



## CASO CLÍNICO

# Tuberculose disseminada associada a artrite reativa de Poncet em paciente imunocompetente ☆,☆☆



Juliana de Oliveira Alves Calado , Anna Carolina Miola \*,  
Maria Regina Cavariani Silveiras  e Silvio Alencar Marques 

Departamento de Dermatologia e Radioterapia, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil

Recebido em 25 de maio de 2019; aceito em 30 de agosto de 2019

Disponível na Internet em 13 de maio de 2020

### PALAVRAS-CHAVE

Artrite reativa;  
Dermatologia;  
Tuberculose cutânea

**Resumo** Tuberculose cutânea é manifestação extrapulmonar rara da tuberculose, bem como tuberculose disseminada ocorre comumente em imunodeprimidos. Artrite reativa de Poncet é artrite soronegativa em pacientes com tuberculose extrapulmonar, incomum mesmo em países endêmicos. Relata-se caso de paciente do sexo masculino, de 23 anos, previamente hígido, com quadro de diarreia aquosa, associada a úlceras eritematosas nos membros inferiores e oligoartrite nas mãos. O exame histopatológico da pele evidenciou processo granulomatoso epitelióide com granulomas em paliçada e necrose caseosa central. A pesquisa de BAAR pela coloração de Ziehl-Neelsen mostrou bacilos íntegros, a cultura foi positiva para *Mycobacterium tuberculosis* e colonoscopia evidenciou múltiplas úlceras rasas. Foi diagnosticada tuberculose disseminada associada à artrite reativa de Poncet, com melhora do quadro clínico e cutâneo após tratamento adequado.

© 2020 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introdução

Apesar da tuberculose (TB) ser uma das doenças mais comuns na humanidade, a forma cutânea é rara, representa de 1% a 2% dos casos de TB extrapulmonar e corresponde a 10% do total dos casos.<sup>1,2</sup> Clinicamente, pode ser subdividida em três tipos: TB cutânea endógena (por disseminação hematogênica), exógena (por inoculação) ou tuberculides (reações de hipersensibilidade ao *Mycobacterium tuberculosis*).<sup>3</sup> O tratamento, feito com o esquema que contém Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol (RIPE), promove resolução dos casos de TB cutânea.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.08.031>

☆ Como citar este artigo: Calado JOA, Miola AC, Silveiras MRC, Marques SA. Disseminated tuberculosis associated with reactive arthritis of Poncet in immunocompetent patient. An Bras Dermatol. 2020;95:343–6.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

\* Autor para correspondência.

E-mail: [anna\\_fmpr@yahoo.com.br](mailto:anna_fmpr@yahoo.com.br) (A.C. Miola).



**Figura 1** Úlcera de bordas bem delimitadas e fundo limpo na perna.



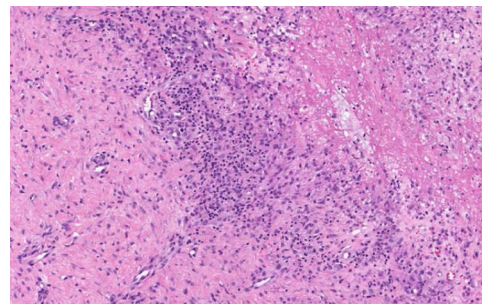
**Figura 2** Úlceras no pênis, rasas, com fundo que contém fibrina.

A tuberculose é considerada disseminada quando há o envolvimento de pelo menos dois locais extrapulmonares, com ou sem envolvimento pulmonar. É responsável por um terço da mortalidade entre pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), mas também pode afetar imunocompetentes.<sup>4</sup>

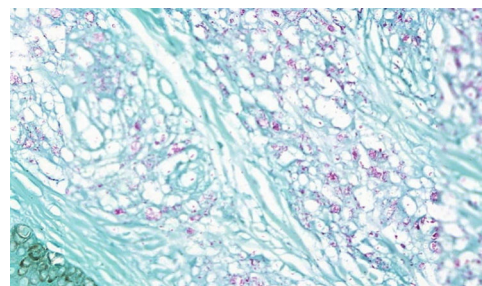
A artrite reativa de Poncet foi descrita por Antonin Poncet em 1897 como uma poliartrite associada à TB, é atualmente definida por quadros de poliartrite ou oligoartrite na presença de TB. Apesar do envolvimento das articulações, não são encontrados bacilos no líquido articular dos pacientes sintomáticos<sup>5,6</sup> e os pacientes apresentam melhoria do quadro reumatológico após tratamento adequado da TB.<sup>7</sup> Neste caso, relatamos a associação de TB disseminada com artrite reativa de Poncet, bem como melhoria geral do quadro clínico após tratamento com esquema RIPE.

