

PERITONITE COM ASCITE COMO PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: UM RELATO DE CASO

FILIFE, Denize Paula Pequito¹
LUCCA, Patrícia da Rosa Stadler²
LACERDA, Diogo Cunha³

RESUMO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma doença autoimune que apresenta formas diversificadas de manifestações clínicas, o que torna seu diagnóstico complexo. A serosite lúpica é relativamente comum, todavia o acometimento do peritônio com formação de ascite, é raro e muitas vezes subdiagnosticado. Para tanto, o objetivo deste artigo foi relatar um caso de uma paciente portadora de Lúpus com ascite secundária à peritonite. As informações foram obtidas mediante revisão de prontuário e enriquecidos com revisão de literatura. Como considerações finais, ressalta-se a complexidade diagnóstica do caso, bem como a dificuldade de manuseio terapêutico do mesmo.

PALAVRAS-CHAVE: Lúpus Eritematoso Sistêmico, serosite, peritônio, ascite.

PERITONITE WITH ASCITE AS MAIN MANIFESTATION OF SYSTEMIC ERITEMATOSUS LUPUS: A CASE REPORT

ABSTRACT

Systemic Lupus Erythematosus is an autoimmune disease that presents diverse forms of clinical manifestations, which makes its diagnosis complex. Lupus serositis is relatively common, however, involvement of the peritoneum with formation of ascites is rare and often underdiagnosed. Therefore, the purpose of this article is to report a case of a patient with lupus with ascites secondary to peritonitis. The information was obtained by reviewing medical records and enriched with literature review. As final considerations, it is emphasized the diagnostic complexity of the case, as well as the difficulty of its therapeutic handling.

KEYWORDS: Systemic Lupus Erythematosus, serositis, peritoneum, ascites.

1. INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), é uma doença crônica de caráter autoimune, caracterizada pela formação e deposição de complexos imunes, que podem afetar múltiplos sistemas do organismo. Sua etiologia não é totalmente elucidada, contudo admite-se que a participação de fatores hormonais, genéticos, imunológicos e ambientais, possam ser o gatilho para o desenvolvimento da doença.

O LES é considerado uma patologia pouco comum, apresentando uma prevalência de aproximadamente 40 casos a cada 100 mil habitantes (CARVALHO, 2014). Contudo, sua incidência aumentou relativamente nas últimas décadas, decorrente de melhores condições na investigação clínica. Na maioria das vezes o diagnóstico é complexo, o que se atribui ao amplo

¹ Aluna do oitavo período do curso de Medicina do Centro Universitário FAG. Email: denizepaulafilipe@gmail.com

² Farmacêutica, Docente do Centro Universitário FAG. Email: farmacia@fag.edu.br

³ Médico Reumatologista e Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário FAG. Email: dclacerda@gmail.com

espectro de manifestações clínicas da doença. A sintomatologia e gravidade do LES, são determinados pelo local acometido por imunocomplexos, os quais incluem desde sinais e sintomas cutâneos até o comprometimento sistêmico, afetando órgãos nobres.

As serosites de pulmão e coração – pleurite e pericardite, respectivamente – são relativamente comuns nos casos de LES, e em geral compreendem quadros graves. Todavia, o acometimento da serosa peritoneal, raramente se apresenta como principal manifestação da doença.

2. MÉTODOS

Este trabalho, por se tratar de um relato de caso, está em cumprimento com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário FAG e aprovado sob o nº 90815218.2.0000.5219.

O estudo foi realizado por meio de coleta de dados em prontuário, fornecidos pela clínica, onde a paciente era acompanhada – Instituto Paranaense de Rinite Asma e Alergia – IPRAA, situado no município de Cascavel – PR. Os dados coletados compreendem em anotações do médico assistente, resultados de exames laboratoriais e de imagem, bem como pareceres médicos de outras especialidades.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O LES é uma doença crônica, autoimune, caracterizada por períodos de exacerbação, que se refere ao Lúpus em atividade, intercalados com períodos de remissão, nos quais os pacientes podem se encontrar assintomáticos. As manifestações clínicas dessa doença são imensamente variadas, ao passo que dependem tanto órgão acometido, quanto do tipo de anticorpo presente e da capacidade do organismo em reparar os danos. Além dos sintomas gerais como fadiga, mal-estar, febre, anorexia e perda de peso, observa-se alterações musculoesqueléticas, cutâneas, hematológicas, renais, pulmonares, cardiovasculares, gastrintestinais e da camada serosa de algumas vísceras (MOREIRA, PINEHIRO e MARQUES NETO, 2009).

