

Ocorrência simultânea de artrite reumatoide e hanseníase multibacilar: relato de caso

Simultaneous occurrence of rheumatoid arthritis and multibacillary leprosy: a case report

Danilo Rocha de Arruda¹. 

Anna Julia Ribeiro Cunha¹. 

Lara Maria Fujita Vieira Lima¹. 

Maria Isadora Fernandes Dias¹. 

Camille Cavalcante Pontes de Arruda². 

Natália Tomaz Bezerra Araújo¹. 

Francisco Theogenes Macêdo Silva¹. 

1 Universidade Christus (Unichristus), Fortaleza, Ceará, Brasil.

2 Centro Universitário Inta (UNINTA), Sobral, Ceará, Brasil.

RESUMO

Introdução: A hanseníase é uma doença infecciosa com diversas manifestações clínicas, podendo apresentar-se de forma concomitante a doenças reumatológicas.

Relato de caso: Este relato de caso descreve uma paciente com diagnóstico de artrite reumatoide (AR) que desenvolveu placas eritemato-infiltrativas de aspecto anular. O exame anatomopatológico da lesão evidenciou hanseníase multibacilar, direcionando o diagnóstico e consequentemente a conduta. **Conclusão:** O caso, portanto, ressalta a importância desse recurso diagnóstico perante manifestações cutâneas inespecíficas em pacientes com doenças reumatológicas, a fim de evitar iatrogenias e assegurar o tratamento adequado.

Palavras-chave: Hanseníase. Artrite Reumatoide. Diagnóstico Diferencial. Biópsia.

ABSTRACT

Introduction: Leprosy is an infectious disease with diverse clinical manifestations, which may occur concomitantly with rheumatologic diseases. **Case Report:** This case report describes a patient with a diagnosis of rheumatoid arthritis (RA) who developed annular erythematous-infiltrative plaques. Histopathological examination of the lesion revealed multibacillary leprosy, redirecting the diagnostic approach and, consequently, the therapeutic management. **Conclusion:** This case, therefore, highlights the importance of this diagnostic tool when evaluating nonspecific cutaneous manifestations in patients with rheumatologic diseases, in order to avoid iatrogenic complications and ensure appropriate treatment.

Keywords: Leprosy. Rheumatoid Arthritis. Differential Diagnosis. Biopsy.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos da licença Creative Commons CC BY.

Autor correspondente: Danilo Rocha de Arruda, Rua João Adolfo Gurgel, 133, Cocó, Fortaleza, Ceará, Brasil. CEP: 60190-180. E-mail: daniloarruda2003@gmail.com.

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 13 Out 2025; Revisado em: 05 Ago 2026; Aceito em: 12 Ago 2026.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que possui alta prevalência em países em desenvolvimento. O perfil imunológico do indivíduo define as manifestações clínicas, desde dermatoses até manifestações sistêmicas, principalmente nas articulações, que são mais comuns nas formas multibacilares.¹ A artrite tem sido descrita como o terceiro sintoma mais comum na hanseníase, e essa doença pode tanto mimetizar condições autoimunes quanto aparecer em concomitância.²

A artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune muito prevalente - 0,4% a 1,3% da população mundial³ - e é caracterizada pelo envolvimento de diferentes articulações, causando destruição cartilaginosa e erosão óssea. Pode caracterizar-se por um envolvimento inflamatório poliarticular, crônico, aditivo, podendo ter manifestações extra-articulares e elevação de marcadores de inflamação (PCR e VHS), além do aparecimento na sorologia de marcadores como o fator reumatoide (FR) e o anticorpo anticitrulinado (anti-CCP).⁴

As manifestações extra-articulares da AR são muitas e comuns - frequência de 18 a 41%, entre os doentes -, exigindo diagnóstico diferencial com várias outras condições, tanto de etiologia autoimune quanto infecciosa. Uma manifestação da AR é a vasculite reumatoide (VR), caracterizada principalmente por neuropatia periférica e lesões cutâneas, como a púrpura palpável.⁵

Sabe-se, também, que as doenças autoimunes podem simular ou aparecer em concomitância com doenças infecciosas, dificultando o diagnóstico e exigindo cautela no manejo, pois uma conduta que visa à imunossupressão para melhorar as manifestações da doença autoimune pode agravar o quadro de uma doença infecciosa.

