LESÕES CUTÂNEAS NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Palavras-Chave: LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO, LESÕES CUTÂNEAS

Autores/as:

LUÍSA BITENCOURT DOS SANTOS [UNICAMP]

Prof./ª Dr./ª SIMONE APPENZELLER (orientador/a) [UNICAMP]

INTRODUÇÃO:

Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença crônica sistêmica autoimune de etiologia desconhecida. Essa doença apresenta uma diversidade de manifestações clínicas as quais estão relacionadas com fatores genéticos, epigenéticos, ambientais, hormonais e imunoregulatórios, que contribuem para a expressão de danos aos tecidos e órgãos vitais, como o cérebro, sangue e rins (1). Tais danos são provocados pelo desenvolvimento de autoanticorpos, os quais promovem eventos inflamatórios que geram lesão tecidual (2)

A evolução crônica dessa doença é caracterizada por períodos de remissões e de atividade (3). Estudos demonstram que os hormônios femininos contribuem para o aumento da prevalência do LES, por meio de mecanismos ainda desconhecidos (1). Nesse sentido, a doença atinge principalmente mulheres em idade fértil, entre 15 e 50 anos (4). As lesões cutâneas no LES são muito frequentes, ocorrendo em 70-80% dos pacientes e, em 20% dos casos, é a manifestação inicial da doença (5).

METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo transversal. Foram convidados pacientes consecutivos com LES as quais foram acompanhadas no Ambulatório de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Foram incluídas as pacientes que preencham critérios de lúpus, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento (7). Foram analisadas no dia da consulta manifestações pregressas através da revisão do prontuário médico.

Foram analisadas as seguintes manifestações clínicas, laboratoriais e de tratamento: presença de adinamia; emagrecimento (> 4 kg); febre (≥37,8° C); artrite (não erosiva em duas ou mais articulações periféricas, vista pelo médico); necrose asséptica (documentada por radiografia simples, cintilografia ou ressonância magnética); deformidades articulares (geralmente redutíveis vistas pelo médico); eritema malar (eritema fixo sobre as eminências malares e/ou pregas naso-labiais); lesões discóides (placas eritematosas com descamação podendo ocorrer atrofia nas lesões antigas); alopécia; úlcera oral e/ou nasal (ulceração oral e/ou em nasofaringe, geralmente dolorosa, observadas por médico); fotossensibilidade (*rash* cutâneo resultado da exposição à luz solar, relatado na história clínica ou observada por médico); nefrite (definida pela presença de proteinúria maior que 0,5 g/L em 24 horas, aumento progressivo de creatinina sérica ou ainda alterações histopatológicas quando compatíveis com nefrite lúpica, segundo critérios da Organização Mundial de Saúde); hipertensão arterial: pressão sistólica maior que o percentil para a idade; síndrome nefrótica (proteinúria maior que 3 g/L em 24

horas); serosite (presença de pleurite, pericardite ou ambas documentada no exame clínico e por imagem); outras manifestações pulmonares como hipertensão pulmonar, pneumonite e hemorragia pulmonar; outras manifestações cardíacas como miocardite, endocardite própria do LES e infarto do miocárdio; miopatia (revelada por fraqueza muscular, alterações enzimáticas, alterações da biópsia muscular e /ou da eletromiografia).

Outros fatores que foram avaliados são: envolvimento intestinal, hepático, e do sistema retículo endotelial, presença de tromboembolismo pulmonar e alterações oculares e a presença do fenômeno de Raynaud. A terapêutica atual e pregressa foi analisada através da revisão dos prontuários. Os seguintes exames, solicitados rotineiramente no diagnóstico e monitoramento do LES foram realizados de acordo com as técnicas utilizadas no Laboratório de Patologia Clínica e no Laboratório de Investigação em Alergia e Imunologia. Foram considerados: leucopenia (< 4000 células/mm^3); linfopenia (<1500 cels/mm^3); anemia hemolítica (Coombs direto positivo); trombocitopenia (< 100000 cels/mm^3); FAN (por imunofluorescência indireta, positivo em títulos maiores que 1:80); anticorpo anti DNAds (por imunofluorescência indireta com *Crithidia luciliae* como substrato); anticorpo anti-Ro, anti-La, aCL, anticorpo anti-Sm (por imunodifusão dupla); anticorpo anti-cardiolipina (por método imunoenzimático); anticoagulante lúpico (por TTPA e Russel).

