

Consórcio Setentrional de Educação a Distância
Universidade de Brasília e Universidade Estadual de Goiás
Curso de Licenciatura em Biologia a Distância

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO, UMA REVISÃO DE
LITERATURA DAS CARACTERÍSTICAS,
DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS.

MÁRCIO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

BRASÍLIA/DF

2011

Consórcio Setentrional de Educação a Distância
Universidade de Brasília e Universidade Estadual de Goiás
Curso de Licenciatura em Biologia a Distância

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO, UMA REVISÃO
DE LITERATURA DAS CARACTERÍSTICAS,
DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS.

MÁRCIO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

Monografia apresentada como exigência parcial para a obtenção do grau pelo Consórcio Setentrional de Educação a Distância, Universidade de Brasília/Universidade Estadual de Goiás, no curso de Licenciatura em Biologia a distância.

BRASÍLIA/DF

2011

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO, UMA REVISÃO
DE LITERATURA DAS CARACTERÍSTICAS,
DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS.

MÁRCIO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

Aprovado em 11 de Junho de 2011.

Prof. Esp. Leandro Dias Teixeira
Universidade de Brasília
Orientador

Profa. Esp. Roselei Maria Machado Marchese
Universidade de Brasília
Avaliadora

Profa. PHD. Izabela Marques Dourado Bastos
Universidade de Brasília
Avaliadora

DEDICATÓRIAS

Dedico este trabalho à Selma, minha querida esposa, à Danrley e Deryck, meus amados filhos e a Maria José, minha dedicada mãe, pela constante compreensão e incondicional apoio dispensados a mim durante esta interminável empreita; pelos vários momentos em que precisaram abrir mão de minha presença e que souberam administrar e aturar meus rompantes de impaciência e meus longos períodos de estresse. Com imenso carinho, amor e grande gratidão que lhes dedico este trabalho. É em grande parte graças a vocês que hoje alcanço meu objetivo.

RESUMO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune e de causas ainda desconhecidas, se caracteriza por ser uma doença inflamatória crônica multissistêmica e por possuir grande variação de etiopatogenia, manifestações clínico-laboratoriais e prognósticos. Embora, normalmente se manifeste em mulheres durante a terceira década de vida possuindo uma incidência maior em locais onde ocorre uma maior exposição aos raios ultravioleta do Sol, o LES possui diagnóstico complicado devido a possuir uma grande variedade de sintomas e um elevado diagnóstico diferencial. Seu tratamento visa basicamente controlar os sintomas e preservar os órgãos, procurando ainda evitar os efeitos indesejáveis de um tratamento medicamentoso prolongado.

Palavras chave: Lúpus Eritematoso Sistêmico, diagnóstico, tratamento

ABSTRACT

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is an autoimmune disease with causes that are still unknown, it is characterized as a multisystem inflammatory disease and for having great variation in the pathogenesis, clinical and laboratory manifestations and prognosis. Although usually manifests in women during the third decade of life with incidence higher in places where there is a greater exposure to ultraviolet rays of the sun, the SLE diagnosis is complicated due to having a wide variety of symptoms and a high differential diagnosis. Treatment aims primarily to control symptoms and preserve the organs, still looking to avoid the undesirable effects of a prolonged medical treatment.

Key-words: Systemic Lupus Erythematosus, diagnosis, treatment

LISTA DE SIGLAS

- LES: Lúpus Eritematoso Sistêmico
- FAN: Exame de Fator Antinuclear
- SNC: Sistema Nervoso Central
- RM: Ressonância Magnética

SUMÁRIO

Resumo_____	IV
Abstrat_____	V
Lista de Siglas_____	VI
Introdução_____	9
1. Sistema Imunológico_____	9
2. Doença Autoimune_____	9
3. Lúpus_____	10
4. Lúpus Eritematoso Sistêmico_____	10
5. Diagnóstico_____	11
6. Tratamento_____	11
Objetivos_____	12
Metodologia_____	12
Revisão de Literatura_____	13
1) Características do Lúpus Eritematoso Sistêmico_____	13
• Epidemiologia_____	13
• Incidência_____	13
• Prevalência_____	13
• Etiologia_____	14
• Características Clínicas_____	14
• Comprometimento_____	16
▪ Cutâneo_____	16
▪ Articular_____	16
▪ Renal_____	17
▪ Neurológico_____	17
▪ Hematológico_____	17
▪ Pulmonar_____	18
▪ Cardíaco_____	18
▪ Vascular_____	18
▪ Serosite_____	19
▪ Alterações Imunológicas_____	19
Diagnóstico_____	19

