



Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Reumatología Clínica en imágenes

Dactilitis sarcoidea como manifestación inicial de sarcoidosis sistémica



Sarcoid Dactylitis as the Initial Manifestation of Systemic Sarcoidosis

Xavier Fustà-Novell^{a,*}, Sonia Mínguez-Blasco^b, Lidia Creus-Vila^a y Meritxell Sallés-Lizarzaburu^b

^a Servicio de Dermatología, Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Manresa, Barcelona, España

^b Servicio de Reumatología, Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Manresa, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de diciembre de 2021

Aceptado el 13 de febrero de 2022

On-line el 24 de junio de 2022

Caso clínico

Varón de 45 años (originario de Ghana), sin antecedentes de interés, que acude a consulta por clínica de tumefacción, dolor y alteración ungueal en el cuarto dedo del pie derecho de 3 meses de evolución. En la exploración física se objetiva dactilitis y onicodistrofia (fig. 1A), así como pápulas y placas eritemato-anaranjadas en la columela nasal y en las comisuras labiales (fig. 1B).

Diagnóstico y evolución

El estudio radiológico demuestra resorción ósea de la falange distal del cuarto dedo del pie derecho (fig. 1C). El estudio histopatológico de las lesiones cutáneas objetiva múltiples granulomas no necrosantes que ocupan la dermis, sin identificación de micobacterias en la tinción de Ziehl-Neelsen. Analítica: VSG 39 mm/1.^a h, PCR 17,8 (< 5 mg/l); hemograma con leucopenia (3.500/ml) y linfopenia (700/ml); enzima convertidora de la angiotensina 119,6 U/l (13,3-63,9 U/l); función renal, parámetros hepáticos, metabolismo fosfocálcico y sedimento de orina, normales. El PPD y la prueba IGRA resultan negativos. Radiografía de tórax: patrón reticular bilateral y dudosas adenopatías hiliares. Se solicita PET-TC, que muestra captación de adenopatías mediastínicas y axilares, múltiples nódulos pulmonares centroacinares y subpleurales, hiperesplenismo y captación de la lesión lítica de la cuarta falange distal del pie derecho, sin otras lesiones óseas.



Figura 1. A) Dactilitis y distrofia ungueal en el cuarto dedo del pie derecho. B) Pápulas y placas eritemato-anaranjadas en la columela nasal y en las comisuras labiales (puntas de flecha) correspondientes a sarcoidosis cutánea (lupus pernio). C) La imagen radiológica demuestra la resorción ósea de la falange distal del cuarto dedo del pie derecho.

Con el diagnóstico de dactilitis sarcoidea en contexto de sarcoidosis cutánea (lupus pernio), ósea, ganglionar y pulmonar, se inicia tratamiento con prednisona oral (0,5 mg/kg/día), con mejoría de las lesiones cutáneas y de la dactilitis y desaparición del dolor. Dos meses después el paciente suspende el tratamiento con prednisona oral por decisión propia, con rápida recidiva de las lesiones cutáneas y de la dactilitis, con la posterior resolución al reintroducir el tratamiento. Las adenopatías mediastínicas y los nódulos peribronquiales y subpleurales de mayor tamaño se mantienen estables a la TC de control realizada a los 6 meses del inicio del tratamiento.

Discusión

La dactilitis sarcoidea es una manifestación infrecuente que se observa en menos del 1% de los pacientes con sarcoidosis^{1,2}. Se caracteriza por tumefacción, rigidez y dolor del dedo afectado, oni-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: xfusta@althaia.cat (X. Fustà-Novell).

codistrofia cuando involucra la falange distal y, en casos graves, deformidad y resorción ósea³. Los pacientes afroamericanos presentan más frecuentemente sarcoidosis extrapulmonar (piel, ojos, médula ósea. . .) respecto a otras razas⁴. Se ha reportado que las lesiones óseas periféricas podrían ser más frecuentes en pacientes de raza negra⁵. No obstante, estudios recientes han encontrado que la sarcoidosis ósea puede ser más frecuente en pacientes de raza blanca, aunque la afectación ósea de las manos podría ser más frecuente en pacientes de raza negra^{6,7}. La dactilitis sarcoidosa se ha asociado a un peor pronóstico y a un mayor riesgo de afectación multisistémica^{6,7}, por lo que su reconocimiento resulta imprescindible para establecer un diagnóstico precoz y prevenir complicaciones. Además, es frecuente la aparición de lesiones cutáneas concomitantes (lupus pernio)^{8,9}, destacando la importancia de la exploración dermatológica en pacientes que se presentan con dactilitis.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de intereses.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Pitt P, Hamilton EB, Innes EH, Morley KD, Monk BE, Hughes GR. Sarcoid dactylitis. *Ann Rheum Dis*. 1983;42:634–9.
2. Mori T, Yamamoto T. Dactylitis in sarcoidosis. *J Dermatol*. 2017;44:e340–1.
3. Barnard J, Newman LS. Sarcoidosis: Immunology, rheumatic involvement, and therapeutics. *Curr Opin Rheumatol*. 2001;13:84–91.
4. Mirsaeidi M, Machado RF, Schraufnagel D, Sweiss NJ, Baughman RP. Racial difference in sarcoidosis mortality in the United States. *Chest*. 2015;147:438–49.
5. Wilcox A, Bharadwaj P, Sharma OP. Bone sarcoidosis. *Curr Opin Rheumatol*. 2000;12:321–30.
6. Sparks JA, McSparron JI, Shah N, Aliabadi P, Paulson V, Fanta CH, et al. Osseous sarcoidosis: Clinical characteristics, treatment, and outcomes — experience from a large, academic hospital. *Semin Arthritis Rheum*. 2014;44:371–9.
7. Zhou Y, Lower EE, Li H, Farhey Y, Baughman RP. Clinical characteristics of patients with bone sarcoidosis. *Semin Arthritis Rheum*. 2017;47:143–8.
8. Duckworth AD, Hill AT, Beggs I, Patton JT, Salter DM, Porter DE. Sarcoidosis presenting as a proximal phalangeal bony swelling — a case and review of the literature. *Hand (NY)*. 2010;5:90–4.
9. Madureira P, Pimenta S, Cardoso H, Guimarães Cunha R, Costa L. Sarcoidosis: An unusual presentation. *Reumatol Clin*. 2017;13:227–9.