## Relato do caso

Paciente do sexo masculino, de 23 anos, morador de zona urbana, previamente hígido, iniciou quadro de diarreia aquosa, dor abdominal e perda ponderal de seis quilos, associado a episódios noturnos de febre, nove meses antes da admissão. Negava o consumo de álcool ou drogas ilícitas. Evoluiu com múltiplas úlceras com crosta necrótica, algumas com fundo granuloso e bordas elevadas, associadas a nódulos amolecidos eritematosos dolorosos nos membros inferiores e úlceras de fundo fibrinoso na glândula (figs. 1 e 2). Além disso, queixava-se de oligoartralgia nas falanges, com sinais de oligoartrite de pequenas articulações ao exame físico. Apresentava exames laboratoriais e investigação sorológica normal ou negativa, exceto pela presença de leucócitos



**Figura 3** Processo granulomatoso epitelióide com granulomas na derme profunda.



**Figura 4** Presença de inúmeros bacilos íntegros (Ziehl-Neelsen, 40x).



**Figura 5** Cicatrização completa das lesões nas pernas após dois meses de tratamento com esquema RIPE.

nas fezes, e não tinha antecedente ou histórico prévio de imunossupressão. À colonoscopia, foram evidenciadas múltiplas úlceras rasas cobertas por fibrina espessa associada à enantema, principalmente em sigmoide, e úlceras aftóides no reto proximal. O teste tuberculínico (PPD) foi de 0 mm e raios-X de tórax sem alterações. Feito exame anatomopatológico de uma das úlceras do membro inferior, que evidenciou processo granulomatoso epitelióide com granulomas em paliçada e centros com necrose caseosa. A pesquisa de bacilos álcool-ácidos resistentes (BAAR) pela coloração de Ziehl-Neelsen mostrou bacilos íntegros (figs. 3 e 4), com cultura positiva para *M. tuberculosis* referendou a hipótese diagnóstica de TB cutânea. A análise histopatológica da biópsia intestinal revelou infiltrado inflamatório discreto, sem a presença de bacilos. Feito o diagnóstico de tuberculose disseminada associada à artrite reativa de Poncet e, após o início do esquema RIPE, o paciente evoluiu com cicatrização completa das úlceras (figs. 5 e 6) e resolução do quadro intestinal com melhoria gradual da diarreia e



**Figura 6** Cicatrização completa das lesões penianas após dois meses de início do tratamento com esquema RIPE.

cicatrização das úlceras visualizada em colonoscopia pós-tratamento e resolução da oligoartrite.

## Discussão

A tuberculose é importante problema de saúde pública, especialmente nos países subdesenvolvidos. Nas últimas décadas, foi reclassificada como doença re-emergente pelo aumento da pobreza, má nutrição, aumento da coinfeção com o vírus HIV, uso de fármacos imunossupressores e casos e resistência microbiana.

As formas multifocais são raras e respondem por 9% a 10% dos casos de localização extrapulmonar. É responsável por um terço da mortalidade entre pacientes HIV-positivos, mas pode afetar imunocompetentes, com risco de desenvolver lesões extrapulmonares proporcionais ao grau de imunodeficiência.<sup>8</sup> Diferentemente da TB miliar, pode não acometer os pulmões.<sup>9</sup>

Existem hipóteses estudadas para tentar justificar a ocorrência de TB multifocal em imunocompetentes, como a intensidade da transmissão na comunidade, síndrome de susceptibilidade mendeliana a infecções microbacterianas pela existência de defeitos de interleucina-12 e desnutrição, entre outros.<sup>4,8</sup> No caso descrito, não havia antecedentes pessoais ou familiares de imunodepressão; porém, na primeira consulta, o paciente apresentava-se evidentemente desnutrido, o que pode justificar a presença de múltiplos focos de TB.

As lesões cutâneas de TB devem ser diferenciadas de leishmaniose, hanseníase, doença da arranhadura do gato e micoses profundas. A concomitância de TB pulmonar ou em outros órgãos aumenta a probabilidade diagnóstica, que pode ser confirmada pelo PPD, exame microbiológico com cultura e/ou PCR.<sup>8</sup> No caso descrito acima, por meio da cultura positiva e presença de inúmeros BAAR no exame com coloração de Ziehl-Neelsen, o diagnóstico foi confirmado e o paciente submetido a esquema RIPE adequadamente, com melhoria do quadro após o término do tratamento.

