
LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO - RELATO DE CASO

***DELFINO, Juvina Auana de Sousa; PEREIRA, Wallingson Michael Gonçalves; GUIMARÃES, Rebeka Boaventura.**

Faculdade Leão Sampaio (CE), Brasil

Recebido em: 08/12/2014; Aceito: 16/01/2015; Publicado: 24/02/2015

RESUMO EXPANDIDO

RESUMO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica multissistêmica, incidente em mulheres negras entre 15-45 anos de idade, de causa desconhecida e autoimune, com períodos de atividade e remissão. O LES não possui tratamento eficaz para a completa cura. Por isso, são usados imunossuppressores, com diversos efeitos colaterais. A associação do tratamento fisioterapêutico com o farmacológico revela excelentes melhoras no portador do LES. Por isso faz-se necessário correlacionar o quadro clínico de uma portadora de Lúpus Eritematoso Sistêmico com os achados da literatura a cerca dessa patologia. O presente estudo trata-se de um estudo de caso. Obtendo dados através de uma ampla avaliação realizada no setor de Traumatologia ortopedia da Faculdade Leão Sampaio, conforme a ficha de avaliação utilizada. Os dados foram colhidos de forma direta com a paciente, com a qual os atendimentos eram realizados 3 (três) vezes por semana durante 15 dias, no próprio setor. Depois de colhidos os dados estes foram comparados com os achados literários. A incidência do LES ocorre entre 15 e 44 anos de idade e no sexo feminino. Dados estes encontrados no estudo. A presença da atividade lúpica repercute no nível de fadiga comprometendo a qualidade de vida, fato este presente neste estudo. Como visto na literatura verificou-se que o portador de lúpus revela-se com clínica desfavorável a realização de atividades físicas, conferindo ao fisioterapeuta a habilidade de desenvolver protocolos que cumpram com os objetivos da terapêutica sem, no entanto, comprometer outras estruturas ou agudizar a patologia de base.

Palavras-chave: Lúpus Eritematoso Sistêmico; Trombose Venosa Profunda; Fadiga; Recursos Fisioterapêuticos; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a chronic multisystem inflammatory disease, incident in black women between 15-45 years of age, of unknown cause autoimmune, with periods of activity and remission. SLE has no effective treatment for complete cure. Therefore, immunosuppressive agents are used, with several side effects. The association of physical therapy with the drug shows great improvement in SLE carrier. Therefore it is necessary to correlate the clinical picture of a patient with Systemic Lupus Erythematosus with published findings about this pathology. This study deals with a case study. Getting data through a comprehensive assessment carried out in Trauma orthopedics sector of the Faculdade Leão Sampaio, as the evaluation form used. Data were collected directly with the patient, with which the calls were made three (3) times a week for 15 days in the sector itself. After obtaining these data were compared with the literature findings. The incidence of SLE occurs between 15 and 44 years old and female. These data are found in the study. The presence of lupus activity affects the fatigue level affecting the quality of life, a fact present in this study. As seen in the literature it was found that lupus carrier shows up with unfavorable clinical engage in physical activities, giving the therapist the ability to develop protocols that meet the therapeutic goals without, however, compromising other structures or exacerbating the underlying pathology.

Keywords: Systemic Lupus Erythematosus; Deep vein thrombosis; fatigue; Physical Therapy Resources; Quality of life.

INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica rara, multissistêmica, incidindo mais frequentemente em mulheres negras na fase reprodutiva dos 15 aos 35-45 anos de idade, de causa desconhecida e de natureza autoimune, caracterizada pela presença de diversos auto-anticorpos, com períodos de atividade e remissão que evolui com manifestações clínicas polimórficas. (SATO, 1995; SATO, 2002; SATO, 2004; SKARE, 1999)

Os fatores ambientais e hormonais em consonância com a predisposição genética levam a alterações imunológicas, com produção excessiva de anticorpos e formação de complexos antígeno-anticorpo. Dessa forma são ativados enzimas e macrófagos que levam a lesão tecidual e deposição de células no tecido. (FERNANDES, 2000; SATO, 1995; SATO, 2002; SATO, 2004; SKARE, 1999)

O quadro clínico varia de manifestações agudas ou insidiosas, leves, graves, intermitentes e persistentes. Os sintomas aparecem de forma combinada e inespecíficos. Acometendo órgãos, articulações, pele, rins e serosas (BORBA NETO & BONFÁ, 2000; COIMBRA & COSTALLAT, 2000; MOREIRA & GAMA, 1998; SATO, 1995; SATO, 2002; SATO, 2004).

O LES não possui tratamentos eficazes para a completa cura ou controle da atividade da doença. São usados corticoides e imunossuppressores, fármacos que possuem vários efeitos colaterais como hipertensão arterial, diabetes, osteoporose e neoplasias, entre outros (ISENBERG, 1986).