Sob essa perspectiva, este relato tem como objetivo ilustrar a possibilidade de concomitância entre hanseníase multibacilar e artrite reumatoide. A paciente, com AR sorologicamente ativa (FR reagente e anti-CCP em altos títulos) e doença articular em atividade, evoluiu com lesões cutâneas que levantaram inicialmente a suspeita de vasculite reumatoide. Contudo, a morfologia das lesões - placas eritemato-infiltrativas de aspecto anular, sem as características purpúricas típicas da vasculite - mostrava-se pouco habitual para essa hipótese, o que foi um motivo a mais para a realização da biópsia. O exame histopatológico revelou hanseníase multibacilar, nortando o diagnóstico e a conduta terapêutica.

MÉTODO

As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico e revisão de literatura.

Trata-se de um relato de caso clínico único, baseado em informações obtidas durante a prática assistencial, sem intervenção adicional para fins de pesquisa.

O estudo tem finalidade exclusivamente científica e educacional, garantindo-se confidencialidade e anonimização dos dados da paciente, conforme as orientações da Carta Circular nº 166/2018 da CONEP. A paciente autorizou a utilização das informações clínicas para fins científicos mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi conduzido de acordo com os princípios da Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto para o Desenvolvimento da Educação Ltda. (IPADE/Faculdade Pesquisa) (CAAE: 95644925.0.0000.5049 | Número do parecer: 8.477.491).

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 67 anos, atendida em junho de 2022 com queixa de artrite de características inflamatórias em mãos, punhos e tornozelos. Apresentava diagnóstico de AR havia mais de 10 anos, em uso de metotrexato 17,5 mg/semana e ácido fólico 5 mg/semana, e a última consulta com o reumatologista ocorreu 7 anos antes. Apresentava comorbidades metabólicas e cardiovasculares em acompanhamento, além de transtorno depressivo/ansioso.

Ao exame físico, identificou-se artrite nos punhos e nas 2ª e 3ª articulações metacarpofalangeanas bilateralmente, além de placas eritemato-infiltrativas de aspecto anular em joelho direito e em dorso do pé direito (Figura 1).

A conduta adotada incluiu o aumento do metotrexato para 20 mg/semana, a manutenção do ácido fólico, a prescrição de prednisona 5 mg/dia, a solicitação de exames laboratoriais e de biópsia da lesão do joelho direito, sob a suspeita de vasculite reumatoide.

No mês de julho de 2022, a paciente retornou referindo melhora clínica do quadro articular com o uso dos medicamentos; todavia, ao exame físico, persistia artrite nos punhos.

Figura 1. Placas eritemato-infiltrativas de aspecto anular em joelho direito e em dorso do pé direito.



Os exames laboratoriais solicitados na primeira consulta evidenciaram anemia normocítica e normocrômica e elevação de marcadores inflamatórios, como VHS e PCR. Verificou-se também FR reagente em baixos títulos e anti-CCP positivo em altos títulos (Tabela 1). No laudo anatomopatológico, macroscopicamente, identificou-se um fragmento cilíndrico de pele de joelho direito de diâmetro de 0,4 cm e comprimento de 0,3 cm. A peça apresentava superfície epidérmica acastanhada e superfície de corte branca e compacta. Na microscopia, observou-se epiderme sem alterações significativas. A derme exibia infiltrado inflamatório linfo-histiocitário perivascular e perianexial com formação de granulomas sem células gigantes multinucleadas (Figuras 2 e 3). A coloração de Fite-Faraco revelou bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) (Figura 4) e alguns campos contendo pequenas globias. A biópsia foi conclusiva para hanseníase borderline-borderline, classificada operacionalmente como multibacilar.

