

TÍTULO: ERITEMA MULTIFORME EM UMA PACIENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO - SÍNDROME DE ROWELL: UM RELATO DE CASO

Gabriela Levandeira Ares¹; Maria Luiza de Abreu Paes; Larissa Leite da Silva Pires Domingues; Victoria Pinho Tavares Rittershausen

INTRODUÇÃO:

A síndrome de Rowell é caracterizada pela presença de eritema multiforme e lúpus eritematoso sistêmico (LES) ou discóide em pacientes com anticorpos anti- Ro e Fator reumatóide positivo. O relato de caso abaixo traz um exemplo de diagnóstico de síndrome de Rowell em uma paciente recém diagnosticada com LES.

OBJETIVOS:

Os objetivos deste trabalho é descrever uma manifestação cutânea rara da LES que faz diagnóstico diferencial com outras lesões bolhosas que podem se sobrepor à patologia primária.

DELINEAMENTO E MÉTODOS:

Trata-se de um relato de caso de uma paciente com LES e lesões bolhosas em ambas mãos em investigação etiológica.

RESULTADOS:

Paciente feminina, 33 anos, com diagnósticos de LES feito há 3 meses, baseado na presença de FAN padrão nuclear homogêneo positivo em altos títulos, anticorpo Anti-SM positivo, leucopenia, Anti- DNA dupla hélice positivo, complemento reduzido além da clínica de alterações hematológicas, articulares, cutâneas e acometimento de serosas. No momento do aparecimento das lesões cutâneas encontrava-se em uso de prednisona 1mg/kg/dia, hidroxiquina 400mg/dia e ciclofosfamida (devido à nefrite lúpica). Apesar do uso de medicações imunossupressoras em altas doses iniciou quadro de lesões bolhosas distribuídas em mãos e pés.

Ao exame físico apresentou lesões puntiformes com vesículas sobrepostas em pés e lesões anulares e em alvo nas mãos.

Não foi possível afastar o diagnóstico de outras doenças bolhosas, sendo assim foi realizada biópsia cutânea que demonstrou infiltrado perivascular linfocitário e edema da derme papilar, compatível com eritema multiforme.

O uso da Hidroxiquina foi reduzido para 400 mg 4 vezes na semana e a dose da prednisona foi mantida, sem melhora significativa do quadro.

Diante disso a paciente necessitou ser internada para uso de glicocorticoide venoso e associação de Micoftolato de mofetila para desmame gradual do corticoide

Apresentou melhora gradual das lesões já no internamento com programação de acompanhamento ambulatorial

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS:

As lesões cutâneas bolhosas no paciente com LES fazem diagnóstico diferencial com diversas patologias primárias como dermatite herpetiforme, penfigóide bolhoso e pênfigo vulgar. Diante disso, algumas vezes faz-se necessário da biópsia cutânea para definição etiológica e exclusão de demais diagnósticos. Vale ressaltar que as lesões bolhosas representam menos de 5% das manifestações cutâneas do LES.