Tratamento	20
Prognóstico	22
Discussão	23
Referências Bibliográficas	26

INTRODUÇÃO

1- SISTEMA IMUNOLÓGICO

Cada organismo, através de um sistema de defesa chamado de “sistema imunológico”, possui a capacidade de reconhecer, atacar e eliminar as substâncias estranhas a sua composição. A esse processo dá-se o nome de resposta imunológica. A função fisiológica do sistema imunológico é defender o organismo contra agentes infecciosos, no entanto, não é raro que mesmo substâncias não infecciosas sejam atacadas, bastando que para isso o sistema a tenha como uma substância estranha (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2008).

Abbas e colaboradores (2008), devido a isso, afirmam que, a definição de imunidade deve ser mais abrangente sendo na realidade uma reação a substâncias estranhas que podem ser desde microrganismos e pequenas substâncias químicas até macromoléculas como proteínas e polissacarídeos, podendo representar tanto um evento positivo quanto negativo para o organismo.

2- DOENÇAS AUTOIMUNES

As doenças autoimunes são um exemplo de como o sistema imunológico pode se comportar de forma a ser prejudicial ao organismo. Nesse caso, o sistema imunológico pode produzir autoanticorpos dirigidos a um constituinte próprio do organismo. Todos os indivíduos possuem potencial para desenvolver auto-imunidade. Isso porque durante o desenvolvimento dos organismos são produzidos linfócitos reativos a antígenos próprios, no entanto, essa intolerância a esses antígenos por parte de tais linfócitos é controlada por mecanismos que impedem a maturação desses linfócitos e que eliminam aqueles que amadureçam, uma falha nesse sistema pode ocasionar a perda da autotolerância e gerar doenças autoimunes (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2008).

3- LÚPUS

O Lúpus pode se apresentar de três formas: o lúpus discóide, que é limitado à pele e caracterizado por inflamações cutâneas que aparecem na face, nuca e couro cabeludo, cerca de 15% dos casos evoluem para o lúpus sistêmico, que é mais grave do que o discóide pois não se restringe a pele podendo causar danos a quase todos os órgãos e sistemas do organismo, a terceira forma de manifestação do lúpus é o induzido por drogas e ocorre como consequência do uso de certas drogas ou medicamentos, normalmente nesse caso os sintomas desaparecem ao suspender a medicação (VIANNA; SIMÕES; INFORZATO, 2010).

4- LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) apresenta grande variação de etiopatogenia, manifestações clínico-laboratoriais e prognósticos. É uma doença inflamatória crônica multissistêmica, de característica autoimune e de causa desconhecida, caracterizada pelo aumento da atividade do sistema imunológico e pela produção de autoanticorpos, envolve fatores diversos e normalmente evolui com fortes crises, intercalando com períodos de pouca expressão da doença, sugerindo uma falsa cura (CECATTO et al., 2004).

O LES pode atingir e comprometer a integridade de vários sistemas do corpo humano, de forma simultânea ou sucessiva, como o ósseo, articular, muscular, muco cutâneo, vascular, renal, nervoso, cardíaco, pulmonar, gastrointestinal, hematológico, ocular e auditivo (CASTRO, 2005). No entanto, as articulações, a pele e os rins são os afetados com mais frequência (FRONTERA, SLOVIK e DAWSON, 2006, apud PÓVOA, 2010, p. 01), podendo levar a falência dos órgãos ou ao comprometimento vital de suas funções (ANTOLÍN E AMÉRIGO, 1996, apud CASTRO, 2005, p. 17).

5- DIAGNÓSTICO

Para se diagnosticar o LES são considerados critérios clínicos, manifestados ao longo do tempo, e laboratoriais. Um complicador nesse diagnóstico é o amplo diagnóstico diferencial, especialmente nas fases iniciais. Normalmente a doença se manifesta através de lesões cutâneas em mulheres jovens, no período fértil, mas há uma grande variedade de sintomas (ASSIS; BAAKLINI, 2009).

O *American College of Rheumatology* estabelece onze critérios no diagnóstico de LES, precisando o paciente apresentar pelo menos quatro para ser considerado doente. São eles: eritema malar, lesão discóide, fotossensibilidade, úlceras orais/nasais, artrite, serosite, comprometimento renal, alterações neurológicas, alterações hematológicas, alterações imunológicas e anticorpos antinucleares. No entanto, embora seja raro, é possível pacientes com LES não apresentarem quatro dos onze critérios citados (SATO et al, 2002).