Diante do diagnóstico histopatológico de hanseníase, a paciente foi encaminhada ao dermatologista, com suspensão temporária do metotrexato e manutenção da prednisona 5 mg/dia, visando à segurança da paciente.

Ainda em julho de 2022, na consulta dermatológica, iniciou-se o protocolo PQT-MB de 12 doses, esquema padronizado pela OMS para o tratamento da hanseníase multibacilar (dose mensal supervisionada de rifampicina 600 mg, clofazimina 300 mg e dapsona 100 mg, associada ao uso diário autoadministrado de clofazimina 50 mg e dapsona 100 mg), sendo a paciente encaminhada para acompanhamento do tratamento na Unidade Básica de Saúde.

Em outubro de 2022, ao final do terceiro mês de tratamento para hanseníase, a baciloscopia encontrava-se negativa, permitindo a reintrodução do metotrexato 20 mg/semana. Durante o seguimento clínico, reduziu-se progressivamente a prednisona até desmame total e o metotrexato foi reduzido e mantido em 15 mg/semana.

Em julho de 2023, a paciente concluiu o tratamento para hanseníase multibacilar, permanecendo com 15 mg/semana de metotrexato e necessitando da reintrodução de dose baixa de prednisona (5 mg/dia) para controle de uma atividade moderada da doença.

Tabela 1. Principais exames laboratoriais da paciente na avaliação inicial (06/06/2022).

Exames (06/06/2022)	Resultado	Unidade
Hemoglobina (HB)	10,5	g/dL
Hematócrito (HT)	32,4	%
Leucócitos (LEUC)	5360	células/mm ³
Plaquetas (PLAQ)	276000	células/mm ³
Velocidade de Hemossedimentação (VHS)	53	mm/h
Proteína C-Reativa (PCR)	0,7	mg/dL
Ureia (UR)	37	mg/dL
Creatinina (CR)	1,14	mg/dL
Fósforo (P)	2,8	mg/dL
Cálcio (CAT)	10,1	mg/dL
Paratormônio (PTH)	33	pg/mL
Vitamina D (VIT D)	29,16	ng/mL
Glicose em Jejum (GJ)	140	mg/dL
Triglicerídeos (TG)	251	mg/dL
Colesterol Total (CT)	204	mg/dL
HDL	52	mg/dL
LDL	117	mg/dL
TGO (AST)	22	U/L
TGP (ALT)	22	U/L
Gama-GT (GGT)	34	U/L
Bilirrubina Total (BT)	0,19	mg/dL
Fator reumatoide (FR)	19	UI/mL
Anticorpos Anti-CCP	340	U/mL
Sedimentação urinária (SU)	Negativo	

Figura 2. Infiltrado inflamatório linfo-histiocitário perivascular e perianexial com formação de granulomas (HE) - (10/06/2022).

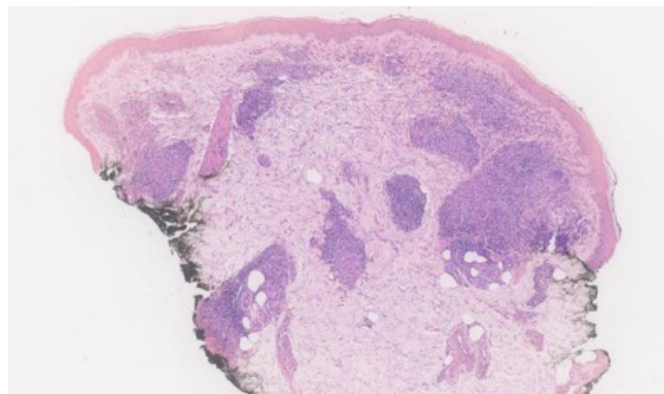


Figura 3. Formação granulomatosa dérmica (HE) - (10/06/2022).

