

SARCOIDOSE

DE MENDONÇA, Marcelle Peixoto; VICENTE, Daisy de Araújo;
NETO, Gilberto de Almeida Peres; PORTELA, Marcos Felipe Puccinelli;
ALVES, Hyago Rodolfo Franco; FERREIRA, Ingridy Maria Oliveira;
GONÇALVES, Aline Belle Moraes.

Orientador: Dr. Keydson Augustine Sousa Santos

Filiação: Uniceplac - Centro Universitário do Planalto Central Professor Apparecido dos Santos

Liga: LIPNEUMO – Liga de Pneumologia da Uniceplac

Palavras-chave: Sarcoidose; Sistema Respiratório; Granulomas.

1. INTRODUÇÃO

Sarcoidose é uma doença multissistêmica, caracterizada pela formação de granulomas não caseosos mais comuns nos pulmões e linfonodos da região torácica, podendo acometer outros órgãos^{[1],[2],[5]}.

A maior concentração de casos encontra-se na América do Norte, Austrália, Japão, Coreia do Sul, Europa e Escandinávia^[6]. Entretanto, estudos genéticos e epidemiológicos realizados demonstram uma predisposição racial^[4] e genética^[3] para o desenvolvimento da sarcoidose.

Geneticamente, é importante ressaltar a origem familiar, considerando local de origem, exposição ao ambiente pois é evidente que a chance de ocorrência de sarcoidose em uma família com casos prévios da doença é de 49%^[3]. Já no quesito racial, pacientes com ascendência escandinava^[1] e de pele negra possuem taxas maiores e sintomatologia mais severa^[4].

2. QUADRO CLÍNICO

A sarcoidose pode ser assintomática, podendo ser descoberta através da radiografia do tórax^[24]. Pode cursar com sintomas inespecíficos, como febre, emagrecimento, sudorese noturna e fadiga. Os outros sintomas dependem dos órgãos acometidos pela doença, como no comprometimento pulmonar que acomete mais de 90% dos pacientes adultos, ocular, cutâneo, musculoesquelética e linfonodomegalia. Sintomas neurológicos e cardíacos são raros e indicam gravidade^[20].

Quadros específicos são descritos como a síndrome de Löfgren, que se manifesta através da associação de febre, adenomegalia hilar bilateral e eritema nodoso^[15]. O acometimento do trato respiratório alto ocorre em 5% a 20% dos casos, podendo apresentar-se com lúpus pérnio^{[11],[28]}. O quadro radiológico pulmonar é classificado em cinco estádios: 0- normal; I- adenopatia hilar bilateral; II- adenopatia hilar bilateral associada a infiltrado pulmonar; III- infiltrado pulmonar sem adenopatia; IV- fibrose pulmonar^[30] não necessariamente cronológicos^[15]. O acometimento cardíaco é diagnosticado em percentual variável de 5% a 10% dos casos^[19], podendo provocar

bloqueio de ramo, distúrbios da repolarização, arritmias e cardiomiopatia^[31]. O acometimento ocular ocorre entre 25 e 50% dos casos, havendo risco de perda de visão.

A poliartrite aguda inespecífica ocorre em mais de 40% dos casos e tem curso autolimitado. O envolvimento assintomático dos músculos ocorre entre 25 e 75% dos casos, mas o acometimento sintomático é raro (< 0,5%), podendo ocorrer como miopatia, tumores ou nódulos intramusculares ou síndrome polimiosite símila. A paralisia do nervo facial é o achado neurológico mais comum^[34]. O acometimento hepatoesplênico assintomático é frequente, em 40% a 70% dos casos totais^{[11],[36]}.

