselle Teijeiro², I. Carballo Fernández¹, C. Macía Rodríguez¹, A. García Villafranca¹, E. Páez Guillán¹, A. González Quintela¹

¹Servicio de Medicina Interna. ²Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Objetivos: Para la mayoría de los clínicos, el diagnóstico anatomopatológico de inflamación granulomatosa no necrotizante (IGNN) es casi sinónimo de sarcoidosis, pero son muchas las enfermedades que pueden compartir dicha descripción. El estudio ha sido diseñado para describir las enfermedades que pueden causar IGNN, los tejidos más frecuentemente afectados y si el tipo de tejido analizado puede orientar sobre la causa de la IGNN.

Métodos: Se analizaron todas las muestras histológicas informadas como inflamación granulomatosa no necrotizante desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2014 en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Se recogieron variables demográficas, analíticas y tipo de tejido estudiado. Los pacientes fueron seguidos en el tiempo y se recogió el diagnóstico final que causó la IGNN.

Resultados: Se incluyeron 290 muestras tisulares correspondientes a 207 pacientes (50,7% mujeres) con una edad media de 51,23 años. En lo relativo a la procedencia de las muestras, la distribución fue la siguiente: piel 68 (32,9%), adenopatías 55 (26,6%), biopsia transbronquial 30 (14,5%), pulmón 12(5,8%) y otras 42 (20,2%). El diagnóstico al final del seguimiento fue: sarcoidosis en 124 (59,9%); infecciones en 16 pacientes (7,7%) de los cuales 8 (4%) fueron finalmente diagnosticados de tuberculosis e infección por micobacterias atípicas otros 3 (1,4%); reacción a cuerpo extraño 13 (6,3%); neoplasia 12 (5,9%); enfermedad autoinmune 5 (2,5%), dos de las cuales (0,9%) fueron granulomatosis de Wegener; rosácea 3 (1,4%); enfermedad de Crohn 2 (0,9%); granuloma anular 2 (0,9%); bocio multinodular 2 (0,9%); queilitis 2 (0,9%) y amiloidosis 1 (0,5%). Finalmente, no se logró diagnóstico en 12 pacientes (5,9%). Al analizar la prevalencia de sarcoidosis en función del tejido estudiado se observó que estuvo presente en un 83% de las biopsias transbronquiales y en un 78% de las adenopatías. En otros tejidos como la piel (48,5%), hígado, tiroides, intestino (0%) la frecuencia de sarcoidosis fue sensiblemente inferior.

Frecuencia de sarcoidosis según el tejido analizado

Adenopatías	78,2%
Piel	48,5%
Biopsia transbronquial	83,3%
Pulmón	75,0%

Discusión: La descripción de una muestra histológica como IGNN no es infrecuente en la práctica diaria. Sin embargo, apenas hemos encontrado estudios en los que se describan la etiología y las características de la misma. Un trabajo reciente (Nazarulla et al. *Respirology*, 2015) incluyó 226 muestras tisulares de las que 104 fueron de IGNN. De éstas la sarcoidosis supuso el 37% de los casos, las infecciones el 31% (50% de ellas por micobacterias) y no se llegó a un diagnóstico definitivo en un 11%. La presente serie incluyó más casos de IGNN, con un espectro de diagnósticos finales similar y un porcentaje de diagnóstico definitivo superior.

Conclusiones: Casi un 50% de los pacientes con IGNN no tenían sarcoidosis. El diagnóstico alternativo más frecuente fueron las infecciones incluida la tuberculosis. En un 95% de los pacientes con IGNN se alcanzó un diagnóstico etiológico definitivo.