

Lúpus Eritematoso Sistêmico

Systemic Lupus Erythematosus

Kethelin Galvão

Acadêmico do curso de biomedicina da universidade positivo.

Luiza Caroline Dos Santos

Acadêmico do curso de biomedicina da universidade positivo.

Nathalye Caroline Dos Santos

Acadêmicos do curso de biomedicina da universidade positivo.

Sabina Beganovic

Acadêmicos do curso de biomedicina da universidade positivo.

Victória Cavani

Acadêmicos do curso de biomedicina da universidade positivo.

Stephanie Dynczuki Navarro

Prof. Doutor do curso de biomedicina da universidade positivo.

Camila Nunes De Moraes Ribeiro

Prof. Doutor do curso de biomedicina da universidade positivo.

João Luiz Coelho Ribas

Prof. Doutor do curso de biomedicina da universidade positivo.

RESUMO

O sistema imunológico defende o organismo de possíveis invasores que possam ser maléficos à saúde, como patógenos infecciosos (vírus, bactérias, fungos, protozoários e helmintos) ocasionando infecções, doenças e processos alérgicos. Na maioria das vezes o sistema imune atua de forma eficaz, porém existem casos em que o corpo não reconhece o antígeno como um invasor e começa a atacar o próprio organismo, caracterizando esse processo errôneo em doenças autoimunes. O enfoque desse artigo é a doença autoimune Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), que faz os leucócitos atacarem os tecidos saudáveis do corpo fazendo com que o tecido inflame, lesionando órgãos vitais e matando células. Essa doença é considerada rara. A causa exata dela doença sempre foi questionada. Desde a década de 50 há estudos sobre o LES, mas até hoje o seu diagnóstico é muito complexo, tendo que ser levado em conta fatores que possam influenciar na conclusão de que o paciente é realmente portador dessa doença autoimune, pois para ser definido como lúpus o paciente precisa apresentar no mínimo quatro sintomas suspeitos do diagnóstico, já que o LES não possui sintomas tão característicos e precisos. Por muito tempo acreditava-se que o lúpus era limitado apenas a uma doença dermatológica já que as feridas na pele, principalmente na face, eram bem evidentes, mas foi descoberto que a doença altera a funcionalidade de vários órgãos, sendo possível concluir a complexibilidade dessa patologia e o motivo de precisar de tantos estudos e pesquisadores envolvidos. Por se tratar de uma doença autoimune ela não possui cura, o paciente precisa de acompanhamento médico, tratamento medicamentoso para amenizar os sintomas, como por exemplo o uso de imunossuppressores, cuidados com exposição ao sol e práticas de exercícios físicos. Esses cuidados aumentam a sobrevivência do paciente de forma significativa, mas infelizmente na questão de qualidade de vida ainda não há grandes avanços.

Palavras-chave: Sistema imunológico, doença autoimune, LES.

ABSTRACT

The immune system defends the body from possible invaders that may be harmful to health, such as infectious pathogens (viruses, bacteria, fungi, protozoa and helminths) causing infections, diseases and allergic processes. Most of the time the immune system acts effectively, but there are cases where the body does not recognize the antigen as an invader and begins to attack the body itself, characterizing this erroneous process in autoimmune diseases. The focus of this article is the autoimmune systemic lupus erythematosus (SLE) disease, which causes leukocytes to attack the body's healthy tissues by causing the tissue to ignite, injuring vital organs and killing cells. This disease is considered rare. The exact cause of her illness has always been questioned. Since the 1950s there have been studies on SLE, but to date its diagnosis is very complex, having to be taken into account factors that may influence the conclusion that the patient is actually the carrier of this autoimmune disease because to be defined as lupus the patient must present at least four suspected symptoms of the diagnosis, since SLE does not have such characteristic and precise symptoms. Lupus was long believed to be limited to a dermatological disease since skin wounds, particularly on the face, were very evident, but it was discovered that the disease alters the functionality of several organs, and it is possible to conclude the complexity of this pathology and the reason for needing so many studies and researchers involved. Because it is an autoimmune disease, it does not have a cure, the patient needs medical follow-up, drug treatment to relieve the symptoms, such as the use of immunosuppressants, care with sun exposure and physical exercise practices. These care increases the patient's survival significantly, but unfortunately in the issue of quality of life still no great advances.

