

Sarcoidose: Diversas Possibilidades de Apresentações Clínicas

Sarcoidosis: Various Possibilities of Clinical Presentations

Sarcoidosis: Diversas Posibilidades de Presentaciones Clínicas

RESUMO

Objetivo: Relatar dois casos de sarcoidose com diferentes manifestações, visando exemplificar e aprimorar o raciocínio clínico para o diagnóstico da doença. **Métodos:** Estudo descritivo tipo série de casos, realizado com duas pacientes com informações colhidas por meio de entrevista médica com as pacientes e através de seus prontuários eletrônicos registrados. **Resultado:** As pacientes estudadas nos relatos de casos apresentam quadros distintos, o que reforça as diferentes possibilidades de apresentações clínicas. Foi necessário excluir outras doenças reumatológicas para então conseguir fechar o diagnóstico de sarcoidose. **Conclusão:** A variabilidade clínica desta comorbidade é o maior fator envolvido no atraso da suspeita e, conseqüentemente, do diagnóstico. A falta de conhecimento das diversas características da doença resulta no início tardio do tratamento direcionado.

DESCRIPTORIOS: Sarcoidose, Sarcoidose/manifestações clínicas, granuloma, Sarcoidose/diagnóstico

ABSTRACT

Objective: To report two cases of sarcoidosis with different manifestations, aiming to exemplify and improve clinical reasoning for the diagnosis of the disease. **Methods:** Descriptive case series study conducted with two patients, with information collected through medical interviews with the patients and their electronic medical records. **Results:** The patients studied in the case reports present different clinical pictures, which reinforces the different possibilities of clinical presentations. It was necessary to exclude other rheumatological diseases in order to reach a diagnosis of sarcoidosis. **Conclusion:** The clinical variability of this comorbidity is the major factor involved in the delay in suspicion and, consequently, diagnosis. Lack of knowledge of the various characteristics of the disease results in delayed initiation of targeted treatment.

KEYWORDS: Sarcoidosis, Sarcoidosis/clinical manifestations, granuloma, Sarcoidosis/diagnosis

RESUMEN

Objetivo: Relatar dos casos de sarcoidosis con diferentes manifestaciones, con el fin de ejemplificar y mejorar el razonamiento clínico para el diagnóstico de la enfermedad. **Métodos:** Estudio descriptivo tipo serie de casos, realizado con dos pacientes con información recopilada mediante entrevista médica con las pacientes y a través de sus historias clínicas electrónicas registradas. **Resultado:** Las pacientes estudiadas en los informes de casos presentan cuadros distintos, lo que refuerza las diferentes posibilidades de presentaciones clínicas. Fue necesario excluir otras enfermedades reumatológicas para poder cerrar el diagnóstico de sarcoidosis. **Conclusión:** La variabilidad clínica de esta comorbilidad es el factor más importante que contribuye al retraso en la sospecha y, en consecuencia, en el diagnóstico. El desconocimiento de las diversas características de la enfermedad da lugar a un inicio tardío del tratamiento específico.

DESCRIPTORIOS: Sarcoidosis, Sarcoidosis/manifestaciones clínicas, granuloma, Sarcoidosis/diagnóstico

Anna Beatriz Celidonio Pereira

Médica pela Universidade do Grande Rio - Afya Unigranrio - unidade Barra da Tijuca, Rio de Janeiro.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5802-7734>

Jéssica Torres Ferreira

Médica pela Universidade do Grande Rio - Afya Unigranrio - unidade Barra da Tijuca, Rio de Janeiro.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7839-0401>

Recebido em: 07/10/2025

Aprovado em: 20/10/2025

INTRODUÇÃO

A sarcoidose é uma doença inflamatória multissistêmica idiopática, que tem como característica histopatológica a presença de granulomas não-caseosos. Esses granulomas não-caseosos podem infiltrar essencialmente todos os órgãos e tecidos, podendo evoluir com a disfunção dos mesmos. Além disso, pode ser autolimi-

tada ou persistente¹.