Para Carvalho (2014), as manifestações cutâneas são muito comuns e acometendo mais da metade dos pacientes. As lesões podem se apresentar por meio de aspecto discoide, *rash* malar –

“lesão em asa de borboleta” - e fotossensibilidade. O sistema músculo esquelético, constitui um dos principais sítios de manifestações lúpicas, tendo a poliartrite intermitente como principal afecção.

Manifestações hematológicas como anemia, leucopenia e trombocitopenia, caracterizam as alterações hematopoiéticas. Contudo, a anemia de doença crônica – anemia hemolítica – se destaca na maioria dos pacientes. Os rins também se configuram como sítio de acometimento do LES, e é importante contribuinte no processo de morbimortalidade. O depósito de imunocomplexos nos glomérulos levam à um quadro variado de glomerulonefrites que geralmente agravam o quadro clínico do paciente. Ainda somado à maior morbimortalidade, tem-se as manifestações cardiovasculares que abrangem o comprometimento de estruturas gerando pericardite, miocardite, defeitos na condução elétrica cardíaca, entre outras. O sistema gastrointestinal é responsável por acometer cerca de 25 a 40% dos pacientes, os quais podem apresentar desde queixas inespecíficas como náusea, vômito e dor abdominal, ou ainda envolvimento do pâncreas, fígado e enteropatias. À respeito do envolvimento das camadas serosas – pleura, pericárdio e peritônio – é de conhecimento que podem apresentar-se de forma assintomática ou ainda refletir em sérios danos ao paciente. As serosites podem culminar em acúmulo de líquido, manifestado mediante a derrame pleural, derrame pericárdico, e no caso de peritonite, poderá ser evidenciado um quadro de ascite. Por sua vez, secundária à tais processos inflamatórios, o paciente pode apresentar dispneia, arritmias, desconforto e dor abdominal (CARVALHO, 2014).

O diagnóstico do Lúpus é extremamente complexo e não há um único exame que o determine. A investigação clínica, deve ter gênese na queixa e manifestação do paciente, valorizando dados obtidos na anamnese, exame físico e laboratoriais, que incluem a detecção de auto anticorpos com especificidade variada para a doença. Após a obtenção dos dados clínicos do paciente, os mesmos podem ser aplicados nos Critérios Classificatórios propostos pelo *American College of Rheumatology* (ACR) em 1982 e revisados em 1997, que auxiliam na determinação diagnóstica. A presença de 4 entre os 11 critérios definem classificação para lúpus, sendo eles: eritema ou *rash* malar, lesões discoides, úlcera oral, artrite, serosite, alteração renal, alteração neurológica, alteração hematológica, alteração imunológica e prevenção de anticorpo antinuclear (FAN). Cada item avaliado, é composto por especificidades em que o paciente pode ou não ser enquadrado.

De acordo com as Diretrizes Terapêuticas do LES (2013), o tratamento da doença baseia-se em alguns objetivos principais que são: reduzir a atividade inflamatória, prevenir exacerbações, tratar as mesmas quando ocorrerem e reduzir os danos aos órgãos afetados, bem como as complicações da moléstia. Para isso, além dos cuidados gerais – educação, apoio psicológico, atividade física, dieta, proteção solar – a terapêutica farmacológica baseia-se em anti-inflamatórios

não hormonais, antimaláricos, corticoides, e imunossupressores. A escolha da classe medicamentosa é norteada pelas manifestações e adaptações de cada paciente.

4. RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 46 anos, após ampla investigação de diversas áreas clínicas, foi encaminhada ao reumatologista em janeiro de 2017, com queixa de aumento progressivo do volume abdominal, com início há aproximadamente 2 meses, com ausência de dor abdominal. Relatava também, dor e inchaço nos joelhos, perda ponderal de 8 quilos e queda excessiva de cabelo, astenia e discreta dispneia aos esforços.

Apresentou nesse período, cefaleia intensa, amaurose, episódio de melena e anemia, sendo avaliada pelo oftalmologista, neurologista gastroenterologista e hematologista, sem conclusões diagnósticas.