Keywords: Immune system, autoimmune disease, SLE.

INTRODUÇÃO

O sistema imune tem como função no organismo de gerar uma resposta eficaz contra qualquer antígeno, tornando possível a eliminação do elemento estranho do corpo. Ocasionalmente o corpo executa de maneira errônea o reconhecimento dos antígenos, convertendo substâncias do próprio organismo em agentes maléficos. Provocando as chamadas doenças autoimunes (Vianna et al., 2010).

Na década de 50, surgiram os primeiros estudos sobre uma doença, que segundo o médico Pierre Cazenave, causava lesões avermelhadas na face que cobriam o nariz e as bochechas resultando em pequenas feridas. Através dessas observações foi feita uma relação às mordidas de lobo, e o que era antes uma incógnita foi nomeada Lúpus Eritematoso (lúpus=lobo, eritematoso=vermelho) (Araújo et al., 2007).

Posteriormente a esta descoberta surgiram duas vertentes da doença: o Lúpus Eritematoso Discóide, que se limita à pele; e o lúpus eritematoso sistêmico, o qual é o enfoque deste artigo (Vianna et al., 2010).

Sendo uma doença classificada como autoimune, o LES se caracteriza como crônico, causando inflamação nos tecidos conjuntivos afetando múltiplos órgãos do sistema (Galindo et al., 2010). Sua etiologia ainda é desconhecida, entretanto, sua incidência está associada à fatores genéticos, raios ultravioletas, infecções virais, substâncias químicas, hormônios sexuais e fatores emocionais. Estes corroboram com a perda do controle imunoregulatório e da tolerância imunológica, desenvolvimento de autoanticorpos, deficiência na remoção de imunocomplexos, ativação do sistema de complemento e de outros processos inflamatórios que levam à lesão celular ou tissular (Freire et al., 2010). Para estabelecer o diagnóstico de LES o American College Of Rheumatology (ACR) estabeleceu 11 critérios, onde o paciente deverá apresentar no mínimo quatro deles (Sato et al., 2002).

MATERIAL E MÉTODO

O estudo realizado sobre doenças autoimunes foi de encontro com a vertente principal da pesquisa. Como se trata de um assunto muito complexo foram necessárias pesquisas aprofundadas de estudos científicos como artigos feitos por pessoas com o devido conhecimento sobre o tema em questão. Estes artigos estavam disponíveis nos sites Scielo, Unisanta e Cidmed, utilizando os seguintes termos “lúpus”, “lúpus eritematoso sistêmico”, “LES”, “diagnóstico do lúpus eritematoso sistêmico”.

Foram através dessas bases de dados que foram encontradas seis fontes confiáveis utilizadas nesse artigo que ampliaram e contribuíram no conhecimento necessário para a realização desse trabalho.

As fontes bibliográficas utilizadas apesar de se tratarem do mesmo conteúdo, foram direcionadas a diferentes estratégias de pesquisas como levantamento de dados somente com o público feminino, revisão integrativa de

literatura, entrevistas com número estipulado de participantes, com o enfoque voltado desde o que é a patologia Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) em si, medidas de avaliação do LES e expressões e sentidos do LES à alterações na personalidade da doença.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ano de 1872 foi marcado pela separação de duas vertentes do Lúpus: o sistêmico e o cutâneo. Kaposi fez uma descrição do Lúpus Eritematoso Sistêmico, promovendo outros estudos que apresentaram que a doença acomete várias alterações em diferentes órgãos. Com isso, o Lúpus Eritematoso Sistêmico já não poderia ser apenas uma doença dermatológica crônica (Galindo et al., 2010).