No estudo epidemiológico da doença, observa-se um predomínio em populações nórdicas e nos Estados Unidos, sendo mais frequente na raça negra. Observa-se também uma maior prevalência em indivíduos do sexo feminino, sendo a idade de maior incidência entre 20 e 40 anos, com segundo pico aos 60 anos. Os fatores genéticos presentes na doença ainda não são totalmente

conhecidos, porém 5% dos pacientes com o diagnóstico de sarcoidose tem uma história familiar de primeiro grau positiva¹.

A expressão clínica da sarcoidose normalmente ocorre em órgãos e tecidos que estão mais expostos ao meio ambiente como: olhos, pulmões e pele. Dessa forma, apesar de ser uma doença idiopática, existe a possibilidade de ter relação do contato com agentes am-

bientais³⁻⁴. A literatura descreve como fatores de risco a exposição à inseticidas e fungos, além atividades laborativas como construção civil, bombeiros e profissionais de saúde².

Os portadores de sarcoidose podem ser assintomáticos e o achado radiológico mais comum é a adenopatia hilar bilateral e simétrica. Löfgren e Heerfordt são duas síndromes clássicas, de apresentação aguda com evolução em poucas semanas⁴. A forma clínica mais comum é a síndrome de Löfgren, que é caracterizada por: adenopatia hilar, eritema nodoso, uveíte anterior e artrite (menos frequente). Já na síndrome de Heerfordt o paciente normalmente apresenta febre mais exuberante, aumento de parótida, uveíte anterior e paralisia facial periférica (uni ou bilateral)⁵.

A maioria dos pacientes manifesta a apresentação crônica com evolução, envolvendo diferentes manifestações clínicas. O órgão mais acometido é o pulmão, sendo comuns a dispnéia e tosse seca. Dentre as manifestações dermatológicas, as mais comuns são: maculopápulas infiltradas e indolores, eritema nodoso, lúpus pérmio. Enquanto isso, o acometimento oftálmico se caracteriza, principalmente, pela uveíte anterior e podendo apresentar uveíte posterior associada. Além dessas manifestações, é descrita também a síndrome seca pela destruição das glândulas lacrimais cursando com ceratoconjuntivite, tornando o exame oftalmológico de rotina fundamental em todos os pacientes, inclusive assintomáticos. Outros órgãos como: fígado (hepatograma alterado), baço (esplenomegalia) e medula óssea (linfopenia) podem ser acometidos, além de sarcoidose cardíaca e neurosarcoidose. Hipercalemia, nefropatia são outras manifestações possíveis⁶.

O diagnóstico de sarcoidose requer uma clínica compatível e a presença de granulomas não caseosos na biópsia do órgão envolvido, com a exclusão de possíveis diagnósticos diferenciais. Um diagnóstico precoce e preciso da sar-

coidose permanece desafiador, já que as apresentações iniciais podem variar e muitos pacientes são assintomáticos⁵.

O diagnóstico diferencial da sarcoidose é amplo devido aos sintomas inespecíficos e às diversas apresentações clínicas, visto que outras patologias se apresentam com achados clínicos, radiológicos semelhantes¹. A formação de granulomas não-caseosos não é exclusiva da sarcoidose, existindo outras entidades caracterizadas pela infiltração granulomatosa difusa de múltiplos órgãos e tecidos. Outras doenças devem ser pesquisadas e descartadas em pacientes que tem suspeita diagnóstica de sarcoidose como: micobacterioses, micoses, neoplasias e beriliose⁶.

O prognóstico é variável e depende de fatores epidemiológicos, modo de início, curso clínico inicial e envolvimento de órgãos específicos. O tratamento para a sarcoidose tem como base a terapia com glicocorticóides. A progressão da doença frequentemente leva ao comprometimento pulmonar ou, em alguns casos, à morte devido a complicações de fibrose pulmonar progressiva ou de envolvimento cardíaco, incluindo morte cardíaca súbita (arritmias) ou insuficiência cardíaca congestiva (miocardite)².