6- TRATAMENTO

Segundo Assis e Baaklini (2009), o tratamento contra o LES visa restabelecer a homeostase imunológica controlando os sintomas e preservando os órgãos, evitando-se também os efeitos colaterais de um tratamento medicamentoso prolongado. No que diz respeito ao tratamento através do uso de medicamentos, vários são os tipos de drogas empregadas incluindo analgésicos, anti-inflamatórios não hormonais, corticosteróides, imunomoduladores e agentes biológicos. Com os progressos no tratamento tem ocorrido redução das lesões teciduais e aumento considerável da sobrevida, mas as complicações infecciosas ainda são preocupantes e, em pacientes com maior faixa etária, elevam-se as doenças cardiovasculares.

OBJETIVOS

O presente trabalho tem por objetivo principal, reunir, através de uma revisão de literatura, os dados mais recentes aceitos no que diz respeito às características clínicas, diagnóstico e tratamento do Lúpus Eritematoso sistêmico.

METODOLOGIA

Este estudo de revisão bibliográfica abordou várias fontes literárias publicadas entre os anos de 2002 a 2011, através de buscas sistemáticas utilizando os bancos de dados eletrônicos: Google Acadêmico, Centro Integrado de Saúde Professor Roberto Elias-CISPRE, Revista Brasileira de Medicina, Periódicos CAPES do Ministério da Educação, o acervo bibliográfico disponível na Biblioteca Central da Universidade de Brasília-UnB e da Biblioteca Universidade Católica de Brasília-UCB.

REVISÃO DE LITERATURA

Características do Lúpus Eritematoso Sistêmico

- Epidemiologia

Existe um predomínio de casos entre pessoas do sexo feminino (LIMA; NÉRI; SANTIAGO, 2005) com média de idade de aproximadamente 36 anos (CASTRO, 2005).

De acordo com Assis e Baaklini (2009), fatores como: idade, sexo e raça, além de fatores socioeconômicos podem influenciar a incidência da doença interferindo em sua manifestação clínica.

- Incidência

Sua incidência é muito variável quando considerada a localização geográfica, por exemplo: é de 1,8/100.000 habitantes/ano em Rochester (EUA) 7,6/100.000 habitantes/ano em São Francisco (EUA) 4,8/100.000 habitantes/ano na Escandinávia e 4,0/100.000 habitantes/ano na Inglaterra e de 8,7/100.000 habitantes/ano em Natal (Brasil) de acordo com levantamento realizado no ano de 2000, pela cidade de Natal ser caracterizada pela forte exposição solar que ocorre em longo período do ano, e por ter apresentado elevada incidência do L.E.S. acredita-se que a radiação ultravioleta possa ter um papel no seu desencadeamento (ASSIS; BAAKLINI, 2009).

- Prevalência

Assis e Baaklini (2009) afirmam ainda que embora ocorra maior incidência em alguns países em comparação a outros, o LES é uma doença presente em todo o mundo e em todas as etnias e sua prevalência vem aumentando com o passar do tempo, acredita-se que isso se deva aos avanços nos testes diagnósticos com maior precocidade na identificação e pelo aumento da sobrevida. É uma doença muito mais frequente nas mulheres do

que nos homens podendo se atingir uma proporção de 6 a 10 vezes, o que sugere que os fatores hormonais possuem um importante papel no desenvolvimento da doença.

- Etiologia

Suas causas ainda são desconhecidas, no entanto existe um consenso entre os cientistas de que a doença possui origem multifatorial envolvendo fatores hormonais, genéticos, ambientais e psicológicos, sendo que vários cientistas acreditam ser o fator psicológico fundamental no desenvolvimento do LES (AYACHE; COSTA, 2005) e que a interação entre os outros fatores promove uma disfunção do sistema imunológico levando à hiperativação de linfócitos T e B, com produção de auto-anticorpos e formação de imunocomplexos mediadores das lesões teciduais (LIMA; NÉRI; SANTIAGO, 2005).

No que diz respeito aos fatores relacionados com herança genética, uma mãe portadora de LES possui uma probabilidade de 1:40 para que uma filha sua desenvolva a doença e 1:250 para que isso ocorra com um filho. A ocorrência de positividade no exame de FAN (Exame de Fator Antinuclear) é ainda maior e deve ser vista com cautela, pois muitos indivíduos nunca desenvolverão a doença (ASSIS; BAAKLINI, 2009).