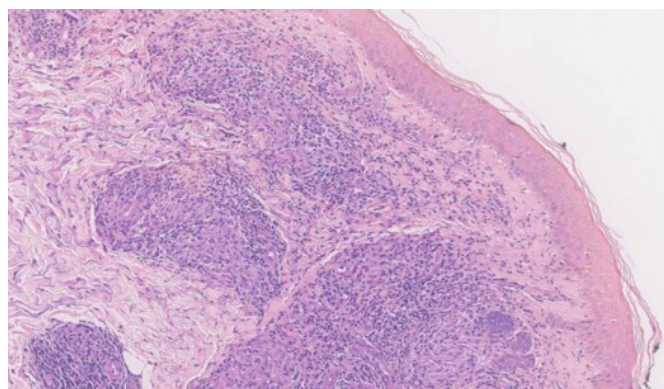
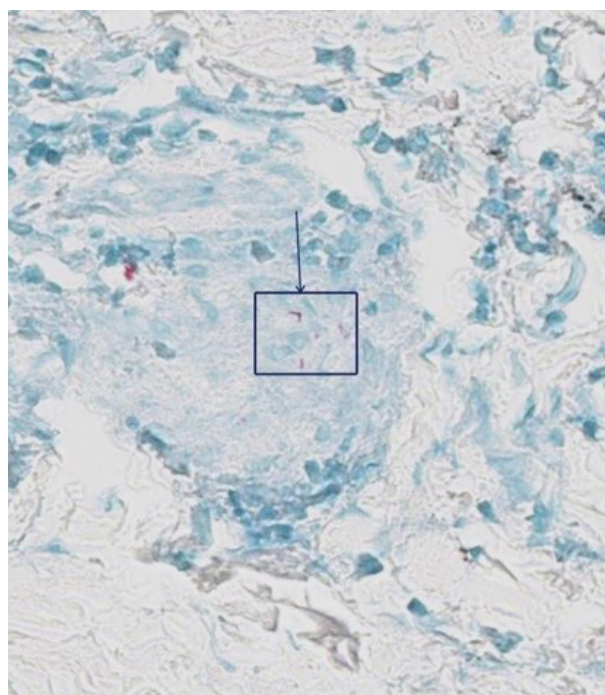


Figura 4. Coloração de Fite-Faraco evidenciando bacilos álcool-ácido resistentes - (10/06/2022).



DISCUSSÃO

A AR é uma doença sistêmica cuja principal manifestação é a poliartrite inflamatória e possui diversas manifestações extra-articulares, sendo a vasculite reumatoide de notória importância pelo potencial de gravidade. O acometimento cutâneo da VR é o mais prevalente e caracteriza-se como púrpura palpável, nódulos, urticárias, úlceras e infarto cutâneo. O diagnóstico requer análise histopatológica, que tem como principal achado a vasculite leucocitoclástica, e o tratamento varia conforme a gravidade, podendo ser utilizados medicamentos como corticoides, DMARDs e imunobiológicos.^{4,6,7,8}

A capacidade da hanseníase de aparecer em concomitância com doenças reumatológicas tem sido amplamente descrita na literatura. A título de exemplo, Aride et al. descreveram uma série de seis pacientes que inicialmente foram investigados por doenças reumatológicas e tiveram como diagnóstico final a hanseníase. Observou-se que dois dos pacientes investigados apresentaram lesões eritemato-violáceas, semelhantes às observadas na paciente deste relato.⁹ Além do mimetismo clínico, a literatura também documenta a coexistência direta entre as duas condições: Salvi e Chopra descreveram que a hanseníase pode manifestar-se não somente como um diagnóstico diferencial da artrite, mas também como uma condição concomitante, visto que artrite reumatoide coexistiu com a hanseníase em sete dos 33 pacientes descritos.¹⁰