Como antecedentes patológicos apresentava Hipertensão Arterial Sistêmica e Transtorno Depressivo Maior, ambos em seguimento terapêutico. Relatou história de cirurgia recente – videolaparoscopia com biopsia de ovário sem alterações, há 5 meses. Como hábitos de vida era sedentária, não tabagista e não etilista.

Ao exame físico, apresentava-se prostrada, hipocorada, anictérica, afebril e acianótica, emagrecida, sem lesões de pele. Sinais vitais normais. Linfonodomegalia axilar bilaterais. Aparelho cardiovascular sem alterações. Ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares reduzidos em bases, com ausência de ruídos adventícios. Abdome globoso, distendido, com ausência de circulação colateral, Sinal de Piparote positivo e macicez móvel de flancos. Ao exame osteoarticular, ausência de sinovites, presença de edema de membros inferiores (++/4+), força muscular e mobilidade articular preservadas. Exame neurológico sem particularidades.

Em investigação anterior, alguns resultados laboratoriais chamaram atenção como o aumento VHS: 32 mm, Hb: 9,2 g/dL; Análise de Urina evidenciando uma proteinúria +++ (moderada). Além de alguns exames de imagem: **TC abdome:** ascite moderada associada a linfonodomegalia paraortica e em cadeias inguinais. Sem visceromegalias. **TC tórax:** derrame pleural bilateral, associado a linfonodomegalia mediastinais e axilares. **RNM crânio, angioRNM de vasos intracranianos:** sem alterações.

Diante complexidade das informações coletadas na anamnese, exame físico e exames complementares que já haviam sido solicitados, as hipóteses diagnósticas elaboradas foram de neoplasia, doença inflamatória como LES, doença infecciosa como tuberculose extrapulmonar,

doença granulomatosa como sarcoidose e doença renal. Para tanto, como conduta, novos exames laboratoriais foram solicitados, além de pareceres do oncologista e do nefrologista.

Subsequente aos resultados dos exames solicitados pelo reumatologista, foram obtidos: Hb= 9,8 g/dL; Ht=28, 4%; VCM= 88 fL, Leu=6400, Linf=1088; Reticulocitos: 3% (1,5-2,5); Albumina plasmática= 1,7 g/dL (3,5 a 5,0), TGP=37, TGO=29; Cr=0,85; sorologias antiHBs, HbSAg, Anti-HCV não-reagentes, além de Anti-HIV, Toxoplasmose, Epstein-Baar e VDRL também não reagentes. Contudo, os exames de investigação para doenças inflamatórias: FAN = 1/1280 com padrão nuclear homogêneo e nuclear pontilhado fino; Anti-SM= 480 U/ml (<7,0), VHS=135mm (até 15), PCR= 1,3 mg/dL (<0,5), sistema complemento consumido, sendo C3 = 54 mg/dL (>80); C4 = 10 mg/dL (>12); outros anticorpos Anti-Ro, Anti -La e Anti DNA não foram reagentes.

Referente a resposta dos pareceres solicitados, a oncologia afastou a hipótese de neoplasias, e analisou o conteúdo do líquido ascítico, no qual se detectou citologia consistente com processo inflamatório reacional crônico, com ausência de células neoplásicas. Os linfonodos axilares também foram biopsiados, com laudo de reatividade inespecífica. O parecer da nefrologia demonstrou proteinúria de 24 horas discretamente elevada de 192,77 mg/24hrs (28-141) e a biopsia renal foi conclusiva para glomerulonefrite membranoproliferativa e imunofluorescência negativa, condizente com nefrite lúpica.

Frente as inúmeras evidências o diagnóstico foi definido como Lúpus Eritematoso Sistêmico com acometimento inflamatório do peritônio resultando em ascite volumosa e persistente, somado a um quadro de Nefrite Lúpica. Nesse contexto, foi iniciado o tratamento para o LES, com Hidroxicloroquina (antimalárico), Prednisona 1mg/kg/dia e pulsoterapia mensal com Ciclofosfamida.

O primeiro pulso de ciclofosfamida, foi realizado no mês de fevereiro do mesmo ano e a paciente não apresentou melhora clínica, principalmente da ascite, a qual atingia débitos de até 5 litros nas paracenteses. Devido a permanência da condição clínica, a paciente foi submetida a uma biopsia de peritônio, além de revisão histopatológica da amostra renal.