A sarcoidose é uma doença subdiagnosticada, sendo assim, torna-se necessária sua maior divulgação. O intuito é aprimorar o raciocínio clínico dos profissionais de saúde pela riqueza e quantidade de manifestações clínicas presentes⁷. Além disso, o objetivo secundário é a inclusão da sarcoidose como diagnóstico diferencial de diversas outras enfermidades já bastante conhecidas globalmente.⁴

MATERIAL E MÉTODO

Desenho

Este trabalho consiste em um estudo descritivo tipo série de casos, realizado com duas pacientes de consultório de atendimento conveniado localizado no

Barra Business Center, número 3301 no ano de 2020. Serão apresentados dois relatos de caso, formados pelas informações colhidas por meio de entrevista médica com as pacientes e através de seus prontuários eletrônicos registrados no sistema do consultório supracitado.

Metodologia de pesquisa científica

A revisão bibliográfica deste trabalho foi baseada em artigos encontrados no mecanismo de busca e base de dados, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola nos últimos 10 anos. Foi utilizado como critério de inclusão artigos referentes a Doença Sarcoidose, não necessitando de critérios de exclusão.

Metodologia de análise de dados

A análise dos dados será realizada a partir da correlação de dados da literatura com os dois relatos de caso utilizados como base para este estudo.

RELATOS DE CASO

Caso 1: MVMA, feminina, 54 anos, parda, natural do Rio de Janeiro, garçone. Procura atendimento em consultório de reumatologia por encaminhamento de oftalmologista com queixa de ptose palpebral, sem outras avaliações complementares. História pregressa de atendimento em unidade de emergência devido a quadro de edema e artralgia bilateral em tornozelos, há 2 meses, onde foi solicitado exame de radiografia, na qual não foi encontrada nenhuma alteração. Recebeu medicação com anti-inflamatório não esteroideal e analgésicos, sem resolução do quadro. Diante disso, foi solicitado uma ressonância magnética. Após duas semanas o quadro progrediu para punhos, associado a lipotimia e vertigem frequentes junto a ptose palpebral, xerofthalmia, diplopia e turvação visual eventual, sem parestesias.

Como comorbidades apresenta hipertensão arterial e condropatia patelar a esquerda crônica, na qual já fez

artroscopia. Sem relatos de doenças autoimunes na família. Paciente sedentária, sem história de tabagismo ou etilismo. Menarca aos 12 anos, G3P2A1 (provocado), menopausa aos 51 anos sem realização de terapia de reposição hormonal, nem histórico de fraturas prévias.

Exame físico apresentando apenas artrite de punho esquerdo e tornozelo sem limitação ao arco de movimento e com dor a palpação articular. Crepitação em joelhos bilateralmente. Ausência de sinal de Lasegou com força grau

V em todos os membros e mímica facial preservada. Os seguintes testes foram pesquisados e tiveram resultado negativo: Patrick Fabere, Tinel, Phalen, Patte, Jobe, Neer.

Ressonância Nuclear Magnética (RNM) de tornozelo evidenciando derrame articular tíbio-talar e subtalar posterior à direita e tendinopatia fibular à esquerda sem derrame articular.

Diante de um quadro de sinovite a esclarecer, foi iniciada investigação para: síndrome de Sjogren, vasculites, lúpus eritematoso sistêmico (LES) e sar-

coidose. Como conduta foi solicitado laboratório, RNM de encéfalo, radiografia de mãos e pés e ultrassonografia (USG) de punhos e encaminhamento ao oftalmologista para realização de teste de olho seco (teste de Schirmer). Além de medicar a paciente com prednisona 40 mg/dia por 30 dias (posologia: 0,5 mg/kg).

Na consulta de retorno a paciente apresentava resolução total do quadro de ptose palpebral e artralgia.

Tabela 1: laboratório (28/11/17)

Hemoglobina	13,8
Leucócitos	5400
Neutrófilos	3780
Linfócitos	918
Plaquetas	291.000
VHS	35 mm
Glicemia em jejum	116
Creatinina	0,76
Ureia	20
LDL	147
Cálcio	9,8
Potássio	3,3
Fosfatase Alcalina	92
GGT	31
Albumina	4,4
TGO/TGP	15/12
CPK	39
FR	Negativo
ANTI DNA	Negativo
ANCA	Negativo
ANTI-RO	Negativo
ANTI-LA	Negativo
ANTI-SM	Negativo
HEPATITE B E C	Negativo
HIV	Negativo
VDRL	Negativo
PCR	0,84

Fonte: elaborada pelo próprio autor

Oftalmologista (29-11-17): teste de Schirmer negativo. USG de mãos e punhos (11-12-17) - Já em uso de prednisona - derrame articular de punho esquerdo sem espessamento sinovial.

