

**REUMATISMO TUBERCULOSO DE PONCET.*****PONCET'S TUBERCULOUS RHEUMATISM.***

Thelma Larocca **SKARE**<sup>1</sup>, Marília Barreto G. **SILVA**<sup>1</sup>, Sergey **LERNER**<sup>1</sup>, Carlos Eduardo P. **CARDOSO**<sup>1</sup>, Odery **RAMOS FILHO**<sup>1</sup>, Ana Cristina Lira **SOBRAL**<sup>1</sup>, Ivo **RONCHI JUNIOR**<sup>1</sup>, Paulo Roberto Ferreira **ROSSI**<sup>1</sup>, Ivan José Paredes **BARTOLOMEI**<sup>1</sup>, Joachim **GRAF**<sup>1</sup>.

Rev. Méd. Paraná/1390

Skare TL, Silva MBG, Lerner S, Cardoso CEP, Ramos Filho O, Sobral ACL, Ronchi Junior I, Rossi PRF, Bartolomei IJP, Graf J. Reumatismo Tuberculoso de Poncet. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(2)95-96.

**RESUMO** - Descreve-se aqui o caso de um paciente de 55 anos que desenvolveu poliartrite de pequenas articulações com características muito semelhantes as da artrite reumatoide e que desapareceu com tratamento de tuberculose pulmonar. Atribuindo o caso a uma forma de reumatismo tuberculoso como o descrito por Poncet em 1897, os autores trazem à tona este diagnóstico, o qual deve ser lembrado uma vez que tuberculose tem se tornado, novamente, uma infecção frequente.

**DESCRITORES** - Tuberculose, Poliartrite, Linfócito T.

**INTRODUÇÃO**

Em 1897, Poncet chamou a atenção para a ocorrência de uma poliartrite asséptica associada à infecção ativa por tuberculose, condição essa que foi descrita mais tarde em detalhes por Poncet e Maillard em 1903 e por Poncet e Leriche em 1909. <sup>(1)</sup> Muito foi discutido acerca dos possíveis mecanismos dessa entidade, a qual foi parcialmente esquecida com advento de drogas potentes para o tratamento dessa infecção. Todavia, em anos recentes, com advento da SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida) e com melhoria de condições de sobrevivência de indivíduos imunodeprimidos além do uso de drogas anti-TNF, infecções não só mais frequentes, como resistentes às drogas conhecidas, vêm sendo registradas, permitindo um verdadeiro retorno dessa entidade.

Descreve-se aqui, o caso de um paciente imunocompetente, com tuberculose pulmonar comprovada por achados de biópsia, que desenvolveu um quadro muito semelhante ao de uma artrite reumatoide precoce cujas características clínicas se encaixam na descrição de Poncet.

**DESCRIÇÃO DE CASO**

Paciente masculino, 56 anos, tabagista de duas carteiras/dia e trabalhador de construção civil, vem

à consulta com queixas de dores e aumento de volume em interfalanganianas proximais das duas mãos de início há seis meses. As dores eram piores à noite e se faziam acompanhar de rigidez matinal de aproximadamente 40 minutos. Progressivamente notou aparecimento de dor em ambos os cotovelos e ombro D sem edema, obtendo alívio parcial com uso de anti-inflamatórios não hormonais. O paciente notou, também, perda de peso importante embora não aferida nos últimos seis meses. Negava história familiar de doenças reumática e de psoríase. Não tinha passado de lesões de pele, úlceras orais ou Raynaud. Era hipertenso e aos 55 anos teve um infarto agudo do miocárdio. Desde então fazia uso de enalapril, AAS, sinvastatina e metoprolol.

O exame físico mostrou aumento de volume em várias interfalanganianas proximais, *squeeze* teste positivo bilateralmente e dor a mobilização do ombro D., porém sem restrição na amplitude de movimentos. O restante do exame físico era normal.

Exames laboratoriais mostraram uma VHS de 105mm; PCR de 56 mg/dl, VG de 39%, leucócitos de 4.500/mm<sup>3</sup> com diferencial normal. Dosagens de cálcio, PTH, transaminases, CPK, fosfatase alcalina, creatinina, albumina e um parcial de urina eram normais. Fator reumatoide e FAN foram negativos. RX de mãos mostrava osteoporose justa articular sem erosões. Uma tomografia de tórax mostrou lesões nodulares confluentes que tinham discreto realce ao

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil.  
1 - Professor do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

contraste, em lobo superior direito. Existia um espessamento pleural à D. de aspecto sequelar. O paciente foi então encaminhado ao serviço de oncologia para avaliação, sendo submetido a uma lobectomia parcial de lobo superior D. A análise histopatológica mostrou tratar-se de granulomas tuberculoides. O paciente foi submetido a tratamento para tuberculose com esquema tríplice (rifampicina, isoniazida e etambutol) com desaparecimento completo dos sintomas articulares.

