

Lúpus Eritematoso Sistêmico e seu grave acometimento do SNC

Autor: Letícia Guedes Ferreira Lopes ¹

Co-autores: Américo Meirelles Motta²

Clara Borborema Reis Rodrigues²

Edna Carla Epifânio de Oliveira²

Pedro Henrique Lauer Santos³

Wolber Almeida Mota Lisboa³

¹Preceptora do PRM do HSR e do Internato Hospitalar

²Residente de Clínica Médica do HSR

³Acadêmicos de Medicina da UFVJM - Campus Teófilo Otoni

Instituição: Hospital Santa Rosália – Teófilo Otoni

Email: ednacarlaepifanio@hotmail.com.br

Introdução:

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) pode afetar qualquer órgão, inclusive o sistema nervoso. As estimativas da incidência e prevalência de sintomas neurológicos variam muito. Os eventos neuropsiquiátricos podem preceder, ocorrer concomitantemente ou após o diagnóstico de LES. A doença vascular justifica algumas complicações neurológicas, porém a vasculite do sistema nervoso central (SNC) é incomum.

Objetivo:

Relatar e discutir um caso de LES com manifestações incomuns do SNC.

Delineamento e Método:

Estudo descritivo do tipo relato de caso, obtido através de interação com o paciente durante a internação, dados obtidos no prontuário e resultados de exames laboratoriais e de imagens.

Relato:

K.P.C, feminino, 33 anos, interna para investigação de astenia, dor e parestesia em membros inferiores. Evoluiu com hemiparesia facial esquerda por 15 minutos. Hemograma evidenciou plaquetopenia severa. Exames confirmaram LES: FAN: 1:320, anti-DNA: 1:20, C3:0,44, C4:0,09, anticoagulante lúpico: positivo nos dois primeiros testes. Descartado acometimento renal. Iniciado prednisona 60mg/dia com melhora progressiva do quadro. Realizado TC crânio

devido ao déficit focal: exame sem alterações. Recebeu alta após 8 dias com melhora clínica importante e proposta de seguimento ambulatorial.

Após 30 dias da alta hospitalar evoluiu com episódios transitórios de confusão mental, parestesia à direita e perda de campo visual a esquerda. Foi readmitida, realizado RNM de crânio evidenciou lesões isquêmicas e inflamatórias agudas em tronco cerebral e polo temporal: vasculite? E análise do líquido cefalorraquidiano: sem alterações. Solicitada dosagem de complementos C3 e C4: reduzidos e anticoagulante lúpico positivo. Iniciado pulsoterapia com metilprednisolona IV 1g por três dias, sequenciado para prednisona 80mg/dia. Paciente evoluiu com perda progressiva da visão esquerda. Avaliada pelo oftalmologista que evidenciou exsudato algodinoso peripapilar, escavação de vasos com intenso estreitamento, edema macular cistóide, ausência de reflexo foveal por provável neurorretinite e edema macular associados a vasculite em olho esquerdo. Recebeu ciclofosfamida com proposta de pulsoterapia mensal e manutenção de uso de prednisona, azatioprina e hidroxicloroquina.

Conclusão:

O LES apresenta curso clínico variando relativamente benigna a uma doença rapidamente progressiva com falência orgânica fulminante e morte. Diagnóstico precoce e tratamento imunossupressor podem diminuir suas complicações.