

# Caso Clínico

## *Clinical Case*

José Roberto Silva<sup>1</sup>  
Carla Ferreira Santos<sup>1</sup>  
Adelino Carragoso<sup>2</sup>  
Rui Nunes<sup>3</sup>  
Orlando Gaspar<sup>4</sup>

### Sarcoidose endobrônquica: A propósito de um caso clínico

#### *Endobronchial sarcoidosis: In reference to a clinical report*

Recebido para publicação/*received for publication*: 07.04.18  
Aceite para publicação/*accepted for publication*: 07.06.27

#### **Resumo**

A propósito de um caso clínico, os autores fazem uma breve revisão sobre sarcoidose e o seu potencial envolvimento endobrônquico.

Rev Port Pneumol 2007; XIII (6): 879-882

**Palavras-chave:** Sarcoidose, sarcoidose endobrônquica, caso clínico.

#### **Abstract**

In reference to a clinical report, the authors make a review on sarcoidosis and its endobronchial involvement.

Rev Port Pneumol 2007; XIII (6): 879-882

**Key-words:** Sarcoidosis, endobronchial sarcoidosis, clinical report.

<sup>1</sup> Interno Complementar Medicina Interna – 4.º ano

<sup>2</sup> Assistente Hospitalar de Medicina Interna

<sup>3</sup> Assistente Hospitalar de Pneumologia

<sup>4</sup> Chefe de Serviço e Director de Serviço – Medicina 2

Medicina 2, Hospital de São Teotónio – EPE, Viseu  
Director Serviço: Dr. Orlando Gaspar

#### **Correspondência:**

José Roberto Silva  
Praceta da Bela Vista Lote 8  
3510-470 Abraveses – Viseu  
Email: robertjo@netvisao.pt

**A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistêmica idiopática**

## Introdução

A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistêmica idiopática, caracterizada pela acumulação de linfócitos T (LT), fagócitos mononucleares nos órgãos-alvo, com formação de granulomas epitelióides não caseosos, com consequentes alterações da arquitetura tecidual normal<sup>1</sup>. É uma patologia relativamente comum, com uma prevalência de 10-40/100 000 habitantes, com um ligeiro predomínio no sexo feminino, desenvolvendo-se na maioria dos casos dos 20 aos 40 anos. As suas manifestações clínicas podem ser generalizadas ou localizadas a um ou mais órgãos, sendo que o envolvimento pulmonar ocorre em quase 90 % dos casos. Pode apresentar-se de forma assintomática, insidiosa e/ou aguda/subaguda<sup>2</sup>. A propósito de um caso clínico, os autores fazem uma breve revisão sobre sarcoidose, com a particularidade da existência do envolvimento endobrônquico, situação pouco descrita na literatura.

## Caso clínico

Homem de 41 anos, de raça caucasiana, casado, sem filhos, empregado de mesa, sem antecedentes patológicos relevantes, sem hábitos medicamentosos, tabágicos, alcoólicos ou outros. Iniciou um quadro clínico com um mês de evolução caracterizado por cansaço fácil, anorexia, perda ponderal de 6 kg, dispneia, tosse seca persistente que interferia com a sua vida diária, toracalgia bilateral e artralguas simétricas (migratórias e transitórias, de padrão inflamatório, localizadas aos joelhos e tornozelos). Apesar da terapêutica sintomática (AINE) instituída pelo médico assistente, a quem recorria frequentemente pela cronicidade das queixas, o doente decidiu recorrer ao serviço de urgência do nosso hospital por exacerbação da tora-

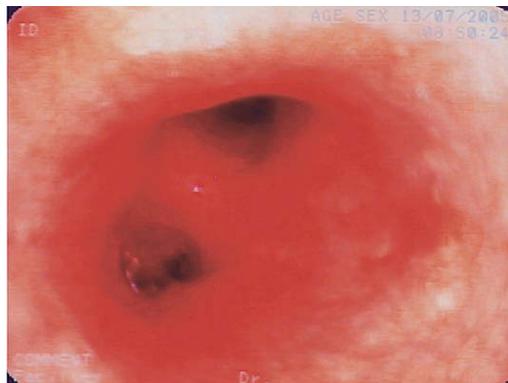
calgia que se tornara persistente, opressiva, agravando com o supino e aliviando com o ortostatismo, sem irradiação nem relação com o esforço ou movimentos respiratórios. O doente fazia-se acompanhar de meios complementares de diagnóstico, entretanto pedidos pelo seu médico assistente: radiografia do tórax (Fig. 1), que mostrava um aumento do volume de ambos os hilos pulmonares; TAC torácica (Fig. 2), que evidenciava múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares bilaterais. Objectivamente, à entrada, apresentava um estado mental normal, hemodinamicamente estável, com uma temperatura axilar de 38,1°C, sem adenomegalias palpáveis nas cadeias ganglionares periféricas, com uma auscultação cardíaca rítmica e sem sopros (FC 95ppm) e uma auscultação pulmonar que não evidenciava alterações. Apresentava ainda um exame osteoarticular e cutâneo sem alterações e um exame neurológico sumário normal. Sob o ponto de vista analítico, apresentava um hemograma, leucograma, coagulação (D-dímeros), ionograma, provas de função renal e hepática normais. Apresentava uma