Diante de uma sinovite a esclerocer e linfopenia, somado a anticorpos para vasculite, lúpus eritematoso sistêmico (LES), síndrome de Sjögren negativos, a principal hipótese diagnóstica levantada foi sarcoidose. Como conduta foi solicitado: cintilografia com gálio, do-

sagem de enzima conversora de angiotensina (ECA), 1,25 OH vitamina D e iniciado desmame da prednisona.

Na consulta posterior a paciente relatou que realizou o desmame de prednisona como prescrito, mas ao atingir a dose de 10 mg/dia apresentou edema periorbitário e piora da ptose palpebral. Aumentando, então, por conta própria, a dose de medicação para 20 mg/dia. Trouxe, também, os exames solicitados.

Diante dos resultados dos exames e do quadro clínico compatível, adenopatia bilateral associada a artrite, sinal do lambda em cintilografia e linfopenia e queixa de xerostomia, sarcoidose foi considerada como principal diagnóstico possível. A conduta proposta foi retomar o desmame da prednisona e iniciar metotrexato (dose final de 20 mg/sem). A paciente apresentou remissão e foi realizada a suspensão do corticóide.

Caso 2: FLS, feminino, 38 anos, branca, natural do Rio de Janeiro, procura consultório de reumatologista para investigação de doença granulomatosa sugerida em biópsia de linfonodo. Refere artralgia localizada em ombro, joelho, punho e cotovelo do lado direito há 3 meses. Além disso também apresenta cervicalgia de caráter mecânico e xeroftalmia esporádica bilateral. Nega febre, infecções recentes ou precedentes ao quadro, úlceras orais/nasais/genitais, ITU ou diarreia de repetição, lesões cutâneas, psoríase, Raynaud, DII, fraqueza muscular, disfgia, dor torácica, dor torácica, disúria, hematúria, urina espumosa, zumbido, rinite/asma, sinu-site de repetição, sangramento ou crosta nasal, paralisia facial.

História progressa relata hepatite A aos 28 anos. Nega comorbidades, tuberculose prévia, transfusão e alergias. Sem relatos de doenças autoimunes na família. Exame físico apresentando linfonodo submandibular proeminente bilateral palpável mole, indolor, cerca de 2-3 polpas digitais, não aderido. Sem artrite ou limitação de movimento. Testes de Patrick Fabere e Lasegue negativos.

Paciente apresenta resultados de exames de TC de abdome com linfonodos aumentados retroperitoneais junto aos vasos ilíacos em cadeia inguinal esquerda e mesentéricos proeminentes. Além de TC de tórax com múltiplas linfonodomegalias em cadeias mediastinais e hilares bilateralmente formando conglomerados supraclaviculares e axi-

Tabela 2: laboratório de 03/01/18

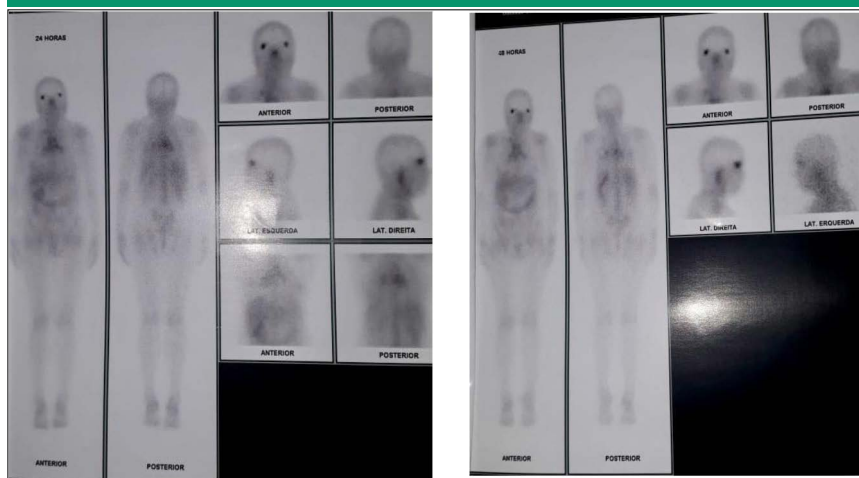
Hemoglobina	14,2
Leucócitos	7700
Neutrófilos	5313
Linfócitos	1540
Plaquetas	265.000
VHS	25 mm

Fonte: elaborada pelo autor

Cintilografia com gálio (22/01/18): processo inflamatório em atividade na região ocular associado a provável adenopatia hilar bilateral tal achado é de alta probabilidade para sarcoidose.

