

# LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO NO IDOSO

CONCEIÇÃO A SOUSA, ISABEL BAPTISTA, PEDRO AGUIAR, AFONSO GONÇALVES,  
CONCEIÇÃO COCCO, RAMIRO DE CARVALHO

Serviço de Medicina. Hospital de S. José. Lisboa.

## RESUMO

Os autores apresentam dois casos de Lupus Eritematoso Sistémico, em doentes do sexo masculino com idade > 65 anos. A discussão inclui uma breve revisão de publicações recentes relacionadas com doentes geriátricos. Alguns aspectos e particularidades do Lupus Eritematoso Sistémico no idoso, são referidos e comentados.

## SUMMARY

### Systemic Lupus Erythematosus in the Elderly

The authors report two clinical cases of Systemic Lupus Erythematosus, both in patients over 65 years of age. The discussion includes a brief overview of recent publications on this condition in geriatric patients. Some aspects of Systemic Lupus in elderly persons are suggested and commented on.

## INTRODUÇÃO

O Lupus Eritematoso Sistémico (LES), pode ser considerada a mais diversificada entre todas as doenças auto-imunes, pois pode afectar qualquer órgão e despoletar um largo espectro de manifestações clínicas e imunológicas<sup>1</sup>.

Em Portugal não existem estudos epidemiológicos e na Europa são conhecidas as incidências na Suécia - 4,5/100.000 em indivíduos com idade > 15 anos e na Islândia 3,3/100.000, números inferiores aos sugeridos para os EUA e superiores aos do Reino Unido<sup>2</sup>.

Continua a haver uma certa relutância, em diagnosticar LES, nos grupos etários mais avançados e em particular no sexo masculino.

Tradicionalmente o LES é considerado uma doença da mulher jovem. A maior divulgação da doença, a disponibilidade de testes imunológicos mais sensíveis e o aumento da longevidade, contribuíram para aumentar o número de casos no indivíduo idoso.

## CASO 1

Homem, de 79 anos, raça branca, admitido pelo Serviço de Urgência por icterícia.

O doente encontrava-se assintomático até 1 mês antes do internamento, tendo iniciado quadro de astenia, anorexia e emagrecimento de cerca de 5 Kg em 3 semanas.

Uma semana antes do internamento, inicia icterícia progressiva da pele e escleróticas.

Negava dor abdominal, febre, prurido, assim como ingestão de fármacos, contacto com doentes ictericos ou terapêutica injectável, sem hábitos etanólicos relevantes.

### Ao exame objectivo a referir:

Apirexia. PA/Art - 140/90 mm Hg, pulso 70 ppm rítmico e regular  
Icterícia da pele e escleróticas  
Sem adenomegalias  
AC - sem alterações  
Semiologia de derrame pleural bilateral  
Sem baço ou fígado palpáveis

### Os exames complementares à entrada revelaram:

Hgb 8,5 g/dl, VGM 112 fl, leucócitos 6.000/mm<sup>3</sup>, plaquetas 310.000/mm<sup>3</sup>, VSG 100 mm à 1ª hora.  
Bilirrubina total 4,2 mg/dl, indirecta 3,6 mg/dl, haptoglobina 5 mg/dl (vr13-169), desidrogenase láctica 682 UI.  
Teste de Coombs directo + IgG/C3  
VDRL - negativa  
Urina tipo II sem proteínas, bilirrubina presentes  
Glicose - ureia - creatinina - ionograma - transaminases - aldolase - creatinina - fosfoquinase e proteínograma plasmáticos, sem alterações  
Tele-radiografia do tórax - derrame pleural bilateral, mais importante à esquerda, exsudado - exame citológico, bacteriológico e células neoplásicas negativos.  
Face aos resultados, considerámos estar perante uma anemia imuno hemolítica.

**Exames realizados no decurso do estudo:**

Mielograma – normal

Marcadores tumorais (alfa-feto-proteína, Beta) – 2 microglobulina, CEA, PSA, CA 125, CA 19.9 – dentro dos valores de referência

Tomografia axial computadorizada (TAC) toraco-abdominal – excluiu a presença de lesões ocupando espaço e de adenopatias com significado tomodensitométrico patológico; revelou baço moderadamente aumentado de volume.

ANA – 1/320 – padrão homogêneo, anticorpo anti-DNA nativo +, anticorpo anti-cardiolipina IgM-87 (vr < 23)

Anti SSA, SSB, SCL70, Sm RNP, anti-centrómero e anti músculo liso – dentro dos valores de referência.

C3, C4, CH50 – dentro dos valores de referência

Líquido pleural – ANA – 1/320 – padrão homogêneo, C3 diminuído

Lupus Band test – negativo.

Biópsia muscular – normal.

**Evolução Clínica** – Ao 12º dia de internamento assistiu-se a deterioração do estado geral com acentuação da anemia e da icterícia. O baço era palpável 3 cm abaixo do bordo costal esquerdo.