O LES é considerado uma doença de auto-imunidade na qual existe uma reação de anticorpos com auto-antígenos em indivíduos sadios (Galindo et al., 2010).

Quando há uma desorganização imunológica, o sistema defensivo não consegue distinguir entre antígenos e células e tecidos do próprio corpo, ocasionando a direção dos anticorpos contra si mesmo. O final desta cascata resulta em complexos imunológicos que crescem nos tecidos e causam inflamações, lesões e dores (Araújo et al., 2007). Dessa forma, os portadores da doença apresentam anticorpos reativos a antígenos nucleares, citoplasmáticos e de membrana celular, gerando uma produção de citotoxinas que lesionam o tecido e podem levar também à destruição da célula (Galindo et al., 2010).

Na população, a estatística de acometimento de LES é de 0,1%. Ela pode ocorrer em todas as raças e em qualquer parte do mundo: em mulheres negras é observada a frequência de 1 para cada 250; já em asiáticos é de 22,4 para cada 100.000, e por final, em caucasianos prevalece de 10,3 para cada 100.000; no entanto, a patologia pouco se torna presente entre negros africanos. No Brasil, a decorrência é maior entre os caucasoides (Galindo et al., 2010).

Por mais que seja uma doença considerada rara, quando manifestada atinge mulheres jovens em sua fase reprodutiva (Galindo et al., 2010).

Pesquisas acreditam que há a possibilidade do LES ser herdado, porém a presença da doença nos pais ou avós não significa que a pessoa expressará o gene da doença. Entretanto, há uma maior propensão em manifestá-la. A junção de fatores genéticos, hormonais e ambientais corroborando com a predisposição genética da doença pode gerar um desequilíbrio imunológico contribuindo para elevar os índices do Lúpus Eritematoso Sistêmico (Araújo et al., 2007).

Existe uma vertente em que o Lúpus pode ser induzido por drogas (LID), podendo ser elas: sulfadiazina, hidralazina, procainamida, D-penicilamina e hidrazida, ele é definido por Lúpus Eritematoso Sistêmico Idiopático e está relacionado com a utilização destes fármacos por mais de 30 dias. Normalmente apenas a suspensão do medicamento desencadeante resolveria o quadro. O primeiro relato de LES induzido por drogas foi feito em 1945. A sulfadiazina, tendo seu nome comercial como labdiazina, é um quimioterápico que age no tratamento de meningite, disenteria e infecção urinária, gerando a LID como reação adversa (Galindo et al., 2010).

Apesar de estudos serem feitos, ainda não são conhecidos os mecanismos que envolvem a patologia, porém dados experimentais indicam possíveis métodos: inibição da metilação do DNA; ativação de monócitos e distúrbios dos metabólitos de determinadas drogas no processo de tolerância do sistema imune. Em indivíduos com predisposição genética, simples infecções virais podem levar a uma ativação policlonal sustentada dos linfócitos B (Galindo et al., 2010).

Existem orientações que são extremamente necessárias para indivíduos que apresentam LES: manter-se informados sobre a doença e seu encadeamento; evitar exposição ao Sol e às lâmpadas que emitem radiação UV; ter acompanhamento psicológico; baseado em suas limitações, praticar o mínimo de atividade física; ter uma dieta balanceada, onde há o mínimo de ingestão de sal, carboidratos e lipídeos; abstenção do tabagismo; para mulheres usuárias de anticoncepcionais, é recomendado se abster do uso, pois um dos compostos pode ser um desencadeador da doença e por fim, saber diferenciar os sintomas que podem ser causados por

outros problemas de saúde. Também é importante salientar que neste tipo de doença crônica o *stress* e sofrimento do paciente pode ser um agravante (Galindo et al., 2010; Araújo et al., 2007).

No Lúpus Eritematoso Sistêmico há uma classificação que envolve o acometimento dos órgãos citados a seguir (Galindo et al., 2010).

