

# Nódulo reumatóide gigante – um diagnóstico inesperado

Aguiar R<sup>1</sup>, Ambrósio C<sup>1</sup>, Barcelos A<sup>1</sup>

ACTA REUMATOL PORT. 2013;38:212-214

## INTRODUÇÃO

Os nódulos reumatóides constituem a manifestação extra-articular mais comum da Artrite Reumatóide (AR); existem mais frequentemente nos doentes com fator reumatóide positivo<sup>1</sup>, sendo um fator clínico preditivo de evolução mais agressiva da doença. Localizam-se no tecido subcutâneo, principalmente nas superfícies extensoras e sobre as proeminências ósseas; ocasionalmente, surgem também em órgãos internos como o pulmão. Têm consistência firme, são habitualmente indolores e com dimensões entre 0,5 e 3 cm de diâmetro, podendo ser solitários ou múltiplos. Histologicamente, apresentam uma estrutura em três camadas<sup>2</sup>: zona central necrótica com material fibrinóide, envolta por uma camada de histiócitos em paliçada e, externamente, zona com infiltrado inflamatório perivascular.

## CASO CLÍNICO

Homem, 72 anos, com quadro de poliartrite crónica aditiva e simétrica, com 20 anos de evolução, envolvendo ombros, cotovelo esquerdo, punhos, metacarpofalângicas, interfalângicas proximais das mãos e joelhos, com noção de tumefação articular, deformidade progressiva, rigidez matinal de cerca de 10 minutos, sem despertares noturnos. Sem outras queixas sistémicas ou relativas a órgão ou sistema.

Ao exame objetivo apresentava-se emagrecido, sem alterações cutâneas ou adenopatias palpáveis. Apresentava flexo do cotovelo esquerdo, deformidade em colo de cisne e botoeira de vários dedos das mãos e duas formações nodulares de consistência duro-elástica, no 4º dedo da mão direita e olecrâneo esquerdo. Apresentava ainda massa de consistência dura de 12 cm de maior eixo na face anterior do braço esquerdo (Figura 1), não dolorosa, adjacente aos planos profundos.

Realizou estudo analítico que revelou: anemia normocítica (hemoglobina 9.8 g/dL), velocidade de sedimentação de 120 mm na 1ªh, proteína C reactiva 14,4 mg/dl, hipoproteïnemia (6,2 g/dL) com hipoalbuminemia (2.15 g/dL), fator reumatóide 3640 U/ml e anti-CCP >340 U/ml. O estudo radiológico revelou erosões nas articulações das mãos.

A RMN do braço esquerdo evidenciou lesão tumoral com os contornos regulares e limites bem definidos, na topografia dos 2/3 proximais do músculo bicípete braquial, medindo cerca de 12 cm de eixo longitudinal, com cerca de 4.7 x 3.7 cm de maiores eixos axiais, sem efeito de realce após administração de contraste, sem



**FIGURA 1.** Massa de consistência sólida localizada no braço esquerdo, com cerca de 12 cm de maior eixo.

1. Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE



**FIGURA 2.** RNM do braço esquerdo, revelando lesão tumoral de contornos regulares nos 2/3 proximais do músculo bicépete braquial, medindo cerca de 12 cm de eixo longitudinal



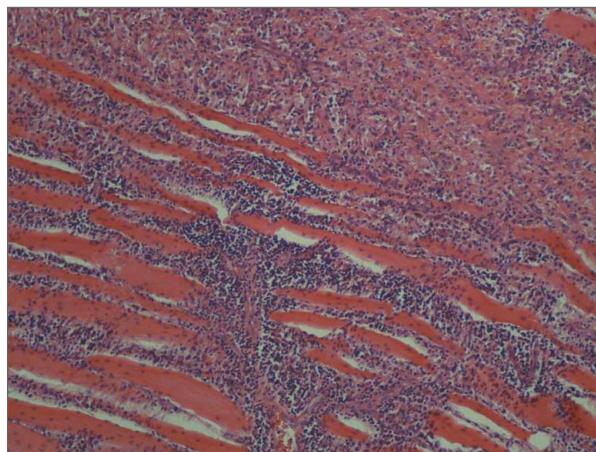
**FIGURA 3.** RNM do braço esquerdo, revelando lesão tumoral de contornos regulares nos 2/3 proximais do músculo bicépete braquial, medindo cerca de 12 cm de eixo longitudinal

invasão do rolo vasculo-nervoso adjacente e sem alterações ósseas do úmero, sugerindo tratar-se de lipossarcoma mixóide ou eventualmente rabdomiossarcoma (Figuras 2 e 3).

O doente foi submetido a cirurgia de ressecção do «tumor», que decorreu sem intercorrências.

Macroscopicamente, a peça operatória consistia numa massa de tecidos moles de 122 g e 13x6x3,5 cm; em secção, mostrava lesão nodular capsulada, contendo material amarelado e pastoso. A descrição microscópica revelava uma área central cavitada, preenchida por material fibrinóide, detritos celulares e material eosinofílico, vagamente fibrilhar, envolvida por exuberante componente fibrohistiocitário, de aspeto granulomatoso; limitada por uma pseudocápsula fibrosa com componente inflamatório exuberante, mononucleado. Ocasionalmente, apresentava depósitos fibro-hialinos envolvidos pelo componente histiocitário (Figura 4).

Assim, face à histologia sugestiva e ao contexto clínico, foi estabelecido o diagnóstico de nódulo reumatóide em doente com artrite reumatóide – diagnóstico este bastante inesperado pela dimensão da massa e pela escassez de casos de nódulo reumatóide gigante descritos na literatura<sup>3,4</sup>.



**FIGURA 4.** Exame anatomopatológico revelando área central cavitada, preenchida por material fibrinóide, detritos celulares e material eosinofílico vagamente fibrilhar envolvida por exuberante componente fibrohistiocitário

#### CORRESPONDÊNCIA PARA

Renata Aguiar  
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE  
Avenida Artur Ravara - Glória  
3814-501 Aveiro

#### REFERÊNCIAS

1. Cohen MG, Li EK, Ng PY, et al. Extra-articular manifestations are uncommon in southern Chinese with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1993;32:209-211
2. García-Patos V. Rheumatoid nodule. *Semin Cutan Med Surg* 2007; 26(2):100-107.
3. Mine T, Tanaka H, Taguchi T, et al. A giant rheumatoid nodule. *Clin Rheumatol* 2004; 23: 467-469
4. Nakamura T, Higashi S, et al. Cutaneous nodules in patients with rheumatoid arthritis: a case report and review of literatures. *Clin Rheumatol* 2011;30:719-722.

---

## **XVI CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA**

**Vilamoura, Portugal  
1 a 5 de Maio de 2014**

---

## **XXXI CONGRESSO BRASILEIRO DE REUMATOLOGIA**

**Belo Horizonte, Brasil  
10 a 14 de Outubro de 2014**