Hipercaptação de radiotraçador (Citrato de Gálio-67) nos segmentos: região ocular bilateral de forma acentuada, glândulas parótidas de aspecto discreto e mediastino médio bilateral de aspecto moderado (sinal do "Lambda").

Figuras 1 e 2: Cintilografia com gálio



Fonte: imagem cedida pela paciente

lar bilateral.

Como conduta foi solicitado laboratório de rotina com anticorpos, ANCA, dosagem de ECA, 1,25 vitamina D, sorologias para HIV, hepatites B e C,

CMV, toxoplasmose e VDRL, e encaminhamento para oftalmologista para realização de teste de olho seco. Além de solicitação de PPD, nova tomografia de tórax, abdome e pescoço, ultrassono-

nografia de ombro, mãos, punhos e joelhos. Encaminhada para acompanhamento com hematologista.

Paciente retorna ao ambulatório com resultados dos exames (tabela 4).

Tabela 3: laboratório 21/08/2020

Hemoglobina	11,3
Leucócitos	3270
Linfócitos	857
Plaquetas	228.000
VHS	mm
Lactato	Negativo
Acido úrico	4,9
Creatinina	0,72
Uréia	29
LDL	115
Cálcio	9,3
Potássio	3,8
Fosfatase Alcalina	64
GGT	46
CPK	314
ECA	110,4
TGO/TGP	44/79
PTH	24
FR	Negativo
FAN	Negativo
ANTI DNA	Negativo
ANCA	Negativo
ANTI-RO	Negativo
ANTI-LA	Negativo
ANTI-SM	Negativo
C3	151
C4	26
ELET. PROTEINAIS	Hipergamaglobulinemia policlonal
HEPATITE B E C	Negativo
PPD	0 mm
HIV	Negativo
VDRL	Negativo

Fonte: elaborada pelo próprio autor

Diante dos resultados dos exames e do quadro clínico, foi considerada a hipótese diagnóstica de sarcoidose, sendo solicitada a cintilografia óssea com gálio. Além disso, a reavaliação da biópsia de linfonodo com hematologista para exclusão de linfoma.

DISCUSSÃO

A sarcoidose é uma doença multissistêmica de etiologia ainda desconhecida, caracterizada por infiltração tecidual por granulomas não caseosos nos órgãos envolvidos. A prevalência e a incidência de sarcoidose não são bem conhecidas em todo o mundo devido aos desafios associados à verificação do número de pacientes assintomáticos. A doença afeta indivíduos de todas as idades, independentemente da raça ou etnia, com incidência maior entre pessoas de 20 a 40 anos, e muito mais prevalente no sexo feminino. Muitos pesquisadores levantaram a hipótese do papel da suscetibilidade genética, fatores ambientais, e autoimunidade no desenvolvimento desta doença, mas nenhuma causa única foi identificada até o momento¹².

A doença é frequentemente diagnosticada quando as alterações são identificadas em uma radiografia de tórax (até 50% dos pacientes) durante um exame de rotina. Pode ser aguda, subaguda ou crônica; no entanto, na maioria dos casos, é totalmente assintomática. O diagnóstico precoce é indispensável objetivando-se o manejo do paciente. Para estabelecer qualquer diagnóstico confirmado, os pacientes devem ser submetidos a uma avaliação com exames clínicos, levando em consideração o envolvimento de órgãos específicos^{1,12}.