No acometimento articular, artrite é a que tem frequência de 69 a 95%. Normalmente localizada nas mãos, punhos e joelhos, sendo simétrica e sem erosões ósseas. Existe também a necrose avascular que ocorre geralmente na cabeça e côndilos femorais, tubérculo umeral e platô tibial, ocorrendo em cerca de 10% dos pacientes, esta pode ser causada pela doença em si, anticorpos, antifosfolípidos ou uso de corticosteróides (Galindo et al., 2010).

Em acometimento hematológico, existem cinco critérios que caso estejam presentes se torna relacionado com o LES, os critérios são: queda dos níveis de hemoglobina, reticulocitose, aumento de DHL, aumento de bilirrubina indireta, teste de Coombs positivo, púrpura trombocitopênica e leucopenia (Galindo et al., 2010).

No acometimento cardíaco, as alterações cardíacas normalmente presentes são: pericardite, miocardite, endocardite e lesões coronarianas. A cardiopatia foi detectada em 1/3 dos pacientes com LES (Galindo et al., 2010).

Em manifestações neuropsiquiátricas o espectro é muito variável, podendo afetar o sistema nervoso central até o periférico. Existem tabelas que correlacionam dados que auxiliam nesse diagnóstico (Galindo et al., 2010).

A interpretação do acometimento renal, é considerada complicada por conter uma grande variabilidade morfológica das lesões encontradas nas biópsias. O LES pode simular um padrão de qualquer glomerulonefrite primária, tendo lesões túbulo-intersticiais e vasculares. É necessário uma heterogeneidade morfológica e clínica do quadro renal, uma possível evolução da atual lesão para outro estágio, uma correlação entre os achados de microscopia óptica e achados clínicos laboratoriais para que se inicie um possível diagnóstico de doença renal por LES (Galindo et al., 2010).

O diagnóstico pode ser feito através da associação dos dados citados anteriormente e utilizando critérios e classificações, tais como: eritema malar, lesão discóide, fotossensibilidade, úlceras orais ou nasais, artrite, serosite, comprometimento renal, alterações neurológicas, hematológicas e imunológicas e anticorpos antinucleares. Esses foram elaborados com o objetivo de uniformizar a definição de LES para estudos científicos, embora existam pacientes que não apresentam quatro dos 11 critérios. A importância para o diagnóstico de LES é a pesquisa de anticorpos ou fatores antinucleares (FAN) por imunofluorescência indireta (IFI) utilizando células HEp-2. Esse teste serve como triagem devido a sua alta sensibilidade (maior que 95%), a pesquisa de anticorpos como anti-dna nativo, anti-sm, anti-RNP e células LE podem contribuir para uma melhor caracterização laboratorial do quadro (Sato et al., 2002).

O tratamento medicamentoso será submetido a partir dos órgãos ou sistemas afetados e sua gravidade, em pacientes com vários sistemas comprometidos o tratamento tem início pelo mais grave. Quando não existir resposta a droga, pode haver necessidade do uso combinado de variados medicamentos, independente do órgão ou sistema afetado o uso de antimaláricos é importante com o objetivo de diminuir a ação da doença e corticoides em pacientes com LES, constando melhoras no perfil lipídico e prevenção de riscos de trombose, além dos antimaláricos os glicocorticoides (GC) são as drogas mais aplicadas no tratamento do LES e sua dose varia de acordo com a intensidade de cada caso sendo didaticamente divididas em: baixa, moderada, alta e muito alta. Levando em consideração os efeitos colaterais do GC eles devem ser usados na dose efetiva e gradativamente reduzir sua dose evitando uso diário (Sato et al., 2002).

Além desses tratamentos existe ainda um arsenal de medicamentos que podem auxiliar no controle de sintomas da doença, como por exemplo, anti-inflamatórios não-hormonais, imunossupressores, imunoglobulina endovenosa, anticorpos anti-CD20 e também transplante de medula óssea. Com tantas opções disponíveis a sobrevida dos pacientes tem aumentado nos últimos 40 anos, possibilitando mais estudos e reconhecimentos de novas causas. Infelizmente, existem efeitos colaterais ocasionados pelos medicamentos citados a cima. Os

imunossupressores podem levar a falência ovariana, desencadeando uma menopausa precoce, estes também podem gerar quadros infecciosos. É apontado que os sintomas reaparecem automaticamente quando a medicação é suspensa, o que evidencia a dependência permanente do medicamento (Araújo et al., 2007; Galindo et al., 2010).

