



RELATO DE CASO

As marcas da evolução da Sarcoidose

AUTOR PRINCIPAL:

Débora Tomazoni

E-MAIL:

debora.tomazoni@hotmail.com

TRABALHO VINCULADO À BOLSA DE IC::

Não

CO-AUTORES:

Carlos Tobias Scortegagna, Eduardo Bertholdo Szareski, Felipe Rossatto Franceschi, Franciele Bandeira Giasson, Paola Piva de Freitas, Tatiana Bertholdo Szareski

ORIENTADOR:

Luciano Alt

ÁREA:

Ciências Biológicas e da Saúde

ÁREA DO CONHECIMENTO DO CNPQ:

4.01.01.00-2 CLINICA MÉDICA

UNIVERSIDADE:

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

INTRODUÇÃO:

A sarcoidose é uma doença inflamatória crônica de causa desconhecida caracterizada pelo acúmulo de linfócitos e macrófagos em diversos órgãos, formando granulomas não caseosos que provocam desarranjos teciduais. Este transtorno é considerado uma doença sistêmica e uma variedade de órgãos, principalmente pulmão, pele, olhos e fígado podem ser fonte de manifestações clínicas.

As mulheres são mais afetadas que os homens e o pico de incidência ocorre entre a segunda e terceira década de vida. O diagnóstico é de exclusão e depende de um conjunto de achados clínicos, radiológicos e laboratoriais. O curso clínico é variável, de doença assintomática com resolução espontânea até doença progressiva com insuficiência de órgãos e até mesmo morte.

RELATO DO CASO:

T.T, feminina, branca, 56 anos, do lar, natural de Carazinho e procedente de Montenegro. Há aproximadamente 30 anos, recebeu diagnóstico e tratamento de asma brônquica por apresentar sintomas frequentes de tosse seca, dispnéia, fadiga e desconforto retroesternal. Como não respondeu à conduta instituída, procurou outra instituição de saúde para investigação dos sintomas, onde solicitaram exames mais específicos. Realizou, então, um raio x de tórax o qual evidenciou pulmões hipoexpandidos, áreas de desarejamento no lobo inferior direito por atelectasia e/ou consolidação sugestiva de herniação pulmonar na base direita com aparente aumento da transparência do parênquima pulmonar; e uma espirometria, demonstrando distúrbio restritivo leve sem resposta ao broncodilatador. Para confirmação diagnóstica, foi realizado um estudo histopatológico através de biópsia transbrônquica, que apresentou granulomas não caseosos sem necrose, bem-formado, com abundantes células epitelióides e gigantócitos multinucleados, circundado por anel de linfócitos, sugestivo de sarcoidose pulmonar. Iniciou, então, tratamento com corticóide oral contínuo. Após alguns anos, relatou o aparecimento de artralgias, lombalgia, diminuição da acuidade visual, irritação ocular e exacerbação dos sintomas pulmonares. Suspeitando de sarcoidose óssea e ocular, solicitou-se cintilografia óssea e biomicroscopia do segmento anterior, os quais confirmaram a hipótese. Devido à piora da sintomatologia, realizou-se uma tomografia computadorizada de tórax a qual demonstrou ténue espessamento de septos interlobulares bilateral, podendo indicar sarcoidose, nódulo pulmonar solitário no segmento superior no lobo inferior direito, osteófitos nos corpos vertebrais da coluna dorsal. Atualmente, está fazendo o uso de uma droga imunossupressora, ciclofosfamida 5mg via oral diariamente.

CONCLUSÃO:

A sarcoidose é uma doença multissistêmica e pode apresentar sintomatologia variada. O seu manuseio continua sendo um enigma e o prognóstico é bom, apenas 10% desenvolvem uma incapacidade grave. Portanto, torna-se evidente, a importância de um acompanhamento contínuo e multidisciplinar para evitar um curso mais crônico e progressivo da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. Cecil, Tratado de Medicina Interna, cap 95, Sarcoidose, pag 774-779, volume I, 23a edição, Editora Elsevier, Rio de Janeiro, 2009

BETHLEM EP, Sarcoidose no Brasil. Jornal Brasileiro de Pneumologia vol 31, nº5. 2005, Rio de Janeiro, RJ.

Assinatura do aluno

Assinatura do orientador