A associação do tratamento fisioterapêutico com o farmacológico revela excelentes melhoras no Portador do LES, além de que orientações sobre medidas preventivas e reabilitadoras revelam quadro de estabilidade da doença, minimizando os sintomas, diminuindo os riscos de crises e mantendo as funções corporais normais e uma boa qualidade de vida (ALVES, 2012).

Esse estudo objetivou correlacionar o quadro clínico de uma portadora de Lúpus Eritematoso Sistêmico com os achados da literatura a cerca dessa patologia.

RELATO DE CASO

Paciente, J. A. S, 30 anos, feminino, solteira, residente do Juazeiro do Norte/CE, auxiliar de serviços gerais, compareceu na Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade Leão Sampaio (FALS) com encaminhamento médico para tratamento fisioterapêutico. Constatou-se a Trombose Venosa Profunda (TVP) em agosto de 2014 na paciente e logo se acabou por ser diagnosticada com Lúpus Eritematoso Sistêmico. A partir de então realizou exames radiológicos como radiografia onde obteve o diagnóstico de esporão de calcâneo e artrose.

Desde quando descobriu a doença, passou a sentir dores e cansaço frequentes nas duas pernas, sendo a dor difusa em direção aos dois calcanhars. Realizar suas atividades de vida diárias piora suas dores, quando isso acontece, a paciente faz uso de meias compressivas e relata alívio do desconforto. Faz uso de medicamentos como o Marevan para tratamento da TVP e hidróxido de Cloroquina a fim de controlar a clínica do Lúpus Eritematoso Sistêmico.

Faz também uso de Corticoides e por fim, reposição de Cálcio. Seus sinais vitais no momento da avaliação foram para a Pressão Arterial: 120x80 mmHg, Frequência Respiratória: 15 incursões respiratórias por minuto e Frequência Cardíaca: 70 batimentos por minuto. Utilizou-se a escala visual analógica para medição da dor presente na paciente, e a mesma indicou o número 5 para caracterizar seu quadro algico geral.

Considerando a avaliação postural, a paciente mostrou diversas alterações, como cabeça anteriorizada e inclinada para a esquerda com rotação para a direita, ombros protrusos e com rotação interna, sendo o direito mais elevado, havia rotação do tronco para a direita com hiperlordose da coluna cervical e lombar sendo a torácica retificada, a pelve apresentava-se em anteversão e o sacro horizontalizado, joelho genu recurvatum, e os pés com arcos plantares normais, porém com o calcâneo em valgo.

Na inspeção, detectaram-se máculas hipercrômicas na forma de círculo e descamação em ambas as pernas. Palparam-se os membros inferiores por completo e foi descoberto hipertermia além de edema.

Para avaliar a força muscular utilizou-se o teste de Oxford e os músculos avaliados foram o tibial anterior, gastrocnêmios e fibulares da perna direita, cuja apresentou grau 4, e da perna esquerda que obteve grau 5.

Na goniometria, foram avaliadas as articulações do joelho e tornozelo das pernas direita e esquerda. Na perna esquerda os movimentos e os graus marcados no goniômetro foram: flexão de joelho 130°, extensão de joelho 120°, flexão plantar de tornozelo 46°, dorsoflexão de tornozelo 12°, inversão do tornozelo 22° e eversão de tornozelo 14°. Já na perna direita os movimentos e os graus marcados no goniômetro foram: flexão de joelho 124°, extensão de joelho 116°, flexão plantar de tornozelo 56°, dorsoflexão de tornozelo 14°, inversão do tornozelo 15° e eversão de tornozelo 19°. Ressalta-se que a paciente não realiza a eversão do tornozelo completa quando feito ativamente, e na tentativa de executar esse movimento, realiza movimento acessório com o joelho.

A perimetria foi realizada a partir da dobradiça na região posterior do joelho. O procedimento foi a mensuração de 3 pontos divididos longitudinalmente partindo da dobradiça em direção ao pé com distância de 7 centímetros utilizando-se uma fita métrica comum. Os resultados para a perna esquerda foram: 36,5 cm, 36,5 cm e 32,5 cm e na perna direita foram: 36,5 cm, 36,0 cm e 31,0 cm. Em relação aos testes ortopédicos, apresenta Sinal de Homan positivo. Foi diagnosticada cinético-funcionalmente com quadro algico nas pernas direita e esquerda, edema no tornozelo esquerdo, dificuldade para realizar eversão do tornozelo esquerdo, paresia de gastrocnêmios, fibulares e tibial anterior esquerdo.

Os objetivos de tratamento são diminuir a dor e edema, ganhar amplitude de movimento do tornozelo esquerdo e aumentar a força dos membros inferiores direito e esquerdo tão bem como o equilíbrio.

As condutas a serem realizadas consistem em uso da eletrotermofototerapia utilizando o TENS e crioterapia,

cinesioterapia aplicando a inibição neuromuscular ativa, mobilização passiva de patela, calcâneo e pé, relaxamento da fáscia plantar, exercícios resistidos para os membros inferiores com resistência mecânica e treino de equilíbrio.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Lúpus Eritematoso sistêmico é uma doença prevalente em mulheres na proporção de 80%-90% dos casos. Além disso, a incidência maior em relação à idade ocorre entre 15 e 44 anos de idade em indivíduos do sexo feminino (DANCHENKO, 2006). Dados estes que corroboram com o nosso estudo.