As pacientes estudadas nos relatos de casos apresentam quadros distintos, o que reforça as diferentes possibilidades de apresentações clínicas. No primeiro relato, a paciente

apresentou queixa de ptose palpebral associada a xerofalmia bilateral, diplopia, turvação visual, além de artralgia em punhos e tornozelos, lipotimia e vertigem. Em exame físico evidenciando apenas artrite de punho esquerdo e tornozelo, sem limitações de arco de movimento ou dor à palpação articular. Comparativamente no segundo relato, a paciente refere artralgia localizada em ombro, joelho, punho e cotovelo, junto à xerofalmia bilateral. No exame físico foi palpado linfonodo submandibular bilateral mole, indolor com cerca de 2 a 3 polpas digitais não aderido. Em ambos os atendimentos a conduta foi similar, sendo solicitados exames laboratoriais, de imagem e encaminhadas para o oftalmologista para teste de olho seco.

No primeiro relato, foram consideradas as hipóteses: síndrome de Sjogren; Arterite de Takayasu; vasculites associadas ao ANCA (Granulomatose de Wegener, síndrome de Churg-Strauss e Poliangiite microscópica); Lúpus eritematoso sistêmico e Sarcoidose. Já no segundo caso, foram sugeridos os seguintes diagnósticos para investigação: Linfoma; tuberculose; HIV; sífilis; hepatites B e C; toxoplasmose; citomegalovírus e sarcoidose.

A síndrome de Sjogren é uma doença autoimune crônica, caracterizada por infiltração linfocítica das glândulas exócrinas, especialmente as salivares e lacrimais. O achado mais característico da doença é a "síndrome seca" que resulta da destruição glandular progressiva e menor produção de saliva e lágrimas. Pode ser simulada uma série de outras condições, tais como: infecção pelo HIV ou HCV e sarcoidose. O diagnóstico da síndrome de Sjogren é firmado quando encontramos os achados clínicos e laboratoriais enumerados na tabela 5. O paciente estudado no primeiro caso, apresenta teste de Shirmer negativo, além de autoanticorpos ne-

gativos, sendo descartado a hipótese diagnóstica de síndrome de Sjogren¹⁸.

A arterite de Takayasu é uma vasculite que se caracteriza pelo acometimento preferencial da aorta e seus ramos primários. É característico um quadro em que a pressão arterial e os pulsos nos membros superiores estão reduzidos em relação aos membros inferiores. Como consequência, surgem claudicação e parestesia nos membros superiores, cefaléia, tontura postural e síncope. A hipertensão arterial é comum, em razão da estenose das artérias renais. Outra causa comum de morbidade é o acometimento ocular, que inclui déficit visuais e amaurose fugaz, que podem ser posturais, além de uma retinopatia. O VHS está quase sempre elevado, porém não é fidedigno como marcador de atividade da doença. Os critérios para diagnóstico para arterite de Takayasu estão listados na tabela 6, devem estar presentes pelo menos três dos seis critérios. Mesmo apresentando um quadro clínico com retinopatia, tontura, síncope, VHS elevado, além de hipertensão arterial, que poderia ser sugestivo de arterite de Takayasu, a paciente do primeiro caso não preenche os critérios clínicos diagnósticos¹⁹.

Em relação às vasculites ANCA associadas, que foram consideradas como diagnósticos diferenciais, a Granulomatose de Wegener acomete médios e pequenos vasos, com formação de granulomas, se assemelhando ao quadro de sarcoidose. Já a Síndrome de Churg-Strauss é uma vasculite com manifestações clínicas como sintomas constitucionais, como por exemplo artralgia no início da doença, que foi relatada no caso da primeira paciente. Por último, a Poliangiite microscópica é uma vasculite necrosante sistêmica que acomete artérias de médio e pequeno calibre, sendo que o paciente tipicamente apresenta sintomas gerais, a poliartralgia descrita no primeiro caso pode ser um

desses. Dessa forma, foi solicitado o ANCA com resultado negativo, que junto com a falta de critérios e outros sintomas compatíveis, além da artralgia relatada, levou à exclusão das vasculites como diagnóstico definitivo do quadro da paciente²⁰.

