



# VI SEMANA DO CONHECIMENTO

**UNIVERSIDADE EM TRANSFORMAÇÃO:  
INTEGRALIZANDO SABERES E EXPERIÊNCIAS**

**2 A 6 DE SETEMBRO/2019**



**Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:**

( ) Resumo      ( ) Relato de Experiência      (X) Relato de Caso

## **SEGUIMENTO DE SARCOIDOSE EM 22 ANOS: RELATO DE CASO**

**AUTOR PRINCIPAL:** Vinicius Rodrigues Pasetto

**CO-AUTORES:** Rodrigo Fichbein Marcon; Victor Vasconcelos da Silva; Vinicius Clóvis Lemes Pereira; Thayani Mion; Sandy Ferreira Bueno; Victória Regina Schmitz Acco;

**ORIENTADOR:** Thaís Caroline Fin

**UNIVERSIDADE:** Universidade de Passo Fundo

### **INTRODUÇÃO**

A Sarcoidose é uma patologia inflamatória crônica de etiologia idiopática, com acometimento multissistêmico e formações granulomatosas sem presença de necrose caseosa (KASPER et al., 2017). Envolve principalmente a ativação de linfócitos CD4 e macrófagos (BONHAM; STREK; PATTERSON, 2016). Mecanismos imunes são importantes na patogenia e a incidência da sarcoidose é maior em negros e em adultos jovens, tendo a genética como fator de risco.

O diagnóstico de sarcoidose é de exclusão, tendo sua clínica dependente do sistema mais acometido. Os principais sintomas são tosse, dispneia, dor torácica, emagrecimento, febre, astenia e artralgias (SILVA et al., 2005). Estruturas como pele, olhos, fígado e rins também podem ser afetados.

A terapêutica da sarcoidose consiste na imunossupressão em casos de inflamação ativa com manifestações clínicas. Assim os glicocorticóides são a primeira opção.

O objetivo deste trabalho é descrever um caso atípico de sarcoidose no meio médico.

### **DESENVOLVIMENTO:**

Paciente de 59 anos, feminino, aposentada e não tabagista chega para consulta, em 1997, com queixas de artralgia em membros superiores e inferiores distais, de forte intensidade concomitantemente com edema facial em períodos de remissão alternados com exacerbações. Paciente alegava ter pneumonias de repetição (3 episódios no último ano) e que na época sofria de dispneia. Foi solicitada investigação pulmonar com uma radiografia simples de tórax. O exame de imagem mostrou uma massa. Na sequência da investigação, foi realizada uma biópsia pulmonar, com o



# VI SEMANA DO CONHECIMENTO

**UNIVERSIDADE EM TRANSFORMAÇÃO:  
INTEGRALIZANDO SABERES E EXPERIÊNCIAS**

**2 A 6 DE SETEMBRO/2019**



intuito avaliar possível neoplasia pulmonar. Os achados histopatológicos da biópsia foram sugestivos de sarcoidose, em vistas da presença de processo inflamatório crônico granulomatoso sem necrose caseosa e fibrose pulmonar. Sendo assim, paciente realizou uso de Prednisona (Meticorten) na dose 20-60mg/dia, até consulta de retorno em 2011.

Nesse intervalo, paciente foi encaminhada para realização de uma nova biópsia para acompanhamento, a qual não constatou neoplasia, tuberculose e infecções fúngicas. Em seguida, passou a reduzir gradualmente a dose do fármaco, a fim de evitar alguma morbidade em função da interrupção súbita do uso do medicamento. A partir desse momento, paciente refere que entrou em remissão dos sintomas pulmonares e articulares até o ano de 2014.

Desde então, paciente alega que a sintomatologia se instalou novamente com períodos de exacerbação. As crises foram novamente tratadas com Prednisona (Meticorten). Após 2 anos de tratamento, sem atenuação do quadro, paciente foi encaminhada para realização de espirometria (sem alterações) e duas vezes para radiografia simples de tórax, as quais constataram infiltrado intersticial difuso bilateral, sendo que o laudo sugeria realização de tomografia computadorizada (TC). No ano seguinte (2017), paciente realizou a tomografia computadorizada, que demonstrou distorção da arquitetura pulmonar bilateral, presença de bronquiectasias de tração, áreas de opacidade em vidro fosco, micronódulos e linfonodos calcificados, espessamento difuso de septos e faveolamento predominantemente no pulmão direito.

Ao exame físico atual, paciente apresenta rigidez e dor de forte intensidade para flexão nos dedos da mão, punho, pés e cotovelos, acompanhada de edema sem sinais flogísticos, refere também episódios regulares de dispneia.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

Sendo assim, pode-se concluir que a sarcoidose, por ser uma doença inflamatória crônica de origem autoimune, é de difícil manejo e apresenta períodos de remissão ao tratamento imunossupressor. As recidivas podem ocorrer e essas acarretam em significativa redução da qualidade de vida do paciente devido à sintomatologia crônica instalada. O seguimento médico à longo prazo é de extrema importância.

## **REFERÊNCIAS**

BONHAM, C. A.; STREK, M. E.; PATTERSON, K. C. From granuloma to fibrosis: Sarcoidosis associated pulmonary fibrosis. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, v. 22, n. 5, p. 484–491, 2016.



# VI SEMANA DO CONHECIMENTO

**UNIVERSIDADE EM TRANSFORMAÇÃO:  
INTEGRALIZANDO SABERES E EXPERIÊNCIAS**

**2 A 6 DE SETEMBRO/2019**



SILVA, L. C. C. DA et al. Sarcoidose no sul do Brasil: estudo de 92 pacientes. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 31, n. 5, p. 398–406, out. 2005.

KASPER, D. L. et al. *Medicina interna de Harrison*. 19. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017. 2  
v

**NÚMERO DA APROVAÇÃO CEP OU CEUA (para trabalhos de pesquisa):**

## **ANEXOS**

Aqui poderá ser apresentada **somente UMA página com anexos** (figuras e/ou tabelas), se necessário.