**Fig. 1** – Radiografia de tórax que mostra aumento do volume de ambos os hilos pulmonares

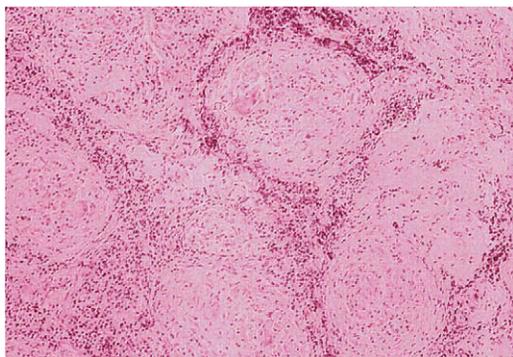
**Fig. 2** – TAC torácica – múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares bilaterais.

velocidade de sedimentação de 86 mm1.<sup>a</sup>h, com PCR 8,2 mg/dL. O doente foi internado com o diagnóstico provável de sarcoidose com envolvimento pulmonar, tendo sido instituída terapêutica com naproxeno e clobutinol, com controlo da febre e das dores torácicas, mas insuficiente resolução da tosse. O restante estudo analítico: ECA 61,4 UI/L; factor reumatóide <20 UI/mL; ADA 30 UI/L; auto-imunidade, os marcadores tumorais e de necrose miocárdica não revelaram alterações. As serologias para doenças infecciosas (VDRL, VEB, VHB, VHC e VIH1e 2, toxoplasmose, rubéola e CMV) foram negativas. Hemoculturas negativas. Realizou prova de IDR à tuberculina com resultado de anergia. Outros exames de

diagnóstico realizados: electrocardiograma normal; ecocardiograma transtorácico sem alterações. Realizou provas da função respiratória/gasimetria que não revelaram alterações. Na broncofibroscopia realizada (BFO) (Fig.3) observou-se um exuberante edema da mucosa e imagens em “pingo de vela” em ambas as árvores brônquicas. O exame citoquímico do lavado broncoalveolar (LBA) revelou 52% de macrófagos e 48% de linfócitos T (LT), com uma relação CD4/CD8 = 11,2. Posteriormente, realizou biópsia de gânglio mediastínico por videomediastinoscopia, cuja histopatologia mostrou granulomas não caseosos com células gigantes de Langerhans, compatíveis com sarcoidose (Fig. 4). Por persistência das queixas respiratórias (já em ambulatório), optou-se por iniciar corticoterapia com prednisolona 0,5 mg/kg/dia *mg po id* com remissão total da sintomatologia em uma semana. Após 5 semanas de corticoterapia, realizou BFO de controlo, que não revelou alterações importantes da mucosa (Fig. 5); Analiticamente, também evoluiu favoravelmente: VS 5mm1.<sup>a</sup>h, PCR = 0,2 mg/dL, ECA = 23,1 UI/L. Realizou TAC torácica de controlo que não revelou alterações.



**Fig. 3** – Broncofibroscopia observando-se edema da mucosa e imagens em “pingo de vela”.



**Figura 4** – Histopatologia – granulomas não caseosos com células gigantes de Langerhans compatíveis com sarcoidose



**Fig. 5** – Broncofibroscopia pós corticoterapia. Exame normal

### Conclusão

A sarcoidose é uma doença sistémica e multifacetada, muitas vezes confundida com outros distúrbios – infecciosos (VIH, fungos, micobactérias), neoplásicos (linfoma) e pulmonares intersticiais, constituindo o seu diagnóstico um verdadeiro desafio. O diagnóstico definitivo passa pelo estudo histopatológico na sequência de biópsia dirigida (no contexto clínico-laboratorial apropriado). O estudo analítico (ECA), imagiológico, cintigráfico gálio<sup>67</sup> e BFO-LBA (macrófagos alveolares e LT, relação CD4/CD8>3,5)

orientam o diagnóstico<sup>3</sup>. O quadro clínico é inespecífico e pode variar da sintomatologia sistémica e geral ao desenvolvimento de manifestações mais específicas, de acordo com o órgão envolvido<sup>4</sup>. O caso clínico descrito é um exemplo de sarcoidose subaguda, ao qual está geralmente associado um padrão radiológico tipo I (adenopatias hilares bilaterais) e um prognóstico favorável e que tem como particularidade a expressão com tosse irritativa e persistente interferindo com a vida diária do doente, determinada pelo envolvimento endobrônquico da doença, não respondendo às medidas médicas habituais, pelo que se decidiu pela corticoterapia, terapêutica cuja decisão de início na sarcoidose é sempre difícil<sup>5</sup>. Os achados da broncofibroscopia são típicos da sarcoidose endobrônquica, raramente documentada na literatura<sup>6</sup>.

### Agradecimentos

Serviços de Medicina Interna 2 e Pneumologia do Hospital de São Teotónio, EPE – Viseu. Serviço de Cirurgia Cardiorádica do Centro Hospitalar de Coimbra.

### Bibliografia

1. Thomas KW, HunninghaKe, GW. Sarcoidosis. JAMA 2003; 289:3300.
2. Baughman RP, Lower EE, du Bois RM. Sarcoidosis. Lancet 2003; 361:1111
3. American Thoracic association. Statement on Sarcoidosis Am J Respir Crit Care Med 1999; 160:736-55.
4. Muller JQ. Sarcoidosis: clinical manifestations, staging and therapy (part II). Respir Med 1998; 92:22, 140-9.
5. Sharma OP. Pulmonary sarcoidosis and corticosteroids. Am Rev Respir Dis 1993; 147:1598.
6. Yamada G. Endobronchial lesions of sarcoidosis. Intern Med 2005; 44(8):909-10.