Outro diagnóstico considerado para a primeira paciente, foi o LES que é uma doença autoimune multisistêmica crônica, cuja característica mais marcante é o desenvolvimento de focos inflamatórios em vários tecidos e órgãos. Evolui com períodos de exacerbações e remissões, comprometendo principalmente a pele (dermatite), articulações (artrite), serosas (serosite), glomérulos (glomerulite) e o sistema nervoso central (cerebrites). A classificação do SLICC de 2012 lista os critérios diagnósticos utilizados para caracterizar o LES, demonstrados na tabela⁷. A falta de critérios clínicos mínimos, visto que a paciente pontua apenas para poliartralgia e manifestações neurológicas, além de ausência de critérios imunológicos exclui o diagnóstico de LES²¹.

Após análise criteriosa do quadro apresentado no primeiro relato, houve a exclusão dos diagnósticos diferenciais propostos anteriormente. As manifestações clínicas presentes são: turvação visual, síndrome de cercoconjuntivite seca (xerofalmia), além de poliartrite das grandes articulações. Essa sintomatologia somada à presença de linfopenia no exame laboratorial e cintilografia (gálio-67) com sinais característicos firmou o diagnóstico de sarcoidose.

A segunda paciente em estudo, apresenta poliartralgia e linfadenomegalias importantes. Uma alteração linfonodal pode representar um sinal de doença sistêmica como neoplasia ou doenças de etiologia infecciosa. A história contendo idade do paciente, junto com anamnese para especificar duração dos sintomas, sintomas associados, exposição e/ou antece-

dentos relevantes são fundamentais nesse processo. O exame físico deve abranger as características gerais do paciente como presença ou não de hepatoesplenomegalia, por exemplo, e do linfonodo quanto à localização, tamanho, consistência, fixação/aderência e presença de dor/sinais logísticos²².

Os linfomas estão entre as principais causas dentre as neoplasias malignas, têm a linfonodomegalia como apresentação característica, tipicamente não dolorosa, algumas vezes até sem qualquer outro sintoma sistêmico. Doença localizada, principalmente cervical e supraclavicular, é mais típica da variante Hodgkin, sendo que o achado generalizado é mais comum na forma não-Hodgkin, com graus variados de hepatoesplenomegalia. É importante lembrar que os linfomas podem acometer órgãos contíguos, trazendo sinais e sintomas variáveis. A idade é o fator mais relacionado à suspeita de câncer, pois indivíduos com mais de 40 anos apresentam risco 10 vezes maior. Ao exame físico, a cadeia supraclavicular é a única preditora independente para realização de biópsia, porém toxoplasmose, sarcoidose e tuberculose podem alterar tal cadeia como principais causas não-neoplásicas²².

Achados na anamnese como arranhadura de gato, ingestão de carne mal cozida, contato direto frequente com areia, picada de carrapato e insetos, comportamento sexual de risco (incluindo múltiplos parceiros) e viagem a áreas de infecções endêmicas podem sugerir linfonodomegalia de causa infecciosa. Nesse caso, considerar doenças como: HIV, sífilis, hepatites B e C, toxoplasmose e citomegalovírus. Analisando o segundo relato, as doenças investigadas como hipóteses diagnósticas foram descartadas após o resultado negativo de exames específicos solicitados como sorologias para: HIV, hepatites B e

C, CMV (IgM), toxoplasmose (IgM) e VDRL²². A paciente foi orientada a realizar consulta com hematologista para exclusão de Linfoma, além de aguardar resultado de PPD. O diagnóstico de tuberculose deve ser considerado, já que é uma doença granulomatosa porém de granuloma caseoso, o que a difere do encontrado na sarcoidose, tornando essa a principal hipótese diagnóstica para o caso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sarcoidose é uma doença inflamatória multissistêmica idiopática, que tem como característica histopatológica a presença de granulomas não-caseosos. Esses granulomas não-caseosos podem infiltrar essencialmente todos os órgãos e tecidos, podendo evoluir com a disfunção dos mesmos.

A variabilidade clínica desta morbidade é o maior fator envolvido no atraso da suspeita e, consequentemente, do diagnóstico. Exemplos desta situação encontram-se relatados neste trabalho em que, as pacientes descritas abriram quadros clínicos distintos compatíveis com sarcoidose. A falta de conhecimento das diversas características da doença resulta no início tardio do tratamento direcionado.