Os dados foram colocados em uma planilha do Excel. Para variáveis categóricas, foi feita a análise descritiva com frequência e porcentagem. As variáveis contínuas foram utilizadas para determinar se há distribuição normal ou não normal. Para variáveis normais, foi feita a análise descritiva dos dados com média e desvio padrão. Para variáveis com distribuição não normal, foi utilizada a mediana e variação. Foi adotado o SPSS versão 20 e as variáveis categóricas foram analisadas pelo teste de Qui Quadrado ou pelo Teste Exato de Fischer. Para variáveis contínuas, foi utilizado o Anova, para variáveis com distribuição normal, e Mann-Whitney, para variáveis com distribuição não normal. Foi adotado um $p<0,05$ como estatisticamente significativo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Foram incluídos 34 pacientes. Observou-se que 94% dos pacientes apresentavam pelo menos um tipo de lesão cutânea. Foram analisados, também, os seguintes critérios: dados laboratoriais, acompanhantes da doença e uso de medicamentos.

critérios	frequência absoluta	frequência relativa
AADNA	23	68%
ACL	7	21%
alopecia	5	15%
anemia	10	29%
anti-DNA	2	6%
anti-ENA	1	3%
anticoagulante lúpico	3	9%
anti-LA +	1	3%
anti-RNP	5	15%
anti-Ro	9	26%
artrite	22	65%
bx de pele	1	3%
citopenia	1	3%
convulsão	2	6%
consumo de complemento	15	44%
depressão	1	3%
serosite	7	21%
ENA -	1	3%
rash malar	7	21%
FAN	34	100%
febre	4	12%
fotossensibilidade	5	15%
LAC -	1	3%
LAC +	7	21%
lesões discoides	3	9%
linfopenia	4	12%
nefrite	16	47%
NR	1	3%
plaquetopenia	7	21%
SM +	10	29%
SNC	1	3%
TEP 2007	1	3%
úlceras orais	1	3%
vasculite	1	3%
PTN 1,02	1	3%

Tabela 1 - Avaliação da frequência absoluta e relativa dos critérios de LES

medicamentos	frequência absoluta	frequência relativa
AAS	8	24%
ácido fólico	3	9%
ACO	3	9%
azatioprina	11	32%
belimumabe	1	3%
captopril	6	18%
carbonato de cálcio	24	71%
ciclofosfamida	1	3%
ciclosporina	3	9%
depoprovera	1	3%
enalapril	2	6%
hidroclorotiazida	1	3%
hidroxicloroquina	23	68%
losartana	6	18%
micofenolato	15	44%
omeprazol	2	6%
pantoprazol	1	3%
predinisona	20	59%
rituximabe	1	3%
sulfato ferroso	2	6%
vitamina D	25	74%
warfarina	2	6%

Tabela 2 - Avaliação da frequência absoluta e relativa dos medicamentos usados pelos pacientes incluídos

CONCLUSÕES:

Pacientes com LES apresentam alta prevalência de lesões cutâneas.

BIBLIOGRAFIA:

1. Tsokos GC. Mechanisms of disease: Systemic lupus erythematosus. New England Journal of Medicine. 2011; 2110-2121

2. Borba EF, Latorre LC, Brenol JCT, Kayser C, da Silva NA, Zimmermann AF, et al. Consenso de lúpus eritematoso sistêmico. Rev Bras Reumatol. 2008; 196-207

3. Bittencourt GKGD, Beserra PJF, Nobrega MML da. Assistência de enfermagem a paciente com lupus eritematoso sistêmico utilizando a CIPE. Rev Gaúcha Enferm. 2008; 26-32

4. Frittoli RB, Peliçari K de O, Bellini BS, Marini R, Fernandes PT, Appenzeller S. Associação entre desempenho acadêmico e disfunção cognitiva em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil. Rev Bras Reumatol. 2016; 252-257

5. LUIZ, A.; VILLELA BERBERT, C.; ANTUNES DE OLIVEIRA MANTESE, S. Educação Médica Continuada Lúpus eritematoso cutâneo - Aspectos clínicos e laboratoriais. An Bras Dermatol. 2005;80(2):119-31

6.. Silva ACS, Amorim EC, Silva GG, Silva JDS, Correia DS. Lúpus: efeitos nos cuidados de si e nas relações familiares. Psicol em Rev. 2013; 30-42

7.. Aringer M, Leuchten N, Johnson SR. New Criteria for Lupus. Current Rheumatology Reports. 2020; http://doi:10.1007/s11926-020-00896-6