- Características Clínicas

As características clínicas do LES variam muito de um paciente para outro, podendo se dar de forma moderada que necessitam de intervenções terapêuticas mínimas, a casos graves com danos a órgãos vitais. A doença se dá pela produção de anticorpos que agem principalmente contra um ou mais componentes próprios do organismo do indivíduo (OMONTE; LENZ; BATISTA, 2006).

Dessa forma, o LES pode se apresentar de várias formas variando entre a doença crônica e a insidiosa, sendo que a doença na forma aguda pode ser rapidamente fatal (FERREIRA et al, 2008). De acordo com Cecatto et al.

(2004), a doença é caracterizada imunologicamente pela presença de múltiplos auto-anticorpos, sendo as manifestações clínicas bastante polimórficas.

As manifestações mais frequentes são as músculo-esqueléticas, muco-cutâneas e os sintomas constitucionais como: febre, perda de peso e fadiga. O LES, como doença multissistêmica, pode afetar qualquer órgão sendo a sua evolução inconstante e imprevisível, com períodos de maior atividade, intercalados com períodos de remissão (VIEIRA, 2010).

Lesões cutâneas são muito comuns chegando a estarem presentes em 80% dos casos, apresentam-se normalmente em áreas mais expostas à radiação solar e suas formas variam entre rash malar, lesões discóides, maculopapulares e bolhosas. Essas lesões estão associadas a alterações do estado emocional nos pacientes devido a afetarem de forma negativa a aparência dos mesmos e normalmente não chegam a representar risco de morte (RANGEL et al., 2006).

Ferreira et al. (2008) afirma que dentre as apresentações mais freqüentes do LES está à manifestação de doenças renais, em aproximadamente 30 a 70% dos casos, sendo mais comum em crianças. Os doentes que evoluem para esse tipo de manifestação possui o risco de infecções agravado devido a: perda, pela urina, de imunoglobulinas e fator B da properdina, ao defeito na imunidade celular, à mal nutrição e ao fato do edema/ascite constituir um potencial meio de cultura.

Ainda de acordo com o autor, a principal causa de óbito por LES se dá por infecções causadas por bactérias gram negativas, fungos e agentes oportunista, por exemplo. A linfopenia, a reduzida capacidade fagocítica dos polimorfonucleares, a diminuição do complemento sérico e a asplenia funcional são responsáveis pela frequência e gravidade das infecções. Cerca de 50% dos doentes apresentam anemia moderada, podendo ocorrer alterações da série plaquetária, habitualmente associadas a um hiperesplenismo, assim como da coagulação.

O autor afirma ainda que complicações neurológicas envolvendo disfunções do sistema nervoso central (SNC) são, depois do comprometimento renal, a principal causa de morbidade e óbito no LES tendo como principais manifestações alterações neuropsiquiátricas como: depressão, dificuldades de

concentração, perda de memória e psicose; cefaléias, convulsões e acidentes vasculares cerebrais. Segundo Carneiro et al. (2006) a sua ocorrência não está claramente estabelecida, variando entre 14 a 75% dos casos, dependendo da população estudada e dos critérios de inclusão utilizados, observando-se dificuldade em definir quais as alterações que devem ser atribuídas diretamente ao LES, ou quais são secundárias ao tratamento efetuado ou a outras patologias associadas.

- Comprometimento

Segundo Omonte, Lenz e Batista (2006) compromete vários órgãos e tecidos tais como os rins, o coração, o sistema nervoso central, os pulmões, as articulações e o sangue.

Cutâneo:

Presente em mais de 80% dos casos em alguma fase do desenvolvimento da doença, pode se dar em: erupção malar em asa de borboleta; lesão discóide que são lesões eritematosas crônica, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia; fotossensibilidade: reação à exposição da luz solar e úlceras orais e, ou nasais (ASSIS; BAAKLINI, 2009).

Articular:

As dores articulares estão presentes em aproximadamente 90% dos casos, alguns com artrite não erosiva envolvendo duas ou mais articulações periféricas, caracterizadas por dor e edema ou derrame articular (VIANNA; SIMÕES; INFORZATO, 2010).

Renal:

O comprometimento renal se dá por proteinúria persistente, cilindrúria anormal (VIANNA; SIMÕES; INFORZATO, 2010) ou pelo aumento dos níveis séricos de creatinina sem outra causa, o que ocorre em pelo menos metade dos pacientes em algum momento da doença, mas apenas cerca de 10% evoluem para insuficiência renal terminal em cinco anos (ASSIS; BAAKLINI, 2009).

