

SARCOIDOSE E TUBERCULOSE DISSEMINADA: SOBREPOSIÇÃO, COINCIDÊNCIA OU CONSEQUÊNCIA?

Daniella Teotônio de Araújo Cartaxo Queiroga; Mariana Carneiro Lopes; José Gustavo Pugliese de Oliveira; Gabriel Ferreira Santiago; Gabriel Santiago Moreira; Julio Ribeiro Borges; Carolina da Silva Simoes Pereira; Marcus Antonio Raposo Nunes;

Universidade Estadual do Rio de Janeiro;

Autor principal: Daniella Teotônio de Araújo Cartaxo Queiroga

Introdução: A coexistência de sarcoidose e tuberculose é rara e desafiadora, pois ambas apresentam granulomas e manifestações sistêmicas semelhantes, o que dificulta o diagnóstico diferencial. A hipótese de sobreposição ou desencadeamento de uma condição pela outra permanece em debate, especialmente em regiões com alta endemicidade para tuberculose. **Relato do caso:** Mulher, 67 anos, ex-tabagista com baixa carga tabágica, portadora de hipertensão arterial sistêmica, insuficiência venosa crônica e obesidade grau I. Em fevereiro de 2023, iniciou febre, tosse seca, fadiga e perda ponderal de 28 kg em quatro meses, após contato com vizinha com tuberculose pulmonar. Tomografia computadorizada de tórax (TC de tórax) evidenciou linfonodomegalias mediastinais e lesão lítica costal. Biópsia pulmonar transtorácica revelou processo granulomatoso crônico sem necrose, sem microbiologia associada. Evoluiu com abscesso inframamário, com drenagem cirúrgica, sem análise microbiológica. Recebeu tratamento para tuberculose por sete meses, com cicatrização da lesão cutânea. Em fevereiro de 2024, apresentou poliartrite simétrica, com boa resposta a prednisona por 2 semanas. Um ano depois, abriu quadro de tosse e sintomas constitucionais, surgindo lesões cutâneas papulosas e hipercrômicas em membros inferiores. Biópsia cutânea evidenciou infiltrado granulomatoso com células gigantes tipo Langerhans, colorações negativas para micobactérias. Diagnosticada com sarcoidose, sendo iniciada prednisona 40 mg/dia, com melhora clínica importante, redução completa das lesões cutâneas, mesmo após desmame inicial de corticoterapia. Laboratorialmente, fator antinuclear positivo (1:320, padrão homogêneo), demais autoanticorpos negativos, enzima conversora de angiotensina normal e escarro com traços de *Mycobacterium tuberculosis* detectados por teste rápido molecular e cultura para micobactérias negativa. Realizada nova TC de tórax em contexto ambulatorial, com surgimento de massa com densidade de partes moles em lobo inferior direito, procedida broncoscopia diagnóstica, que mostrou lesões endobrônquicas, cuja histopatologia revelou granulomas epitelioides com necrose e focos abscedados, com colorações negativas para bacilos álcool-ácido resistentes. Em junho de 2025, apresentou febre e dor lombar incapacitante, além de paraparesia (força grau II/V), exames revelaram acometimento pulmonar com consolidação com pequena cavitação em segmento superior do lobo inferior direito e micronódulos difusos bilateralmente e coleção paravertebral comprimindo canal medular, com teste rápido molecular de biópsia da musculatura paravertebral positivo para tuberculose, configurando tuberculose disseminada com comprometimento vertebral. **Discussão:** O caso ilustra a complexidade diagnóstica quando manifestações clínicas e histopatológicas de sarcoidose e tuberculose se sobrepõem. A paciente apresentou achados compatíveis com sarcoidose (pele, vias aéreas) e tuberculose confirmada (pulmão, osso), levantando dúvidas sobre causalidade ou coincidência. Hipóteses incluem reação tipo sarcoidose induzida por micobactérias ou reativação de tuberculose latente em contexto de imunossupressão por corticoide. A abordagem exigiu integração de métodos histológicos, microbiológicos e de imagem, além de ajustes terapêuticos para tratar ambas as doenças e minimizar toxicidades. O caso reforça a

importância da vigilância para tuberculose ativa em pacientes com doenças granulomatosas e uso de imunossupressores, especialmente em áreas endêmicas.

Palavras-chave: Tuberculose, Sarcoidose, Doenças granulomatosas, Tuberculose miliar, Imunossupressão.