Ao 14º dia de internamento, iniciou terapêutica com prednisona 1mg/Kg/dia, com normalização hematológica e clínica aos seis dias de terapêutica.

**CASO 2**

Homem, 69 anos, sexo masculino, raça branca, internado por pneumonia lobar direita / derrame pleural bilateral.

Na anamnese destacava-se – 9 meses antes, internamento por anemia, trombocitopenia e petéquias, tendo tido alta com o diagnóstico de púrpura trombocitopénica idiopática e medicado com prednisona 1 mg/Kg/dia, com remissão do quadro clínico e hematológico e suspensão da terapêutica 1 mês após a alta, permanecendo assintomático durante 6 meses.

Três meses antes do actual internamento, instalação progressiva de astenia, anorexia e emagrecimento (+- 10 Kg); 2 semanas antes, febre persistente +- 38°C e períodos de confusão mental.

**Antecedentes pessoais:**

Hipertensão arterial sisto-diastólica controlada com nifedipina 15 mg/dia; hábitos etanólicos de 80 g/dia.

**Exame objectivo** – desorientado temporo-especialmente com períodos de alucinações visuais.

Mau estado geral e de nutrição.

Febre - 38° C, PArt 135/70 mm Hg, pulso 102 ppm rítmico e regular. Polipneico – sem cianose.

Auscultação cardíaca sem alterações.

Auscultação pulmonar – murmúrio vesicular diminuído no 1/3 inferior bilateralmente, fervores crepitantes no 1/3 médio do campo pulmonar direito.

Sem organomegalias. Sem adenomegalias.

Sem sinais neurológicos. Sem sinais meníngeos.

**Seguem-se os resultados dos estudos complementares realizados:**

Hgb 10,4 g/dl, Htc 31%, leucócitos 3.310/mm<sup>3</sup>, reticulócitos 10%, plaquetas 225.000/mm<sup>3</sup>, VSG 70 mm na 1ª hora, desidrogenase láctica - 500 uI, PCR-4,9, Teste de Coombs directo IgG +, indirecto negativo, VDRL negativa.

Glicose - ureia - creatinina - ácido úrico - ionograma - estudo da coagulação - provas de função hepática - proteinograma plasmáticas e urina tipo II – valores normais.

Exame bacteriológico e cultural da expectoração e urina com pesquisa de BAAR e cultura em Lowenstein - negativas.

Hemoculturas – negativas, Widal e Hudleson – negativas.

ECG – critérios de hipertrofia ventricular esquerda.

Tele-radiografia do tórax – derrame pleural bilateral, pneumonia do lobo médio à direita.

Ecocardiograma – derrame pericárdico posterior.

TAC crânio encefálica – sem alterações.

TAC toraco abdominal – excluíram adenomegalias ou lesões ocupando espaço.

Efectuou terapêutica por um período de 12 dias com cefotaxima, mantendo-se febril apesar da remissão radiológica da pneumonia.

**Na continuação do estudo complementar, salienta-se:**

Agravamento da anemia (Hgb 8,6 g/dl) e da leucopénia (1.980/mm<sup>3</sup>).

Marcadores tumorais - CEA, CA 19.9, PSA – dentro dos valores de referência.

Fenómeno LE +++ (padrão homogêneo).

ANA 1/1280, anticorpo anti DNA nativo +, anti SSA +, SSB +.

C3, C4, CH50, anti-histona – dentro dos valores de referência.

Mielograma – sem alterações.

Ao 16º dia de internamento observou-se agravamento do estado geral, deterioração do sensorio e anemia mais marcada.

Inicia-se ao 19º dia prednisona (1 mg/Kg/dia), assistindo-se no 4º dia de corticoterapia a recuperação do estado de consciência e no 8º, regressão do quadro febril e melhoria dos parâmetros laboratoriais, assim como desaparecimento do derrame pleural.

**DISCUSSÃO**

Nos casos clínicos apresentados, e tendo em conta os Critérios de Diagnóstico da American Rheumatism Association - 1982 (*Quadro 1*), concluímos estar perante 2 casos de LES. No Caso 1 estavam presentes os critérios 6, 8, 9 e 10 e no Caso 2 os critérios 6, 8, 9, 10 e 11. (*Quadro 2*)

Não esquecendo todavia poder tratar-se duma situação secundária a processos neoplásicos, frequentes neste grupo etário, procedeu-se ao estudo exaustivo, excluindo-se patologia desse foro, quer no internamento, quer no seguimento durante 1 ano.

Segundo alguns autores<sup>4</sup> o diagnóstico de LES no idoso é retardado pela menor exuberância clínica – 40 meses versus 18 meses nos grupos mais jovens.

Quadro 1 – Critérios de Diagnóstico do Lupus Eritematoso Sistêmico - American Rheumatism Association 1982.