No decorrer do acompanhamento médico, o paciente deverá responder questões de acordo com o tratamento estipulado, estas perguntas estão relacionadas com o quadro do paciente; se houve melhora, piora do quadro ou se permanece estável. Pacientes que apresentam sobrevida maior que 10 anos vão a óbito devido a danos crônicos da doença ou pela terapêutica. A terapêutica a ser utilizada preza pela qualidade de vida dos pacientes. Nos últimos 50 anos foi possível concluir que o LES teve um aumento significativo de sobrevivência, porém a sua qualidade de vida ainda apresenta índices com taxas baixas. A qualidade de vida é um parâmetro desenvolvido para avaliar o impacto da doença na vida dos pacientes (Freire et al., 2010).

Um dos métodos utilizados para a avaliação da qualidade de vida é o SF-36, apresentando fácil compreensão, sendo formado por 36 itens que envolvem: capacidade funcional, limitações por aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitações por aspectos emocionais e saúde mental, há também uma comparação entre o início da doença com a data atual, assimilação da condição da saúde do paciente com a qualidade de vida que vem sendo estudada com maior frequência nos últimos anos. Por razões como essa é necessário compreender os termos para a prática clínica com relação ao paciente (Freire et al., 2010).

CONCLUSÃO

Apesar dos estudos terem evoluído consideravelmente ainda não é possível identificar o lúpus facilmente, é necessário que o profissional seja criterioso na sua avaliação e que o paciente já esteja com incidência da doença, caso isso não ocorra

é provável que o tratamento não seja eficaz, impossibilitando que a fonte da doença seja suprimida, tratando apenas seus sintomas e logo, com a pausa da medicação, seja estabelecido outro quadro sintomático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, A.D. ; TRAVERSO - YÉPEZ, M.A. Expressões e sentidos do lúpus eritematoso sistêmico (LES). Estudos de psicologia (Natal), vol.12, nº2:120 - 127, 2007.
- AYACHE, D.C.G. ; COSTA,I.P. Alterações da Personalidade no Lúpus Eritematoso Sistêmico. Revista Brasileira de Reumatologia, vol. 45, nº5:313 - 317, 2005.
- FREIRE, E.A.M. ; SOUTO, L.M. ; CICONELLI, R.M. Medidas de avaliação em lúpus eritematoso sistêmico. Revista Brasileira de Reumatologia, vol. 51 nº1: 70 - 80, 2010.
- GALINDO, C.V.F.; VEIGA, R.K.A. Características clínicas e diagnóstica do Lúpus Eritematoso Sistêmico: uma revisão. Revista Eletrônica de Farmácia, vol.7, nº 4:46 - 58, 2010.
- SATO, E.I.; BONFÁ, E.D.; COSTALLAT, L.T.L.; SILVA, N.A.; BRENOL, J.C.T.; SANTIAGO, M.B.; SZAJUBOK, J.C.M.; FILHO, A.R.; BARROS, R.T.; VASCONCELOS, M. Consenso brasileiro para o tratamento do lúpus eritematoso sistêmico (LES). Revista Brasileira de Reumatologia, vol. 42 nº6:362 - 368, 2002.
- VIANNA, R.; SIMÕES, M.J.; INFORZATO, H.C.B. Lúpus Eritematoso Sistêmico. Revista Ceciliana, vol.2, nº1: 1 - 3, 2010

Contatos dos autores: Endereço para correspondência: Rua Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza, 5300- Bairro Cidade Industrial- CEP 81280-330- Curitiba- PR. Telefones: 41 3656-1498- celular 41 99791-9224. E-mail: victoriacavani@hotmail.com