

## Poliarterite nodosa com manifestações neurológicas: Relato de caso

MÁRJORIE ANÇÃO OLIVEIRA PIEDADE<sup>1</sup>; STEFANNY CASARIN MOURA<sup>2</sup>; BEATRIZ MENDES OLIVEIRA<sup>3</sup>; JULIANE DOS SANTOS MADRUGA<sup>4</sup>; JOSÉ EDUARDO CAMARGO RIBEIRO FILHO<sup>5</sup>

<sup>1,2,5</sup>Departamento de Clínica Médica do Hospital Universitário São Francisco; <sup>3,4</sup>Acadêmicas do curso de Medicina da Universidade São Francisco

marjoriepiiedade@hotmail.com

### Introdução/Fundamentos

Poliarterite nodosa (PAN) é uma vasculite necrosante sistêmica, que acomete artérias de médio e pequeno calibre. É rara, mais comum em homens, com manifestações clínicas inespecíficas e evolução variável. O diagnóstico é realizado por uma associação de achados clínicos e com a demonstração de vasculite tecidual por biópsia ou por imagem, com exclusão dos diagnósticos diferenciais.

### Objetivos

Relatar a PAN em paciente mulher e realçar a importância do diagnóstico para o manejo adequado

### Relato de caso

R.A.P, 47 anos, natural de Atibaia, auxiliar de cozinha. Previamente hígida, nega tabagismo, etilismo, alergias, uso de medicações contínuas, traumas ou cirurgias. Iniciou, há 4 meses, quadro de parestesia de membros inferiores (MMII), associada a dor e edema, predominantemente em joelhos. Após um mês, ascendeu para MMSS e apresentou um episódio de febre. Há 20 dias, veio trazida ao serviço devido a parestesia em MMII e impossibilidade de deambular. Refere inapetência com perda de 10kg nos últimos três meses. Nega cefaleia, dispneia, alterações visuais ou do trato geniturinário. Apresentava-se em regular estado geral, descorada 2+, desnutrida, consciente e orientada, presença de fezes em ampola retal, sem tumorações. Glasgow 15, Força grau II em MSD com mão caída indicando mononeuropatia e MIE/MID e força grau IV em MSE, apresentando tremor de movimentos em MSD. Demais achados sem alterações. Realizado TC de crânio com hipodensidades capsulolenticulares isquêmicas a direita (figura 1), TC coluna vertebral com espondilose cervical e TC abdome total com espessamento parietal gástrica, hidronefrose bilateral sem fatores obstrutivos e espessamento parietal vesical (figura 2).

Líquor normal. Anemia microcítica hipocrômica com anisocitose, PCR e VHS aumentado, hipoalbuminemia. Sorologias negativas. Endoscopia com esofagite e estase gástrica (figura 3). Arteriografia com A. renal direita não identificada e A. renal esquerda pérvia, alongada, com estenose proximal de A. segmentar superior e microaneurisma local (figura 4). Biópsia do M. gastrocnêmio sem alterações.

Evoluiu com hipertensão durante internação, perda global de força muscular, abolição de reflexos, fala lentificada e edema em MMII. Iniciado pulsoterapia com metilprednisolona e alta hospitalar com prednisona e ciclofosfamida após retorno da força muscular.

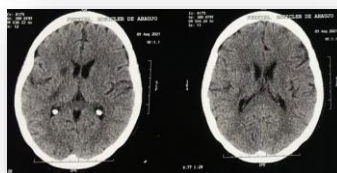


Figura 1. TC de crânio sem contraste

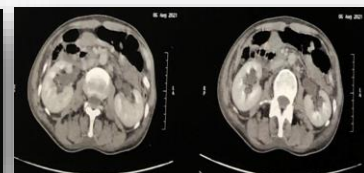


Figura 2. TC de abdome total com contraste

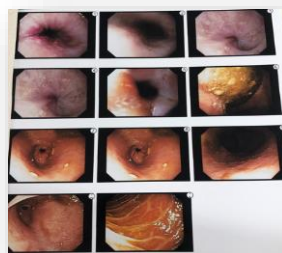


Figura 3. Endoscopia digestiva alta



Figura 4. Arteriografia de artéria renal esquerda evidenciando microaneurismas

### Conclusões/Considerações Finais

É de grande importância a suspeita de PAN em pacientes que se apresentam com manifestações inflamatórias multissistêmicas para o diagnóstico e tratamento correto dessas condições.

### Referências Bibliográficas

- BARON-BARON, Javier Orlando; PEREZ-CHONA, Carolina Marcela; VARGAS-RODRIGUEZ, Ledmar Jovanny. Polyarteritis nodosa. *Acta Med Colomb*, Bogotá, v. 45, n. 2, p. 41-44, June 2020.
- SILVA JUNIOR, Otacilio Figueredo et al. Poliarterite nodosa: revisão de literatura a propósito de um caso clínico. *Jornal Vasculoso Brasileiro*, v. 9, p. 86-89, 2010.
- FERNANDES, Sandra Regina Muchinechi et al. Poliarterite nodosa: contribuição ao estudo clínico, histopatológico e laboratorial. *Rev. bras. reumatol*, p. 194-200, 1997.