

Sarcoidosis con compromiso cardíaco, un desafío clínico

Sarcoidosis with cardiac involvement: a clinical challenge

Gabriel Andrés Reartes¹, Gustavo Alberto Pepe², Lucas Santiago Becerra³, José Luis Serra³, Guillermo Einer Allende^{3,4}, Carla Andrea Gobbi^{3,4}

1. Cátedra de Clínica Médica I, Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina. <https://orcid.org/0009-0008-9722-3564>

2. Cátedra de Clínica Médica I, Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-2508-455X>

3. Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

4. Cátedra de Clínica Médica I, Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

Recibido: 21/02/2026 - Aceptado: 01/04/2026

Autor de correspondencia:

Gabriel Andrés Reartes

gabrielreartes@mi.unc.edu.ar

Resumen

La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria multisistémica que puede comprometer el corazón y provocar arritmias graves, insuficiencia cardíaca y muerte súbita. Presentamos el caso de una mujer de 61 años con sarcoidosis sistémica de larga evolución, inicialmente manifestada como síndrome de Löfgren y tratada con inmunosupresión optimizada, que desarrolló disnea, angor y palpitaciones más de una década después del diagnóstico. Los estudios funcionales respiratorios y las imágenes mostraron enfermedad pulmonar crónica estable, mientras que el Holter evidenció *flutter* auricular con extrasístoles ventriculares aisladas. La cinecoronariografía fue normal y la resonancia magnética cardíaca demostró fibrosis intersticial difusa y realce tardío septal compatibles con sarcoidosis cardíaca. Este caso demuestra que el compromiso cardíaco puede aparecer en fases tardías, incluso en fenotipos de buen pronóstico, y resalta la importancia del seguimiento prolongado y del uso de estudios cardiológicos avanzados ante síntomas sugestivos.

Palabras clave: sarcoidosis, sarcoidosis cardíaca, enfermedad cardiovascular

Abstract

Sarcoidosis is a multisystem inflammatory disease that may involve the heart and lead to serious arrhythmias, heart failure, and sudden cardiac death. We present the case of a 61-year-old woman with long-standing systemic sarcoidosis, initially manifesting as Löfgren syndrome and treated with optimized immunosuppressive therapy, who developed dyspnea, angina, and palpitations more than a decade after the initial diagnosis. Pulmonary function tests and imaging showed stable chronic pulmonary disease, whereas Holter monitoring revealed atrial flutter with isolated ventricular ectopic beats. Coronary angiography was normal, and cardiac magnetic resonance imaging demonstrated diffuse interstitial fibrosis and septal late gadolinium enhancement consistent with cardiac sarcoidosis. This case illustrates that cardiac involvement may emerge in late stages, even in phenotypes generally considered to have a favorable prognosis, and highlights the importance of long-term follow-up and the use of advanced cardiac imaging in patients with suggestive symptoms.

Keywords: sarcoidosis, cardiac sarcoidosis, cardiovascular disease

INTRODUCCIÓN

La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria multisistémica que forma granulomas no caseificantes en diversos órganos, principalmente el pulmón. La afección cardíaca se estima en un 20-30 % de los pacientes, aunque solo una minoría desarrolla manifestaciones clínicas, y es más frecuente en menores de 50 años.¹

En este reporte el objetivo es describir la presentación que puede tener la sarcoidosis cardíaca en una paciente con sarcoidosis extrapulmonar confirmada, bajo tratamiento inmunosupresor óptimo, y discutir el reto diagnóstico que implica esta forma de compromiso tardío.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 61 años que comienza en 2011 con eritema nodoso en ambos miembros inferiores, compromiso adenomegálico mediastínico y compromiso intersticial pulmonar periférico. Se descartan etiologías infecciosas, tumorales y autoinmunes mediante estudios serológicos, lavado broncoalveolar y punción-biopsia pulmonar. La valoración de la enzima convertidora de angiotensina y del metabolismo fosfocálcico no aporta hallazgos relevantes. Dos años más tarde, la biopsia de un ganglio cervical evidencia linfadenitis granulomatosa con granulomas sin necrosis central, compatible con sarcoidosis; el diagnóstico se estableció siguiendo los criterios de la American Thoracic Society (ATS) 2020. Inicialmente fue tratada con esteroides, con buena respuesta, y posteriormente con múltiples inmunosupresores ahorradores de esteroides que no toleró (metotrexato, azatioprina, micofenolato). Finalmente, recibió rituximab 1 g cada 15 días, con ciclos repetidos aproximadamente cada 9 meses, asociado a metotrexato 15 mg semanales por enfermedad pulmonar de difícil control.