Realizou-se então, uma laparoscopia Exploratória com biopsia peritoneal, na qual a análise estendeu-se ao omento maior, com ausência de malignidade e com sinais de LES com fibrose de tecido conjuntivo e adiposo. A revisão da lâmina de amostra renal evidenciou quadro histopatológico condizente com glomerulonefrite proliferativa mesangial - Nefrite Lúpica Classe II, reafirmando o diagnóstico de LES com acometimento peritoneal e renal. Dessa forma, indicou-se a continuidade do tratamento.

Realizou-se o segundo pulso de ciclofosfamida e 25 dias depois a paciente apresentou melhora significativa da ascite, contudo os sintomas de fadiga e adinamia persistiam. Nos pulsos

subsequentes, a paciente evoluía com melhora laboratorial e clínica, mantendo débitos de paracentese cada vez menores. Na sequência do tratamento, próximo ao 5º pulso de ciclofosfamida, a paciente apresentou piora clínica, com quadro de dispneia e febre, com necessidade de hospitalização por pneumonia comunitária, na Unidade de terapia intensiva com suporte ventilatório mecânico. Após 20 dias de internação com ampla cobertura antibiótica e manejo das complicações lúpicas a paciente evoluiu com quadro séptico e óbito.

5. DISCUSSÃO

O caso relatado de LES com acometimento inflamatório de peritônio e ascite, é pouco descrito em literaturas e periódicos, visto que nem sempre se apresentam com tanta evidência e, portanto, é subdiagnosticado. A paciente em questão, apresentava ascite volumosa como principal manifestação clínica, sendo esta de difícil manejo diagnóstico e terapêutico. Um aspecto importante a ser salientado é a complexidade do tratamento do LES, pois a dicotomia entre a atividade da doença e a imunossupressão provocada pelo tratamento, constitui um dos desafios mais preponderantes no tratamento atual da doença. Ao passo que para induzir remissão da atividade lúpica, é necessário suprimir a imunidade do paciente, deixando este vulnerável a infecções secundárias, mesmo após o controle do LES.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs a relatar um caso pouco descrito na literatura, compreendendo a peritonite com ascite como principal manifestação clínica do LES. Contudo, é indubitável saber que essa manifestação pode gerar importante repercussão em casos que a ascite se manifesta, visto que afeta a qualidade de vida do paciente. Por isso, é de extrema relevância a investigação diagnóstica da presença da peritonite, a qual é pouco comum no que se refere em inflamação de serosas.

Outro aspecto relevante desse trabalho, diz respeito à dificuldade diagnóstica para a casos de LES, sendo que isso se deve as inúmeras manifestações clínicas, que podem acometer todos os sistemas do organismo. Para tanto, torna-se indispensável uma investigação que envolva outras especialidades, além da reumatologia.

E por fim, após a afirmação do diagnóstico de LES, o desafio passa a ser o tratamento, o qual exige um manejo minucioso, ao passo que atingindo um dos objetivos do tratamento que é a

remissão da doença, ocorre a imunossupressão do paciente, que pode ser um aspecto definidor do prognóstico, tendo em vista que infecções secundárias, muitas vezes podem ser fatais.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, V.F; KLEINFELDER, A.D.F; GALLI, N.B. Ascite crônica como manifestação inicial do Lúpus Eritematoso Sistêmico. **Revista Médica da UFPR**, Curitiba-Pr, n.2, p. 63-66, abril/junho. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Lúpus Eritematoso Sistêmico**. Portaria SAS/MS nº100. Brasília. 2013.

CARVALHO, M.A.P.; LANNA, C.C.D.; BERTOLO, M.B.; FERREIRA, G.A. **Reumatologia: Diagnóstico e Tratamento**. 4. Ed.; São Paulo: 2014. Cap 24, p. 378-401.

JUNIOR, H.P.; NETO, A.A.; TEIXEIRA, M.A.; PROVENZA, J.R. Ascite por peritonite lúpica: uma forma rara de início do lúpus eritematoso sistêmico. **Revista Brasileira de Reumatologia**. São Paulo, v. 52, p. 113-119.

MOORE, K. L.; AGUR, A. M. R.; DALLEY, A. F. **Fundamentos de Anatomia Clínica**. 4. Ed.; Rio de Janeiro: 2013. Cap 02, p. 135-141.

MOREIRA, C.; PINHEIRO, G.R.C.; NETO, J.F.M. **Reumatologia Essencial**. 3. Ed.; Rio de Janeiro: 2009. Cap 39, p.378-388.