Neste relato de caso, a existência de artrite reumatoide e o surgimento de lesões cutâneas favoreciam inicialmente a hipótese de vasculite reumatoide, já que se tratava de um quadro de doença articular ativa e de longa duração, associado à positividade de FR, aos altos títulos de anti-CCP e à elevação de marcadores inflamatórios, perfil habitualmente associado ao desenvolvimento de manifestações extra-articulares da AR. No entanto, a apresentação morfológica da lesão - placas eritemato-infiltrativas de aspecto anular, e não a púrpura palpável classicamente descrita nesse contexto - e a ausência de outros elementos usuais de VR - como neuropatia periférica, gangrena digital ou infartos de leito ungueal - apontavam para outro diagnóstico etiológico, o que reforçou a solicitação do estudo anatomopatológico. Dessa forma, é notória a importância da realização da biópsia nos casos de lesões dermatológicas aparentemente reumatológicas, uma vez que somente os achados clínicos isolados não são suficientes para determinar a natureza da lesão. Isso se torna mais evidente em regiões endêmicas, onde certas doenças, como a hanseníase, são muito mais prevalentes e possuem histopatologia característica, tornando a biópsia uma ferramenta fundamental no diagnóstico diferencial de lesões dermatológicas aparentemente semelhantes, mas com tratamentos distintos.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Primeiramente, por se tratar de um relato de caso único, os achados não podem ser generalizados para outras populações

ou contextos clínicos. Além disso, não foi possível realizar exames específicos para investigação de acometimento neural, como eletroneuromiografia. Portanto, mais estudos são necessários para melhor avaliar a coexistência entre artrite reumatoide e hanseníase.

CONCLUSÃO

O caso relatado, juntamente às publicações levantadas, ilustra a possibilidade de concomitância entre artrite reumatoide e hanseníase multibacilar, reforçando a

importância da investigação histopatológica de lesões cutâneas mesmo em pacientes com doença autoimune sorologicamente ativa. A identificação da hanseníase permitiu a suspensão temporária do metotrexato e a condução segura do tratamento com poliquimioterapia multibacilar, com reintrodução da imunossupressão apenas após o controle da infecção. Ressalta-se, portanto, a importância de considerar etiologias infecciosas, como a hanseníase, sobretudo em regiões endêmicas, onde o diagnóstico tardio pode acarretar tanto iatrogenia imunossupressora quanto progressão da doença infecciosa.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes TR, Korinfskin JP, Espíndola MM, Corrêa LM. Arthritis and diagnosis of leprosy: a case report and review of the literature. *An Bras Dermatol*. 2014;89(2):323-5.
2. Henriques CC, López B, Mestre T, Grima B, Panarra A, Riso N. Leprosy and rheumatoid arthritis: consequence or association? *BMJ Case Rep*. 2012;2012:bcr1220115346.
3. Lin YJ, Anzaghe M, Schülke S. Update on the pathomechanism, diagnosis, and treatment options for rheumatoid arthritis. *Cells*. 2020;9(4):880.
4. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2016;388(10055):2023-38. Erratum in: *Lancet*. 2016;388(10055):1984.
5. Marcucci E, Bartoloni E, Alunno A, Leone MC, Cafaro G, Luccioli F, et al. Extra-articular rheumatoid arthritis. *Reumatismo*. 2018;70(4):212-24.
6. Lora V, Cerroni L, Cota C. Skin manifestations of rheumatoid arthritis. *G Ital Dermatol Venereol*. 2018;153(2):243-55.
7. Makol A, Matteson EL, Warrington KJ. Rheumatoid vasculitis: an update. *Curr Opin Rheumatol*. 2015;27(1):63-70.
8. Chimenti MS, Di Stefani A, Conigliaro P, Saggini A, Urbani S, Giunta A, et al. Histopathology of the skin in rheumatic diseases. *Reumatismo*. 2018;70(3):187-98.
9. Aride DB, Dalmaso BF, Moulin AC, Moulaz IR, Machado KL. Leprosy mimicking autoimmune diseases: a case series. *Clin Exp Rheumatol*. 2024;42(3):746-51.
10. Salvi S, Chopra A. Leprosy in a rheumatology setting: a challenging mimic to expose. *Clin Rheumatol*. 2013;32(10):1557-63.

Como citar:

Arruda DR, Cunha AJ, Lima LM, Dias MI, Arruda CC, Araújo NT et al. Ocorrência simultânea de artrite reumatoide e hanseníase multibacilar: relato de caso. *Rev Med UFC*. 2026;66:97066.