Em 40% dos casos, observa-se o acometimento da medula óssea com alterações hematológicas como leucopenia, linfopenia e aumento da velocidade de hemossedimentação^{[11],[19]}. O acometimento da tireóide também foi relatado, de maneira difusa ou através de nódulos, cursando com hipo ou hipertireoidismo^{[35],[36]}. A doença cutânea ocorre em percentual que varia de 20 a 35% dos casos, possibilitando o diagnóstico precoce pela realização da biópsia para o exame histopatológico^{[31],[11]}. A sarcoidose cutânea pode apresentar-se sob inúmeras formas. O quadro de lesão eritematosa, infiltrada, centrofacial é denominado lúpus pérnio, de difícil tratamento e que pode levar a quadros desfigurantes^[14].

3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico para sarcoidose baseia-se nos achados clínicos, exames de imagem do tórax, biópsia dos granulomas sem caseificação almejando excluir outras causas de doenças granulomatosas, como a tuberculose. Geralmente é necessário a biópsia para a confirmação do diagnóstico, sendo esta realizada nos órgãos que apresentam um acesso facilitado ao material a ser colhido, entretanto pacientes que apresentam a Síndrome de Löfgren tem maior probabilidade de diagnóstico sem a necessidade da realização da biópsia^[23].

É importante citar que o diagnóstico ainda encontra um certo entrave, pois a sarcoidose pode cursar com sintomatologia variável de acordo com o órgão afetado. Com isso posto, outros exames podem ser solicitados como uma forma complementar para o diagnóstico, como: tomografia computadorizada de tórax, ressonância magnética, PET/CT com 18F-FDG e cintilografia com gálio (67Ga)^[5].

4. TRATAMENTO

O tratamento da sarcoidose objetiva aliviar os sintomas, obter melhorias na qualidade de vida, além de prevenir e controlar a deterioração orgânica^[10]. Existem controvérsias sobre a escolha de quais pacientes devem ser tratados e qual seria o momento mais oportuno, considerando que a sarcoidose pode apresentar resolução espontânea devido a suas taxas de remissão espontânea elevadas, mostrando a necessidade de um esquema terapêutico adequado para cada paciente considerando o potencial benefício do mesmo^{[7],[8],[10]}.

Dessa forma, deve-se avaliar a severidade dos sintomas, a extensão destes e o avanço da doença com possível perda de função do órgão acometido^[7]. Como tratamento padrão-ouro, tem-se os corticosteróides^[10], apesar dos desacordos sobre a indicação^[8], a dose de prednisolona recomendada é de 20 a 40 mg/dia, podendo ser de até 80 mg/dia, por cerca de 6 a 12 meses^[7], reduzida progressivamente para 5 mg por dia, em tratamento adicional de 9 a 12 meses, não sendo necessário em 50% dos pacientes com a doença aguda^{[9],[10]}. A ação medicamentosa almeja postergar ou evitar a lesão de órgão, reduzindo a inflamação, possuindo efeitos colaterais: diabetes, hipertensão, osteoporose, glaucoma, catarata^{[9],[10]}. Outras possíveis terapêuticas de segunda linha, usadas em casos de impossibilidade de utilizar os corticosteróides (catarata, glaucoma e diabetes), são realizadas com antimaláricos, imunossupressores, antimetabólicos e imunomoduladores^{[9],[10]}.

5. PROFILAXIA E ORIENTAÇÕES

A causa da sarcoidose ainda permanece desconhecida^[19], mas por estar associada, com pulmões, olhos e pele, a busca pelo seu fator desencadeante se concentrou em抗ígenos aéreos relativos ao meio^[20].

Existem associações a irritantes encontrados em áreas rurais, na queima de madeira e pólen^[20], assim como em ambientes mofados^[22]. Ocupações como militares da marinha americana^[27], bombeiros^[27], metalúrgicos e profissionais que têm contato constante com metais, como o alumínio e níquel, inseticidas ou trabalham em áreas úmidas, apresentaram maior incidência de sarcoidose em relação a outros ofícios^[22].