O Lúpus Eritematoso Sistêmico, assim como várias doenças reumáticas, apresenta quadro clínico característico como fadiga, descondição e capacidade reduzida para realizar as atividades de vida diária. Os efeitos do exercício físico mostram melhora em relação a todos esses aspectos citados e também há aumento de força muscular e promoção de funcionalidade. Além disso, estudos relatam que a presença da atividade lúpica repercute no nível de fadiga comprometendo de fato a qualidade de vida, fato este presente neste estudo (PEREIRA M. G. & DUARTE, 2010; RAMSEY-GOLDMAN, 2000).

De acordo com Filho (2011), a associação da atividade inflamatória do Lúpus Eritematoso Sistêmico pode ser considerada um fator que contribui para a ocorrência da Trombose venosa profunda. Logo, a literatura concorda com os achados deste presente estudo.

Segundo Alves et al (2012) o uso de recursos fisioterapêuticos como a cinesioterapia, a TENS, os exercícios de coordenação e de equilíbrio e reeducação da marcha, dentre outros meios são de fundamental importância para a manutenção ou aumento da força muscular, da amplitude de movimento articular, da redução de edemas, da manutenção do equilíbrio, e da redução da dor concordando com os objetivos da terapêutica utilizada nesse caso clínico.

CONCLUSÃO

Em concordância com os achados literários verificou-se que o portador de lúpus, frequentemente, revela-se com clínica desfavorável a realização de atividades físicas, caracterizando um quadro de fadiga intensa ao exercício, fraqueza muscular e diminuição da amplitude de movimento, comprometimento do equilíbrio e coordenação, além da predisposição ao desenvolvimento de patologias vasculares como edema de membros inferiores e TVP, o que confere ao fisioterapeuta a habilidade de desenvolver protocolos que cumpram com os objetivos da terapêutica sem, no entanto, comprometer outras estruturas ou agudizar a patologia de base.

REFERÊNCIAS

ALVES T. C. et al. Abordagem Fisioterapêutica ao Portador de Lúpus Eritematoso Sistêmico: Relato de Caso. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde**. Vol. 16 (suplemento 2):

109-114. 2012

BORBA NETO E. F. & BONFÁ E. S. D. O. “**Lúpus Eritematoso Sistêmico**” In YOSHINARI N. H & BONFÁ E. S. D. O. Reumatologia para o clínico. São Paulo, Roca, p. 49-58. 2000.

CARVALHO D. C. et al. Lupus Eritematoso Sistêmico Bolhoso – relato de caso. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 40, n. 1, de 2011.

COIMBRA I. B. & COSTALLAT L. T. L. Densidade mineral óssea em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico e sua relação com níveis estrogênicos. **Rev. Bras. Reumatologia**, v.40, p.289-292. 2000.

DANCHENKO N. et al. Epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comparison of worldwide disease burden. **Lupus** 15, 308–318. 2006.

FERNANDES J. M. C. et al. Elementos básicos de diagnóstico do lúpus eritematoso sistêmico. **Temas de Reumatologia Clínica**, v.1, n.3, 2000.

FILHO J. M. Flegmasia cerúlea dolens em paciente com lúpus eritematoso sistêmico no puerpério remoto. **RevBrasReumatol**;51(5):511-516. 2011.

ISENBERG D. A. et al. The relationship of anti-DNA antibody idiotypes and anti-cardiolipinantibodies to disease activity in systemic lupus erythematosus. **Medicine** (Baltimore); 65(1): 46-55. 1986.

MOREIRA C. & GAMA G. G. **Lúpus Eritematoso Sistêmico**. In:Noções práticas de reumatologia. 2 ed. Belo Horizonte, Health, 1998.

PEREIRA M. G. & DUARTE S. Fadiga intensa em doentes com Lúpus Eritematoso Sistêmico: estudo das características psicométricas da escala da intensidade da fadiga. **Psicologia, saúde & doenças**, 11 (1), 121-136. 2010.

RAMSEY-GOLDMAN et al. A Pilot Study on the Effects of Exercise in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. **Arthritis Care Res**. Outubro;13(5):262-9. 2000.

SATO E. I. “**Lúpus Eritematoso Sistêmico**”. In: ATRA, Edgard. Reumatologia prática. São Paulo. Elea. 1995.

SATO E. I. et al. “Consenso brasileiro para o tratamento do lúpus eritematoso sistêmico”. **Rev BrasReumatol**, v.42, n. 06, p.362-370. 2002.

SATO E. I. **Guia de reumatologia**. Barueri, Manole, p.139-54. 2004.

SKARE T. L. “**Lúpus eritematoso sistêmico**”. In: Reumatologia: princípios e prática. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p.109-24. 1999.