Como antecedentes personales reportó taquicardia paroxística en la niñez no filiada. Desde 2019 presentó episodios de taquicardia y síncope vasovagales, estudiados con ergometría y Holter sin alteraciones relevantes.

En 2024, por persistencia de disnea grado II y ashenia se realizan estudios funcionales pulmonares, donde la capacidad de difusión alveolocapilar estaba ligeramente disminuida y el test de la caminata fue detenido por disnea y angor.

Fue valorada en cardiología; en el examen físico presentó roncus, con saturación de oxígeno 98 % aire ambiente. En la monitorización ambulatoria de ECG (Holter) se observó ritmo sinusal con extrasístoles supraventriculares aisladas, asociadas a *flutter* auricular.

En la tomografía de tórax persistían bronquiectasias varicosas con engrosamiento de espacio peribroncovascular en el segmento lingular inferior y múltiples imágenes ganglionares calcificadas mediastinales, siendo la mayor retrocavo pretraqueal de 20 x 17 mm, en relación a patología de base. Sin cambios respecto a estudios previos.

En la ergometría desarrolló fatiga rápida, disnea y opresión precordial típica que cedió luego del esfuerzo. Se estudió el 83 % de la reserva coronaria, presentando extrasístoles ventriculares monomorfas durante toda la prueba. Por estos hallazgos se solicitó cinecoronariografía que no demostró lesiones coronarias.

Se realizó resonancia magnética cardíaca con aumento de volumen extracelular difuso, compatible con fibrosis intersticial, fibrosis septal inferior basal y septo anterior medial. El test con dipiridamol no demostró alteraciones en la perfusión.

Fue medicada con mononitrato de isosorbide con mejoría de los síntomas.

DISCUSIÓN

La afectación cardíaca en la sarcoidosis ocurre en un 20-30 % de los pacientes, aunque solo un 5 % desarrolla manifestaciones clínicas significativas. Llanos describe que en estudios de autopsia la observó en más del 40 % de los casos.¹⁻²

La sarcoidosis cardíaca se asocia con un pronóstico desfavorable debido a su potencial para generar arritmias ventriculares, trastornos de la conducción, insuficiencia cardíaca y muerte súbita; al ser asintomática en muchos casos se transforma en un desafío clínico.^{1,3}

La paciente presentó compromiso cardíaco documentado más de 10 años después del diagnóstico inicial, hecho de gran relevancia clínica para el seguimiento a largo plazo de los pacientes con sarcoidosis.

Solo un estudio evaluó tres modalidades de detección en una sola población, encontrando que el electrocardiograma (ECG), el ecocardiograma transtorácico (ETT) y la monitorización ambulatoria del ECG presentan sensibilidades del 9 % (IC del 95 %, 1-27 %), 25 % (IC del 95 %, 10-47 %) y 50 % (IC del 95 %, 29-71 %), respectivamente, y especificidades del 97 % (IC del 95 %, 86-100 %), 95 % (IC del 95 %, 83-99 %) y 97 % (IC del 95 %, 86-100 %), respectivamente.⁴⁻⁵

Nuevos estudios sugieren que, en los pacientes sin síntomas ni signos de sarcoidosis cardíaca, el electrocardiograma puede utilizarse como estudio inicial para detectar un posible compromiso, además de la pesquisa clínica de anamnesis y examen

físico. En este contexto, no se recomienda realizar de rutina un ecocardiograma transtorácico ni un monitoreo Holter de 24 horas como primera medida.⁵

El ECG, el ETT y el Holter de 24 horas son métodos no invasivos que pueden contribuir a detectar sarcoidosis cardíaca en pacientes asintomáticos. Sin embargo, las pruebas proporcionan información diferente. Mientras que el ECG y el Holter evalúan la conductividad dentro del corazón, el ecocardiograma evalúa la función mecánica.⁴

Para los pacientes sintomáticos, otras modalidades diagnósticas incluyen la resonancia magnética cardíaca con gadolinio, que permite detectar áreas de fibrosis mediante el realce tardío. El PET-scan con fluorodesoxiglucosa puede identificar miocarditis activa, aunque requiere personal especializado para su realización.^{1,5}

Si bien el consenso de expertos de la Heart Rhythm Society (HRS) considera la biopsia de tejido miocárdico como criterio de diagnóstico definitivo, su sensibilidad es baja debido a la distribución parcheada de los granulomas, a menos que se guíe por otros estudios como el PET o la resonancia magnética cardíaca.⁶

Las guías de manejo de la sarcoidosis cardíaca son heterogéneas y sus criterios no están completamente unificados.