Neurológico:

Conforme Vianna, Simões e Inforzato (2010), as alterações neurológicas incluem convulsões, psicose ou depressões repentinas, sendo incluídas ainda por Assis e Baaklini, disfunções cognitivas, distúrbios do humor, cefaléias, distúrbios do movimento, meningite asséptica, neuropatia cranial, polineuropatia, plexopatia, mononeuropatia simples ou múltipla, polirradiculoneuropatia aguda inflamatória desmielinizante (síndrome de Guillain-Barré), distúrbio autonômico e miastenia gravis.

As alterações de personalidade podem ocorrer devido o estresse psicológico imposto pela patologia, da atividade da doença no SNC ou devido a reações adversas do uso de medicações como os imunossupressores e corticóides (AYACHE; COSTA, 2005).

Hematológico:

A anemia crônica é o tipo mais comum de em pacientes com LES podendo ser causadas pelo uso de certos medicamentos. Ao longo da evolução mais da metade dos casos cursarão com leucopenia e linfopenia, mas menos de 10% dos casos terão plaquetopenia grave. Plaquetopenia crônica pode ocorrer na síndrome antifosfolípide, mas raramente causam sangramento. Aplasia medular por mecanismo imunológico não é comum e muito raramente pode ocorrer o lúpus hemofagocítico (ASSIS; BAAKLINI, 2009).

Pulmonar

Segundo os autores, estruturas pulmonares podem ser atingidas de forma independente ou simultânea, mas habitualmente esta apresentação não é a predominante. A pneumonite lúpica se manifesta por dispneia, tosse que pode ser produtiva, febre, eventualmente cianose ou escarro hemoptoico. Às vezes pode ocorrer pneumopatia restritiva. A hemorragia alveolar é extremamente grave e pode ser maciça, mas é rara. A hipertensão pulmonar também é rara e deve ser suspeitada em paciente com dispneia e hipóxia, hiperfonese da segunda bulha, sem alteração do parênquima pulmonar.

Cardíaco

Ainda de acordo com Assis e Baaklini (2009), pode ocorrer endocardite asséptica em associação a anticorpos antifosfolípidos. Raros casos apresentam a endocardite verrucosa de Libman-Sacks, miocardites podem ocorrer o que é complicada devido a dificuldade de diagnóstico o que pode provocar uma evolução para insuficiência cardíaca. A coronarite é uma manifestação muito rara. A aterosclerose é a causa mais frequente de comprometimento coronário, que tem sido relacionada à crônica atividade inflamatória.

Vascular

Os autores afirmam ainda que, as vasculites atingem principalmente os vasos de pequeno calibre, podendo causar manifestações diversas relativas a isquemia e necrose tecidual em determinados órgãos, sobretudo, mucosa oral ou nasal e na pele, mais na extremidade dos dedos. Vasculite em artérias de médio calibre também podem causar lesões cutâneas, como úlceras de rápida instalação e profundas. Acometimento de coronárias por vasculite é muito raro.

Serosite

Caracterizada por história convincente de dor pleurítica ou atrito auscultado pelo médico ou evidência de derrame (SATO et al, 2002).

Alterações imunológicas

Anticorpo anti-DNA nativo ou anti-Sm, ou presença de anticorpo antifosfolípide baseado em níveis anormais de IgG ou IgM anticardiolipina e teste positivo para anticoagulante lúpico ou teste falso-positivo para sífilis, por no mínimo seis meses (SATO et al, 2002).

Diagnóstico

O American College of Rheumatology estabelece onze critérios no diagnóstico de LES, precisando o paciente apresentar pelo menos quatro para ser considerado doente, são eles: eritema malar, lesão discóide, fotossensibilidade, úlceras orais/nasais, artrite, serosite, comprometimento renal, alterações neurológicas, alterações hematológicas, alterações imunológicas e anticorpos antinucleares, no entanto, embora seja raro, é possível pacientes com LES não apresentarem quatro dos onze critérios citados (SATO et al, 2002).

A Ressonância Magnética (RM) é o exame mais indicado para diagnosticar a doença em pacientes com alterações neuropsiquiátricas, possibilitando o diagnóstico precoce e conseqüentemente um tratamento adequado. Na realidade os mecanismos patológicos das lesões cerebrais nestes doentes ainda não são claros, no entanto, existem várias teorias que os tentam explicar, para as quais a imagem por RM também assume um papel importante (CARNEIRO et al., 2006).