Levando em conta esses fatores, seria prudente a orientação desses profissionais quanto à importância do uso correto de equipamentos de proteção individuais (EPIs).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SÈVE, P. et al. Sarcoidosis: A Clinical Overview from Symptoms to Diagnosis. *Cells*, v. 10, n. 4, p. 766, 31 mar. 2021. Acesso em: 28 abr. 2023.
2. BARGAGLI, E.; PRASSE, A. Sarcoidosis: a review for the internist. *Internal and Emergency Medicine*, 3 jan. 2018. Acesso em: 28 abr. 2023.
3. SPAGNOLO, P.; MAIER, L. A. Genetics in sarcoidosis. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, v. 27, n. 5, p. 423–429, 28 jun. 2021. Acesso em: 28 abr. 2023.
4. HENA, K. M. Sarcoidosis Epidemiology: Race Matters. *Frontiers in Immunology*, v. 11, 15 set. 2020. Acesso em: 28 abr. 2023.
5. SOTO-GOMEZ, N.; PETERS, J. I.; NAMBIAR, A. M. Diagnosis and Management of Sarcoidosis. *American Family Physician*, v. 93, n. 10, p. 840–848, 15 maio 2016. Acesso em: 28 abr. 2023.
6. ARKEMA, E. V.; COZIER, Y. C. Sarcoidosis epidemiology: recent estimates of incidence, prevalence and risk factors. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, v. 26, n. 5, p. 527–534, 21 jul. 2020. Acesso em: 28 abr. 2023.
7. DALDON, P. É. C.; ARRUDA, L. H. F. Granulomas não-infecciosos: sarcoidose. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 82, n. 6, p. 559–571, dez. 2007. Acesso: 26 Maio 2023.
8. QUEIROGA, H. J. C. Tratamento da Sarcoidose**Actualização de conhecimentos apresentada à Faculdade de Medicina do Porto para satisfação da Prova Complementar de Doutoramento a que se

refere a alínea b) do n.o 3 do artigo 8 do Decreto-Lei n. o 308/70 de 18 de Agosto. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, v. 1, n. 2, p. 165–188, mar. 1995. Acesso: 26 Maio 2023.