1	Exantema Malar
2	Exantema Discóide
3	Fotossensibilidade
4	Ulceração Oral
5	Artrite
6	Serosite
7	Alterações Renais
8	Alterações Hematológicas
	a) Anemia hemolítica
	b) Leucócitos < 4.000 em 2 ou mais determinações
	c) Linfopenia < a 1.500 em 2 ou mais determinações
	d) Trombocitopenia < a 100.000
9	Alterações Imunológicas
	a) Células LE
	b) Anticorpo anti DNA nativo
	c) Anti Sm
	d) VDRL falsamente positiva
10	ANA
11	Alterações Neurológicas

Diagnóstico de LES - pelo menos 4 dos critérios apresentados.

Quadro 2 – Critérios de Diagnóstico do Lupus Eritematoso Sistêmico nestes doentes (ARA 1982).

CASO 1	CASO 2
Serosite - derrame pleural bilateral	Serosite - derrame pleural bilateral e pericárdico
Anemia hemolítica	Psicose
Anticorpo anti DNA nativo	Células LE
ANA	Anticorpo anti DNA nativo
	ANA

Em algumas séries o principal achado em doentes mais idosos foi a maior prevalência das serosites e envolvimento pulmonar<sup>3,5-8</sup> e, ao invés, uma menor prevalência do envolvimento renal grave, articular, neuro-psiquiátrico e de manifestações dermatológicas.

Cervera et al.<sup>1</sup> em 1993, num estudo multicêntrico que envolveu cerca de 1.000 doentes com LES, 9% dos quais com idade > 50 anos, concluiu que as manifestações mais características do LES, tais como exantema malar, foto-sensibilidade, artrite e nefropatia são menos frequentes no idoso. Em contraste, há um maior número de *Sicca Syndrome*, sobretudo no decurso da doença.

A idade influencia não só o padrão clínico mas também o serológico. Foi sugerido<sup>4</sup> que os anticorpos anti Ro e La (SSA-SSB) eram mais prevalentes nos grupos dos idosos, e outros autores<sup>3</sup> concluíram haver uma menor frequência de anticorpo anti DNA nativo, assim como a hipocomplementemia em relação aos doentes mais jovens<sup>3,6</sup>.

Para explicar a variabilidade na expressão da doença os autores atribuem-na a factores demográficos e predisposições genéticas distintas, ou ainda à incapacidade de resposta de um sistema imune envelhecido<sup>6,9</sup>.

Foi ainda especulado<sup>8</sup> que os idosos e os jovens tenham diferentes determinantes genéticas da doença que responderiam a mecanismos de activação distintos.

As principais causas de morte no grupo dos idosos<sup>6</sup> não são consequência directa da doença mas sim da terapêutica prolongada com corticoides.

No sentido de evitar atrasos do diagnóstico deve ter-se em conta que a idade pode modificar o padrão de doença.

O LES no idoso apresenta-se assim de uma forma menos exuberante, tanto clínica como laboratorial.

Parece-nos importante salientar que a maioria das séries da literatura internacional se reporta a indivíduos com idade > 50 anos. Considerando que o conceito actual de idade geriátrica é > 65 anos, seria importante que novas séries se referissem a este último grupo, com o intuito de melhor se poder caracterizar esta doença em idade *verdadeiramente* geriátrica.

## BIBLIOGRAFIA

1. CERVERA R, KHAMASHTA M A, FONT J et al: Systemic Lupus Erythematosus: Clinical and Immunologic Patterns of Disease Expression in a Cohort of 1.000 Patients. *Medicine* 1993; 72: 113-24
2. HOPKINSON N: Epidemiology of Systemic Lupus Erythematosus. *Annals of the Rheumatic Diseases* 1992; 51:1292-4
3. JONSSON H, NIVED O AND STURFELT G: The Effect of Age on Clinical and Serological Manifestations in Unselected Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *J Rheumatol* 1988; 15:505-9
4. MADDISON P J: Systemic Lupus Erythematosus in the Elderly. *J Rheumatol* 1987; (Supp 13) 14:182-7.
5. UROWITZ M, STEVEN M B, SHULMAN L E: The Influence of Age in the Clinical Pattern of Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1967; 10:319-20.
6. HASHIMOTO H, TSUDA H, HIRANO T et al: Differences in Clinical and Immunological Findings of Systemic Lupus Erythematosus Related to Age. *J Rheumatol* 1987; 14:494-501.
7. BAKER S B, ROVERA J R, CAMPION W et al: Late Onset Systemic Lupus Erythematosus. *Am J Med* 1979; 66:727-32.
8. CATOGGIO L J, SHINNER R P, SMITH G et al: Systemic Lupus Erythematosus in Elderly - Clinical and Serological Characteristics. *J Rheumatol* 1984; 11:175-81.
9. FOAD B, SHEAN R P, KIRSEN A B: Systemic Lupus Erythematosus in the Elderly. *Arch Intern Med* 1972; 130:743-6