Os auto-anticorpos são as evidências mais consistentes em exames laboratoriais para o diagnóstico do lúpus eritematoso. Os fatores antinucleares

(FAN) estão presentes em quase todos os casos de doença ativa e reagem com componentes do núcleo, não são específicos para o LES no entanto, em nenhum outro caso possui frequência e título tão elevados. Alguns auto-anticorpos como o anti-Sm e o anti-DNA de dupla hélice são altamente específicos para o lúpus eritematoso sistêmico. Quando os exames são reagentes aos auto-anticorpos, o paciente deve ser submetido à avaliação reumatológica, pois a presença dos auto-anticorpos, por si só, não é específica para o diagnóstico do lúpus eritematoso podendo indicar, também, outras doenças reumáticas (OMONTE; LENZ; BATISTA, 2006).

Tratamento

Não há um tratamento específico para o LES pois não existe um protocolo padrão para todos os pacientes. Dessa forma, uma série de medidas, entre medicamentos e normas, para que se tenha uma boa qualidade de vida são empregadas (OMONTE; LENZ; BATISTA, 2006).

Segundo Sato et al. (2002) algumas medidas gerais devem ser adotadas como parte importante da abordagem terapêutica, como: oferecer informações gerais sobre a doença, seu diagnóstico e seu tratamento, tanto para o paciente como para familiares; fornecer acompanhamento psicológico; estimular a prática de atividades físicas regulares exceto nos períodos de atividade sistêmica da doença onde o repouso é aconselhável; indicar a adoção de uma dieta balanceada, evitando excessos de sal, carboidratos e lipídios; evitar períodos de exposição ao sol e a outras fontes de raios ultravioleta e evitar o tabagismo.

Há pouca evidência científica sobre qual o melhor tipo de exercício físico para os pacientes com LES, mas sua importância é reconhecida (PÓVOA, 2010). O exercício físico deve ser moderado, mas é altamente indicado, pois, mantém uma relação com os diferentes componentes envolvidos na resposta imunológica devido este promover uma alteração da homeostase orgânica, levando a reorganização da resposta imune diante do desafio imposto ao organismo pela prática do exercício (KRINSKI et al., 2010).

A terapia do lúpus eritematoso sistêmico tem a finalidade de deter a evolução da doença cuja maior gravidade observa-se nos rins e no coração. O tratamento consiste na administração de dosagens elevadas de corticosteróides sistêmicos (OMONTE; LENZ; BATISTA, 2006, apud Shklar, 1996; Neville et al., 1998) como a prednisona (0,5 a 2,0mg/kg/dia) ou, se necessário, dosagem de choque de metilprednisolona (1g/dia por 2 a 3 dias seguidos) com acompanhamento médico regular do doente e sua recuperação em ambiente hospitalar (OMONTE; LENZ; BATISTA, 2006, apud Allegra & Gennari, 2000).

As medicações são aplicadas de forma individualizada considerando os órgão e sistemas afetados em cada paciente bem como a gravidade das lesões. Pode ocorrer de a medicação empregada não apresentar resultados satisfatórios, nesse caso pode ser necessário fazer uso concomitante de diversos medicamentos. Independente do órgão ou sistema afetado, o uso contínuo de antimaláricos é indicado com a finalidade de reduzir a atividade da doença e tentar poupar corticóide em todos os pacientes com LES. Melhora do perfil lipídico e redução do risco de trombose são benefícios adicionais atribuídos ao uso dessa droga. Outra droga muito utilizada no tratamento do LES são os glicocorticóides, sua posologia também é variável de acordo com a gravidade de cada caso (SATO et al, 2002).

Ainda de acordo com Sato et al. (2002) considerando que a radiação ultravioleta B é a principal causadora de fotossensibilidade e desencadeante das lesões cutâneas do LES, protetores solares com FPS 15 ou mais devem ser utilizados em quantidade generosa pela manhã e reaplicados mais uma vez ao dia. O uso de bloqueadores solares de amplo espectro pode trazer benefício adicional pela capacidade de proteção contra UV-A em algumas lesões cutâneas como as lesões subagudas.

Sato afirma ainda que nas lesões cutâneas localizadas está indicada a terapia tópica com corticóide não fluorado na face e áreas de flexão, em lesões mais hipertróficas, indica-se corticóide fluorado, podendo ser aplicado sob a forma oclusiva ou de infiltração, nas lesões cutâneas disseminadas indica-se terapia sistêmica, sendo consenso o uso de antimaláricos como primeira opção.

De acordo com o autor, na falta de resposta em três meses, ou antes, quando a lesão for muito extensa ou quando houver progressiva piora, pode-se associar prednisona em dose baixa a moderada por curto período de tempo e nos casos em que persistirem lesões cutâneas ativas, refratárias ao esquema terapêutico anterior, a escolha do tratamento deve ser baseada nas características do paciente.