En casos donde se confirme sarcoidosis cardíaca, es importante la valoración electrofisiológica para determinar el riesgo de arritmias fatales, necesidad de desfibrilador implantable y manejo de arritmias. Los inmunosupresores pueden limitar el daño en la miocarditis o incluso revertirlo cuando existe actividad inflamatoria, pero no tienen utilidad sobre las cicatrices ya establecidas.²

CONCLUSIONES

El compromiso cardíaco en la sarcoidosis puede aparecer de forma tardía. La pesquisa de pacientes asintomáticos no es clara, recomendando con baja calidad de evidencia el ECG. La aparición de nuevas palpitaciones, síncope o dolor torácico en pacientes con sarcoidosis sistémica debe motivar una evaluación cardiológica oportuna con estudios de ritmo e imagen avanzados.

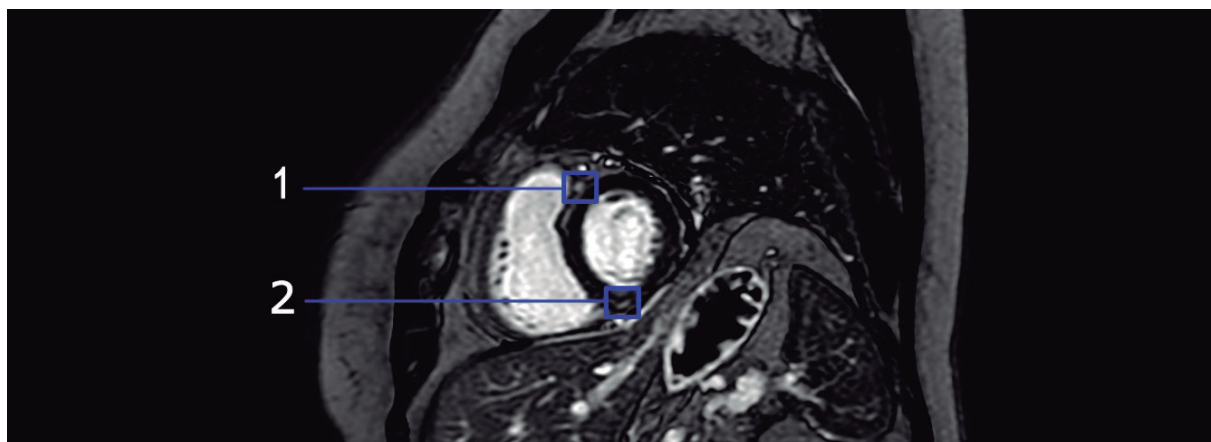
Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiamiento: este trabajo no recibió financiación específica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cheng RK, Kittleson MM, Beavers CJ et al. Diagnosis and Management of Cardiac Sarcoidosis: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2024;149(21):e1197–e1216. doi:10.1161/CIR.0000000000001240
2. Llanos O, Hamzeh N. Sarcoidosis. *The Medical Clinics of North America*. 2019;103(3):527–534. doi:10.1016/j.mcna.2018.12.011
3. Judson MA, Costabel U, Drent M, et al., Organ Assessment Instrument Investigators, T. W. The WASOG Sarcoidosis Organ Assessment Instrument: An update of a previous clinical tool. *Sarcoidosis, Vasculitis, and Diffuse Lung Diseases*. 2014;31(1), 19–27.
4. Birnie DH, Sauer WH, Bogun F, et al. HRS expert consensus statement on the diagnosis and management of arrhythmias associated with cardiac sarcoidosis. *Heart Rhythm*. 2014;11(7), 1305–1323. <https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2014.03.043>
5. Crouser ED, Maier LA, Wilson KC, et al. Diagnosis and Detection of Sarcoidosis. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2020;201(8):e26–e51. doi:10.1164/rccm.202002-0251ST
6. Mehta D, Lubitz SA, Frankel Z, et al. Cardiac involvement in patients with sarcoidosis: diagnostic and prognostic value of outpatient testing. *Chest*, 2008;133(6), 1426–1435. <https://doi.org/10.1378/chest.07-2784>

Figura 1.



Resonancia magnética cardíaca con realce tardío (LGE) en plano sagital. Se identifica realce tardío en los puntos de inserción del ventrículo derecho, superior (1) e inferior (2), con extensión intramiocárdica hacia el septum interventricular basal/medial, de patrón no isquémico, hallazgo compatible con compromiso cardíaco por sarcoidosis en el contexto clínico adecuado. LGE: late gadolinium enhancement; VD: ventrículo derecho.