Profissionais de saúde devem aprimorar o raciocínio clínico, considerando as diferentes possibilidades de apresentações clínicas da sarcoidose. E assim, levando à sua inclusão como diagnóstico diferencial de diversas outras enfermidades já bastante conhecidas globalmente. Por fim, é necessário divulgar o conhecimento dos sinais e sintomas, objetivando incentivar uma abordagem multidisciplinar para a melhor compreensão da doença.

Referências

1. Jeny F, Bouvry D, Freynet O, et al. Management of sarcoidosis in clinical practice. *Eur Respir Rev.* 2016;25(140):141-150.
2. Daldon PÉC, Arruda LHF. Granulomas não-infecciosos: sarcoidose. *Anais Brasileiros de Dermatologia.* 2007;82(6):559-571. doi:10.1590/s0365-05962007000600010
3. Gonçalves IC. Manifestações extrapulmonares da Sarcoidose. Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina. Published online 2012.
4. Besnard V, Jeny F. Models Contribution to the Understanding of Sarcoidosis Pathogenesis: "Are There Good Models of Sarcoidosis?" *J Clin Med Res.* 2020;9(8). doi:10.3390/jcm9082445
5. Soto-Gomez N, Peters JI, Nambiar AM. Diagnosis and Management of Sarcoidosis. *Am Fam Physician.* 2016;93(10):840-848.
6. Crouser ED, Maier LA, Wilson KC, et al. Diagnosis and Detection of Sarcoidosis. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med.* 2020;201(8):e26-e51.
7. Garman L, Pelikan RC, Rasmussen A, et al. Single Cell Transcriptomics Implicate Novel Monocyte and T Cell Immune Dysregulation in Sarcoidosis. *Frontiers in Immunology.* 2020;11. doi:10.3389/fimmu.2020.567342
8. Elizabeth V. Arkema and Yvette C. Cozier. Epidemiology of sarcoidosis: current findings and future directions. *Ther Adv Chronic Dis.* Published online 2018.
9. King TE. Clinical manifestations and diagnosis of pulmonary sarcoidosis. Uptodate. Published online 2020.
10. Hena KM. Sarcoidosis Epidemiology: Race Matters. *Frontiers in Immunology.* 2020;11. doi:10.3389/fimmu.2020.537382
11. Branco SC, Luz K, Fernandes C, Cardoso J. Sarcoidose. *Journal of the Portuguese Society of Dermatology and Venereology.* 2016;74(1):25-31. doi:10.29021/spdv.74.1.512
12. Polverino F, Balestro E, Spagnolo P. Clinical Presentations, Pathogenesis, and Therapy of Sarcoidosis: State of the Art. *Journal of Clinical Medicine.* 2020;9(8):2363. doi:10.3390/jcm9082363
13. King TE Jr. Extrapulmonary manifestations of sarcoidosis.
14. Siqueira W. Sarcoidosis of bone. Uptodate. Published online 2020.
15. Ardalan M, Esmaili H. Renal Mass: A Confusing Feature of Sarcoidosis. *Renal Failure.* 2012;34(5):661-663. doi:10.3109/0886022x.2012.665733
16. Garcia LD, Martinelli ELM, Brandão LMK, Vieira MS, Andrade FR, Schincariol NRB. SARCOIDOSE EXCLUSIVA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL: SUCESSO TERAPÊUTICO COM CICLOFOSFAMIDA E CORTICÓIDE. *Revista Brasileira de Reumatologia.* 2017;57:S293. doi:10.1016/j.rbr.2017.07.386
17. Gerke AK. Treatment of Sarcoidosis: A Multidisciplinary Approach. *Front Immunol.* 2020;11:545413.
18. Baer AN. Diagnosis and classification of Sjogren's syndrome. Uptodate. Published online 2021.
19. Merkel MD MPH P. Clinical features and diagnosis of Takayasu arteritis. Uptodate. Published online 2019.
20. Merkel MD MPH P. Overview of and approach to the vasculitides in adults. Uptodate. Published online 2021.
21. Wallace DJ. Clinical manifestations and diagnosis of systemic lupus erythematosus in adults. Uptodate. Published online 2019.
22. Fernando M. F. Didier Neto KMK. Comprometimento dos linfonodos em adultos. *Arquivos médicos dos Hospitais e da Faculdade de ciências médicas da santa casa de são paulo.* Published online 2013.