Prognóstico

Existe um consenso de que o prognóstico do LES melhorou nos últimos anos, no entanto o prognóstico individual, nos primeiros dois anos da doença, ainda é imprevisível e difícil de determinar (FERREIRA et al., 2008).

A sobrevida no LES aumentou por volta de 85% em dez anos, no entanto as variáveis socioeconômicas justificam diferentes taxas em países com diferentes níveis de desenvolvimento, influência que pode ser extrapolada para serviços, cidades e extratos sociais distintos em nosso país (ASSIS; BAAKLINI, 2009).

De acordo com os autores, de qualquer modo, houve elevação da frequência de complicações do tratamento medicamentoso de longo prazo e de doenças crônico-degenerativas, a ocorrência de infarto agudo do miocárdio é cinco vezes maior nessa população. Assim, a mortalidade nos primeiros anos ocorre principalmente por infecção, seguida de grave atividade renal ou em SNC após vários anos, por doenças cardiovasculares associadas a arterosclerose, relacionada parcialmente à corticoterapia, mas também à inflamação crônica.

DISCUSSÃO

O LES é uma doença de característica auto-imune que, assim como as outras doenças desse gênero, se caracteriza pela produção de anticorpos que, por motivos ainda desconhecidos, atacam componentes próprios do organismo do indivíduo afetado.

Suas causas ainda são uma incógnita para o mundo científico, mas existem várias teorias que apontam para um certo consenso de possíveis fatores que podem indicar o desenvolvimento da doença, entre eles estão envolvidos fatores genéticos, hormonais, psicológicos e ambientais.

Seu diagnóstico também representa um agravante no desenvolvimento da doença, pois devido ao fato de o LES possuir sintomas diferentes dependendo do paciente isso prejudica um diagnóstico precoce, fator essencial no tratamento eficaz da patologia.

Onze critérios foram estabelecidos pelo American College of Rheumatology para o diagnóstico da doença, devendo o paciente apresentar pelo menos quatro deles para ser considerado portador, no entanto, embora raro, existem casos de pacientes que possuem a patologia, mas não apresentam quatro dos sintomas estabelecidos.

As formas com que o LES se apresenta são muito heterogêneas. Dependendo do caso de cada paciente a doença pode variar entre crônica e insidiosa, podendo apresentar sinais intermitentes ou ainda se dar de forma aguda e fatal.

Os sintomas mais comuns são lesões cutâneas, que aparecem mais comumente em áreas de maior exposição a raios ultravioleta, embora tais lesões sejam responsáveis por alterações no estado psicológico dos pacientes afetados, se tratadas da forma indicada evitando complicações infecciosas normalmente não representam risco à vida desses pacientes.

É comum o desenvolvimento de doenças renais, podendo em alguns casos ser a única manifestação da doença. O comprometimento renal é a principal causa de morte entre pacientes com LES, devido ao aumento da probabilidade de desenvolverem infecções causadas pela perda de

componentes importantes, através da urina, envolvidos na resposta imunológica do organismo.

Comprometimentos neurológicos representam a segunda maior causa de morte em LES, ficando atrás somente do comprometimento renal, as disfunções neurológicas podem envolver diversas manifestações como depressões, psicose, dificuldade de concentração, alteração na personalidade e perda de memória, por exemplo.

Além do comprometimento cutâneo, renal e neurológico outros devem ser considerados como o comprometimento articular, presente em aproximadamente 90% dos casos, o hematológico, é muito comum o desenvolvimento de anemias crônicas, o pulmonar, o cardíaco, o vascular, serosites e alterações imunológicas.

Quanto ao tratamento cabe ressaltar que não existe um tratamento específico que se aplique a todos os pacientes de forma geral, isso se dá devido à própria individualidade da manifestação da doença variando de pessoa para pessoa.

Devido à falta desse padrão o que se busca é a adoção de medidas que visam permitir aos pacientes uma boa qualidade de vida como: oferecer informações gerais sobre a doença, seu diagnóstico e seu tratamento, tanto para o paciente como para familiares; fornecer acompanhamento psicológico; estimular a prática de atividades físicas regulares exceto nos períodos de atividade sistêmica da doença onde o repouso é aconselhável; indicar a adoção de uma dieta balanceada, evitando excessos de sal, carboidratos e lipídios; evitar períodos de exposição ao sol e a outras fontes de raios ultravioleta e evitar o tabagismo (SATO et al, 2002).

