



## Desvendando a grande imitadora: um caso raro de sarcoidose

Mariana Argel<sup>1</sup>, Carla António<sup>1</sup>, Jorge Vale<sup>1</sup>

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica com ampla gama de manifestações clínicas e radiográficas.<sup>(1)</sup> A cavitação é rara na sarcoidose.<sup>(2)</sup>

Um homem de 27 anos, natural da Ucrânia, apresentou-se ao serviço de urgência por hemoptises. A TC revelou cavitações extensas de parede fina, bem como múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares (Figura 1A-C). O paciente tinha sido avaliado dois anos antes, e a TC de tórax realizada na época revelou um padrão micronodular perilinfático difuso (Figura 1D). No entanto, houve perda de seguimento.

Os exames laboratoriais revelaram níveis séricos elevados de enzima conversora de angiotensina e normais de IgG específica para *Aspergillus*. A análise do LBA revelou alveolite linfocítica (linfócitos: 36%; relação CD4/CD8: 5,2), com resultado negativo para células malignas e microbiologia (inclusive micobactérias e fungos). Não foram identificadas células positivas para CD1a. A PET revelou captação aumentada nas adenopatias mediastínicas,

hilares e supraclaviculares direitas, bem como no baço e nas paredes das cavitações pulmonares. A biópsia excisional da adenopatia supraclavicular direita revelou granulomas não caseosos com células gigantes e corpos de Schaumann (Figura 1E).

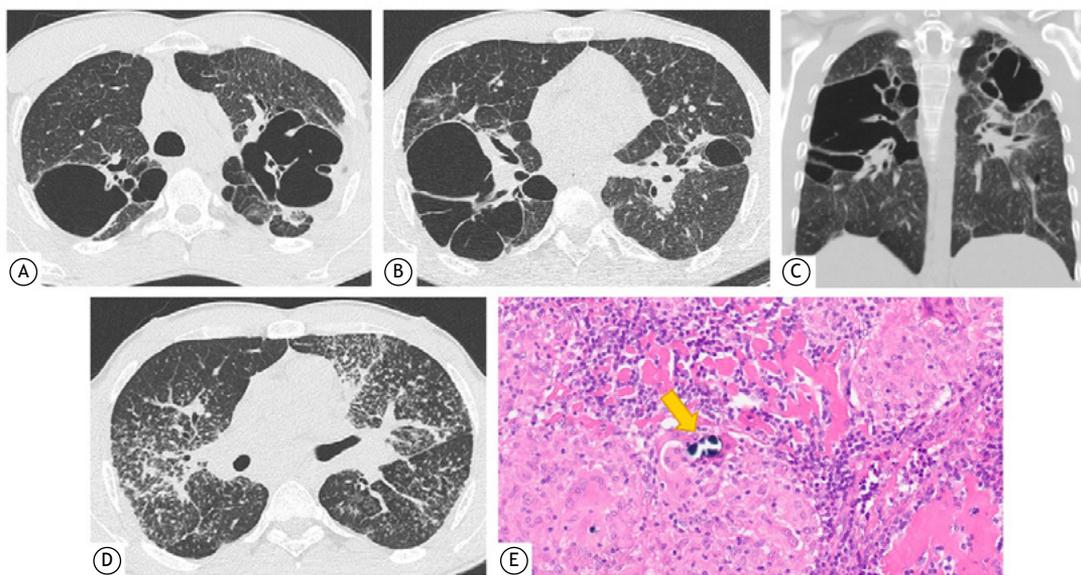
Após uma discussão multidisciplinar, estabeleceu-se o diagnóstico de sarcoidose em estágio IV. O paciente iniciou corticosteroides e metotrexato, com melhoria clínica e funcional.

### CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MA: conceituação; investigação; redação, revisão e edição do manuscrito. CA e JV: investigação; revisão e edição do manuscrito. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito.

### CONFLITOS DE INTERESSE

Nenhum declarado.



**Figura 1.** Em A, B e C, TC de tórax evidenciando cavitações bilaterais extensas, irregulares e de paredes finas, predominantemente nos lobos superiores e na região peri-hilar, chegando a 9 cm de diâmetro e associadas a distorção arquitetural do parênquima pulmonar. Em D, TC de tórax realizada dois anos antes, evidenciando micronódulos perilinfáticos e subpleurais extensos associados a áreas de densificação do parênquima pulmonar na região peri-hilar, formando massas/aglomerados fibróticos. Em E, fotomicrografia (H&E; aumento: 200x) evidenciando uma célula gigante com corpo de Schaumann intracitoplasmático (seta amarela).

### REFERÊNCIAS

1. Llanos O, Hamzeh N. Sarcoidosis. Med Clin North Am. 2019;103(3):527-534. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.12.011>
2. Handa A, Dhooria S, Sehgal IS, Agarwal R. Primary cavitary sarcoidosis: A case report, systematic review, and proposal of new diagnostic criteria. Lung India. 2018;35(1):41-46. [https://doi.org/10.4103/lungindia.lungindia\\_225\\_17](https://doi.org/10.4103/lungindia.lungindia_225_17)

1. Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE, Viseu, Portugal.