## DISCUSSÃO

Poncet ao delinear o quadro clínico do “reumatismo tuberculoso” observou que deveriam existir duas formas da doença: uma aguda cujo quadro clínico seria semelhante ao da febre reumática e outra subaguda, semelhante à artrite reumatoide (AR).<sup>(2)</sup> Nesta segunda forma, que seria a mais comum, ocorre uma poliartrite de aparecimento mais lento. Poncet descreveu também que, nestes casos, se os pacientes receberem injeções de tuberculina ocorre uma reação focal nas articulações afetadas.<sup>(2)</sup> Esta última observação é extremamente interessante quando se nota que, posteriormente, foi descrita a ocorrência de artrite reativa quando da instilação de BCG intravesical para tratamento de neoplasias de bexiga.<sup>(3)</sup>

Manifestações extra-articulares têm sido descritas e estão entre elas a ocorrência de urticária, eritema nodoso, conjuntivites e úlceras de mucosa.<sup>(4)</sup> Estas últimas parecem ser mais comuns nos indivíduos HLA B27 positivos.<sup>(4)</sup>

Formas associadas a outras micobactérias além da *M. tuberculosis* têm sido reportadas, como a *M. avium* e *M. intracellulare*, principalmente em pacientes com

SIDA.<sup>(5)</sup>

Permanece indefinida a causa dessa forma de sintomatologia. Tem sido sugerido que uma resposta imune vigorosa intra-articular à antígenos da micobactéria pode contribuir para o aparecimento do processo artrítico.<sup>(5)</sup> Estudos feitos em modelos animais sugerem a ocorrência de uma reatividade cruzada de célula T entre antígenos da micobactéria e proteoglicanos da cartilagem.<sup>(6)</sup> Pessoas com HLA DR 3 e 4 têm demonstrado possuir uma hiperreatividade ao antígeno micobacteriano.<sup>(7,8)</sup>

No quadro descrito a sintomatologia lembrava muito a de uma artrite reumatoide precoce. Todavia a perda de peso, o tabagismo pesado (que também está associado com ocorrência de AR) e a massa em lobo D. do pulmão levantou a hipótese inicial de câncer de pulmão com paraneoplasia articular, comprovando-se a tuberculose quando da análise do material retirado. A resposta total da sintomatologia articular ao tratamento da mesma corroborou a hipótese de reumatismo de Poncet. Assim sendo, autores sugerem que o reumatismo tuberculoso de Poncet seja incluído no diagnóstico diferencial de pacientes que se apresentam com poliartrite, uma vez que a prevalência desta infecção vem crescendo em nosso meio e pelo fato de que a pronta instituição da terapia antituberculosa resolve a poliartrite. Além disso um tratamento errôneo para artrite reumatoide seria desastroso neste contexto, uma vez que este é feito à base de imunossupressores que permitiram que a tuberculose se alastrasse.

Concluindo, os autores alertam o fato de que o reumatismo de Poncet deve ser lembrado e incluído no diagnóstico diferencial das artrites de início recente.

---

Skare TL, Silva MBG, Lerner S, Cardoso CEP, Ramos Filho O, Sobral ACL, Ronchi Junior I, Rossi PRF, Bartolomei IJP, Graf J. Poncet's Tuberculous Rheumatism. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(2):95-96.

**ABSTRACT** - We described the case of a 55 year old patient who developed small joint polyarthritis with characteristics very similar to those of rheumatoid arthritis that disappeared with treatment of pulmonary tuberculosis. Assigning the case to a form of rheumatism secondary to tuberculosis as described by Poncet 1897, the authors bring out this diagnosis, which must be remembered that once tuberculosis has become, again, a common infection.

**KEYWORDS** - Tuberculosis, Polyarthritis, T Lymphocyte.

## REFERÊNCIAS

- Dagleish PG. Tuberculous rheumatism. Br. Med J. 1952; 11: 222-224.
  - Bremner JM. Tuberculous rheumatism. Ann Rheum Dis 1958; 17: 441-444.
  - Hughes RA, Allard SA, Maini RN. Arthritis associated with adjuvant mycobacterial treatment for carcinoma of the bladder. Ann Rheum Dis 1988; 48: 432-424.
  - Perez C, Torroba L, Gonzalez M, Vivez R, Guarch R. Unusual presentation of tuberculous rheumatism (Poncet's disease) with oral ulcers and tuberculoid. Clin Inf Dis 1998; 26: 1003-1004.
  - Lesprit P, Lafaurie M, Lioté F, Decazes J-M, Modal J. Tuberculous rheumatism (Poncet disease) in a patient infected with human immunodeficiency virus. Clin Inf Dis 1996; 23: 1179-80.
  - South Wood TR, Gaston JSH. The molecular bases of Poncet's disease? Br J Rheum 1990; 29: 491-2.
  - Van Eden W, de Vries RRP, Stanford JL, Rook GAW. HLA-DR3 associated genetic control of response to multiple skin tests with new tuberculins. Clin Exp Immunol 1983; 52: 287-92.
  - Ottenhof THM, Tones P, Terencio de las Aguas J, et al. HLA-DR4-associated immune response gene for Mycobacterium tuberculosis: a clue to the pathogenesis of rheumatoid arthritis. Lancet 1989; 2: 310-2.
-