O tratamento medicamentoso deve ser aplicado de forma individualizada considerando os sistemas e tecidos afetados no paciente a ser tratado, no entanto caso medicações específicas não mostrem resultado satisfatório deve se ministrar de forma simultânea o uso de diversos medicamentos a fim de ter uma regressão no quadro infeccioso.

Protetores e bloqueadores solares também são altamente indicados sempre que o paciente for se expor a fontes de raio ultravioleta, visto que as mesmas podem desencadear a ocorrência de lesões cutâneas.

No que diz respeito ao prognóstico, embora exista um consenso de que o mesmo tenha melhorado nas últimas décadas, existem alguns fatores que contribuem para que o mesmo ainda seja considerado ruim, como a difícil tarefa de se diagnosticar o LES nos seus primeiros anos de desenvolvimento, por exemplo.

Outro fato a se considerar sobre o prognóstico e a sobrevida de pacientes com a doença, que aumentou cerca de 85% nos últimos dez anos, é o fator econômico, pois embora estudos revelem que a distribuição da doença no globo, com algumas exceções, se dê de forma uniforme, o mesmo não pode ser dito quanto ao acesso ao tratamento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAS. A. K.; LICHTMAN. A.H.; PILLAI. S. *Imunologia: celular e molecular*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 564 p.
- ASSIS. M, R.; BAAKLINI. C, E. Como Diagnosticar e Tratar Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v. 66, n. 9 p. 274-285, 2009.
- AYACHE. D, C, G.; COSTA. I, P. Alterações da Personalidade no Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 45, n. 5, p.313-318, 2005.
- CARNEIRO. E.; REIS. C.; PINTO. P.; BERNARDES. J, M.; SILVA. M, L, R.; SALGADO. A. Lúpus Eritematoso Sistêmico: A Ressonância magnética no Envolvimento do Sistema Nervoso Central. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v.19, n.2, p.459-465, 2006.
- CASTRO. F, S. Pesquisa de hemoglobinopatias e talassemias em pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico. 2005. 76f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Goiás. Goiânia, Dezembro de 2005. Programa de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, 2005.
- CECATTO, S. B.; GARCIA. R, I, D.; COSTA. S, M, A.; LONGONE. E.; RAPOPORT. P, B. Perda auditiva sensorioneural no lúpus eritematoso sistêmico: relato de três casos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 70, n. 3, p. 398-403, 2004.
- FERREIRA. M.; SALGUEIRO. A, B.; SALGUEIRO. J.; RAMOS. J.; VENTURA. L.;VALE. M, C.; BARATA. D. Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v.21, n.2, p.199-204, 2008.
- KRINSKI. K.; ELSANGEDY. H, M.; COLOMBO. H.; BIZZACHERA. C, F. Efeitos do exercício físico no sistema imunológico. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v. 67, n. 7, p.228-233, 2008.
- LIMA. I.; NÉRI. F.; SANTIAGO. M, B. Dosagem Sérica de Adenosina Deaminase em Lúpus Eritematoso Sistêmico: Ausência de Associação com Atividade de Doença. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 45, n. 5, p.273-279, 2005.
- OMONTE. R, K.; LENZ. M, A, S.; BATISTA. J, S. Lúpus Eritematoso: Uma revisão de literatura. Disponível em: http://www.cispre.com.br/acervo_detalhes.asp?id=59 Acesso em: 06 de Fevereiro de 2011.
- PÓVOA. T, I, R. Lúpus eritematoso sistêmico, exercício físico e qualidade de vida. Artigo de revisão. *Revista Digital*, Buenos Aires, Ano. 15, n. 144, p. 1, 2010.
- RANGEL. R, V.; SANTIAGO. J, M.; SOUZA. J, C, C.; NASCIMENTO. L, F, L.; SANTIAGO. M, B. Terapia Tópica com Pimecrolimus em Lesão Cutânea Refratária de Lúpus Eritematoso. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 46, n. 3, p.230-233, 2006.
- SATO. E, I. 2002. Consenso brasileiro para o tratamento do lúpus eritematoso sistêmico (LES). *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 362-370, 2002.

- VIANNA. R.; SIMÕES. M, J.; INFORZATO. H, C, B. Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Revista Ceciliansa*, Santos-SP, v.3 n.1 p. 1-3, 2010.
- VIEIRA. A,N. Lúpus Eritematoso Sistêmico: factores predictivos de prognóstico materno-fetal. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina/Universidade do Porto. Porto, Junho de 2010.