

RELATO DE PACIENTE COM MICRONÓDULOS PULMONARES E POLIARTRITE: TUBERCULOSE MILIAR COM SÍNDROME DE PONCET OU SÍNDROME DE CAPLAN?

Karenn Karolinne Silva Elias¹; Isis Monique Costa Cascini¹;
João Vitor Pereira Cunha¹; Luara Dantas Espinosa¹; Rafael Saad¹
1- Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba - São Paulo – Brasil
karenneliasmedicina@gmail.com rafaelaad89@gmail.com

Introdução/Fundamentos

A tuberculose (TB) miliar é uma forma disseminada de TB, potencialmente fatal. Está relacionada, principalmente, a pacientes imunocomprometidos e ocorre por disseminação hematogênica do *Mycobacterium tuberculosis*.

A doença de Poncet é uma condição clínica rara, caracterizada por um acometimento poliarticular em um paciente com diagnóstico de TB, sem evidência de invasão direta do bacilo nas articulações, configurando uma artrite reativa.

A Síndrome de Caplan é caracterizada por nódulos reumatóides pulmonares em pacientes com artrite reumatóide (AR) associados a pneumoconioses.

Objetivos

Esse relato de caso tem como objetivo relatar a investigação etiológica de um paciente com poliartrite e micronódulos pulmonares.

Descrição do caso

Homem, 52 anos, pedreiro com exposição a micropartículas de sílica, com quadro de poliartrite de início há 10 meses com predomínio em joelhos, em tratamento irregular com corticosteroides injetáveis com periodicidade mensal. Evoluiu com inapetência e emagrecimento de 8 quilos em 3 meses e dor ventilatório dependente à esquerda. Nega comorbidades e uso de outras medicações.

A tomografia de tórax (Figura 1) evidenciou micronódulos esparsos em ambos os pulmões, o maior medindo até 7 mm, associado a espessamento dos septos inter e intralobulares, sugerindo como diagnóstico diferencial TB miliar ou pneumoconiose. Exames laboratoriais revelaram: fator reumatóide 933,1 UI/mL, anticorpo anti-péptido citrulinado cíclico 112 U/mL e fator anti-núcleo padrão nuclear pontilhado fino denso 1/320. PPD negativo. Em lavado brônquico, pesquisa de BAAR e fungos negativa. Realizada biópsia transbrônquica sem material suficiente para análise, optado por biópsia a céu aberto (Figura 2), com retirada de tecido pulmonar de lobo médio com características de processo inflamatório crônico granulomatoso permeado por áreas de necrose caseosa. Iniciado tratamento para TB com esquema quádruplo e AR com hidroxiquina devido menor efeito imunossupressor. Após 2 meses de tratamento, iniciado leflunomida e, após término do tratamento da TB, trocado por metotrexato devido manutenção de alta atividade da doença reumatóide.



Figura 1 – Tomografia de tórax evidenciando micronódulos esparsos em ambos os pulmões.



Figura 2 – Material de biópsia a céu aberto de lobo médio, com presença de micronódulos.

Conclusões/Considerações Finais

Relatamos o caso de um paciente com quadro clínico e laboratorial compatível com AR e que desenvolveu provável imunossupressão devido injeções mensais de corticosteróides, evoluindo com TB miliar, trazendo um desafio terapêutico entre o tratamento de infecção grave pulmonar e necessidade de tratamento imunossupressor para controle de atividade da doença autoimune.

Referências Bibliográficas

- BARMAN, B.; TIEWSON, L.; LYNRAH, K. G.; WANKHAR, B.; BEYONG, T.; ISSAR, N. K. Miliary tuberculosis with pulmonary and extrapulmonary component complicated with acute respiratory distress syndrome. *J Family Med Prim Care*. 6(3), 688–690, Jul-Sep, 2017.
- SCHWEITZER, L. C.; LIPNHARSKI, F.; PREZZI, S. H. Artrite de Poncet: relato de caso. *Rev. Bras. Reumatol*. 51 (4), 388, Ago, 2011.
- CAPITANI, E.M.; SCHWELLER, M.; SILVA, C.M.; METZE, K.; CERQUEIRA, E.M.F.P.; BÉRTOLO, M.B. Pneumoconiose reumatóide (síndrome de Caplan) com apresentação clássica. *J. bras. pneumol*. 35 (9), 942-946, Set 2009.