9. BARBAS, Carmen S. V. *et al.* O Que São Doenças Pulmonares Fibrosantes? What Are Fibrotic Lung Diseases? Artigo original. **Pulmão RJ**, v. 22, n. 1, p. 2–3, 2013.. Disponível em: <https://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2013/n_01/02.pdf>.
10. CASTELO BRANCO, S. *et al.* Sarcoidose. **Journal of the Portuguese Society of Dermatology and Venereology**, v. 74, n. 1, p. 25–31, 29 abr. 2016.
11. ENGLISH, J. C.; PATEL, P. J.; GREER, K. E. Sarcoidosis. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 44, n. 5, p. 725–746, maio 2001.
12. WAKELIN, S. H.; JAMES, M. P. Sarcoidosis: nail dystrophy without underlying bone changes. **Cutis**, v. 55, n. 6, p. 344–346, 1 jun. 1995.
13. BLANCO, F. P.; SCHER, R. K. Trachyonychia: case report and review of the literature. **Journal of drugs in dermatology: JDD**, v. 5, n. 5, p. 469–472, 1 maio 2006.
14. MAÑÁ, J. Cutaneous Involvement in Sarcoidosis. **Archives of Dermatology**, v. 133, n. 7, p. 882, 1 jul. 1997.
15. NUNES, H.; SOLER, P.; VALEYRE, D. Pulmonary sarcoidosis. **Allergy**, v. 60, n. 5, p. 565–582, maio 2005.
16. HUANG, C. L.; MUTASIM, D. F. Sarcoidosis mimicking lipodermatosclerosis. **Cutis**, v. 75, n. 6, p. 322–324, 1 jun. 2005.
17. SEO, S. K. *et al.* Lichenoid Sarcoidosis in a 3-Year-Old Girl. **Pediatric Dermatology**, v. 18, n. 5, p. 384–387, out. 2001.
18. MANZ, L. A. Reappearance of Quiescent Scars. **Archives of Dermatology**, v. 129, n. 1, p. 105, 1 jan. 1993.
19. NEWMAN, L. S.; ROSE, C. S.; MAIER, L. A. Sarcoidosis. **New England Journal of Medicine**, v. 336, n. 17, p. 1224–1234, 24 abr. 1997.
20. THOMAS, K. W. Sarcoidosis. **JAMA**, v. 289, n. 24, p. 3300, 25 jun. 2003.
21. JACYK, W. K. Cutaneous sarcoidosis in black South Africans. **International Journal of Dermatology**, v. 38, n. 11, p. 841–845, 1 nov. 1999.
22. MOLLER, D. R. State of the Art. Potential Etiologic Agents in Sarcoidosis. **Proceedings of the American Thoracic Society**, v. 4, n. 5, p. 465–468, 15 ago. 2007.
23. IANNUZZI, M. C.; RYBICKI, B. A.; TEIRSTEIN, A. S. Sarcoidosis. **New England Journal of Medicine**, v. 357, n. 21, p. 2153–2165, 22 nov. 2007.
24. DOUBKOVÁ, M. *et al.* Prognostic markers of sarcoidosis: an analysis of patients from everyday pneumological practice. **The Clinical Respiratory Journal**, v. 9, n. 4, p. 443–449, 7 jul. 2014.
25. NEWMAN, L. S. *et al.* A Case Control Etiologic Study of Sarcoidosis. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 170, n. 12, p. 1324–1330, 15 dez. 2004.
26. KUCERA, Gena P. *et al.* Occupational Risk Factors for Sarcoidosis in African-American Siblings. **Chest**, v. 123, n. 5, p. 1527–1535, 1 maio 2003.
27. GORHAM, E. D. *et al.* Trends and Occupational Associations in Incidence of Hospitalized Pulmonary Sarcoidosis and Other Lung Diseases in Navy Personnel. **Chest**, v. 126, n. 5, p. 1431–1438, nov. 2004.
28. TAMI, Thomas A. Sinonasal Sarcoidosis: Diagnosis and Management. Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine. **Seminars in respiratory and critical care medicine**, v. 23, n. 6, p. 549–554, 1 dez. 2002.
29. AUBART, F. C. *et al.* Sinonasal Involvement in Sarcoidosis. **Medicine**, v. 85, n. 6, p. 365–371, nov. 2006.
30. ROBERTS, S. D. *et al.* Sarcoidosis. Part I: pulmonary manifestations. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 51, n. 3, p. 448–451, 1 set. 2004.

31. DENG, J. C.; BAUGHMAN, R. P.; LYNCH III, J. P. Cardiac Involvement in Sarcoidosis. **Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 23, n. 6, p. 513–528, 2002.
32. BRADLEY, D. *et al.* Ocular manifestations of sarcoidosis. **Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 23, n. 6, p. 543–548, 1 dez. 2002.
33. ZISMAN, D. A.; SHORR, A. F.; LYNCH, III, J. P. Sarcoidosis Involving the Musculoskeletal System. **Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 23, n. 6, p. 555–570, 2002.
34. TEIRSTEIN, A. Neuromuscular Sarcoidosis. **Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 23, n. 6, p. 505–512, 2002.
35. CABIBI, D. *et al.* Thyroid Sarcoidosis as a Unique Localization. **Thyroid**, v. 16, n. 11, p. 1175, nov. 2006.
36. ANTONELLI, A. *et al.* Prevalence of Hypothyroidism and Graves Disease in Sarcoidosis. **Chest**, v. 130, n. 2, p. 526–532, 1 ago. 2006.
37. MARCOVAL, J. *et al.* Subcutaneous sarcoidosis-clinicopathological study of 10 cases. **British Journal of Dermatology**, v. 153, n. 4, p. 790–794, out. 2005.
38. AHMED, I.; HARSHAD, S. R. Subcutaneous sarcoidosis: Is it a specific subset of cutaneous sarcoidosis frequently associated with systemic disease? **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 54, n. 1, p. 55–60, jan. 2006.
39. WAKELIN, S. H.; JAMES, M. P. Sarcoidosis: nail dystrophy without underlying bone changes. **Cutis**, v. 55, n. 6, p. 344–346, 1 jun. 1995.