Quadros de TB intestinal podem apresentar quadro clínico variável e inespecífico e o exame anatomopatológico pode não indicar infecção por BAAR em até 29% dos casos. Entretanto, a colonoscopia pode apresentar úlceras rasas na região ileocecal, com melhoria do quadro após o tratamento, como ocorreu com o paciente descrito.<sup>10</sup>

A artrite reativa de Poncet é definida atualmente como casos de poliartrite ou oligoartrite na presença de TB

ativa sem acometimento das articulações pelo bacilo.<sup>6</sup> Sua patogênese é pouco conhecida, porém parece ser imunomediada. A duração dos sintomas pode variar de meses a anos e predominam os casos de oligoartrite, com melhoria após uso de anti-inflamatórios não esteroidais, geralmente após 5 meses do início dos sintomas. O diagnóstico é majoritariamente clínico e não há critérios diagnósticos bem definidos, dada a baixa frequência do quadro. A maioria dos pacientes melhora durante ou após o tratamento da TB e casos de cronificação são raros. Seu diagnóstico clínico é importante, pois o manejo clínico deve ser feito em conjunto com equipe de reumatologia experiente. É preciso ter em vista as consequências de uma imunossupressão inadequada em um paciente infectado pelo *M. tuberculosis*. Neste caso, a equipe de reumatologia optou por hidroxicloroquina, evitou imunossupressão prolongada, com bom controle do quadro durante esquema RIPE e resolução da oligoartrite após o término do tratamento.

Este caso alerta para a possibilidade de quadros graves, multifocais, com expressão cutânea, que necessitam de cuidados especiais e atendimento multidisciplinar, tornando-se necessário seu reconhecimento pelo dermatologista em países onde a TB continua endêmica.

## Suporte financeiro

Nenhum.

## Contribuição dos autores

Juliana Alves Calado: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Anna Carolina Miola: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Maria Regina Cavariani Silves: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Silvio Alencar Marques: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

## Conflitos de interesse

Nenhum.

## Referências

1. Van Zyl L, du Plessis J, Viljoen J. Cutaneous tuberculosis overview and current treatment regimens. *Tuberculosis (Edinb)*. 2015;95:629–38.
2. Abdelmalek R, Mebazaa A, Berriche A, Kilani B, Bem Osman A, Mokni M, et al. Cutaneous tuberculosis in Tunisia. *Med Mal Infect*. 2013;43:374–8.
3. Santos JB, Figueiredo AR, Ferraz CE, Oliveira MH, Silva PG, Medeiros VL. Cutaneous tuberculosis: epidemiologic, etiopathogenic and clinical aspects - part I. *An Bras Dermatol*. 2014;89:219–28.

4. Rezgui A, Fredj FB, Mzabi A, Karmani M, Laouani C. Multifocal tuberculosis in immunocompetent patients. *Pan Afr Med J.* 2016;24:13.
5. Sharma A, Pinto B, Dogra S, Sharma K, Goyal P, Sagar V, et al. A case series and review of Poncet's disease, and the utility of current diagnostic criteria. *Int J Rheum Dis.* 2016;19:1010-7.
6. Rueda JC, Crepy MF, Mantilla RD. Clinical features of Poncet's disease. From the description of 198 cases found in the literature. *Clin Rheumatol.* 2013;32:929-35.
7. Kroot EJ, Hazes JM, Colin EM, Dolhain RJ. Poncet's disease: reactive arthritis accompanying tuberculosis. Two case reports and a review of the literature. *Rheumatology (Oxford).* 2007;46:484-9.
8. Catherinot E, Fieschi C, Feinberg J, Casanova JL, Couderc LJ. Genetic susceptibility to mycobacterial disease: Mendelian disorders of the Interleukin-12 - Interferon-axis. *Rev Mal Respir.* 2005;22:767-76.
9. Sharma SK, Mohan A. Miliary Tuberculosis. *Microbiol Spectr.* 2017;5:1-22.
10. Kentley J, Ooi JL, Potter J, Tiberi S, O'Shaughnessy T, Langmead L. Intestinal tuberculosis: a diagnostic challenge. *Trop Med Int Health.* 2017;22:994-9.