

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA (IMIP)**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO E LABORATORIAL DE
PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL
EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE RECIFE**

**EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND LABORATORY PROFILE
OF PATIENTS WITH CHILDHOOD-ONSET SYSTEMIC LUPUS
ERYTHEMATOSUS IN A REFERRAL HOSPITAL IN RECIFE**

Maria Guerra Costa¹, Ana Carolina de Godoy Araújo¹, Maria Eduarda Oliveira de Albuquerque¹, Zelina Barbosa de Mesquita¹, Emilia Maria Dantas Soeiro¹.

¹ Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS. Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861. Imbiribeira. Recife, PE, Brasil, CEP: 51.150-000

Reconhecimento do apoio ao estudo: FPS- Faculdade Pernambucana de Saúde, através do Programa Institucional de Iniciação Científica (PIC/FPS).

Autora correspondente: Maria Guerra Costa

Telefone pessoal: (81) 98746-2150

E-mail: mariaguerracosta@hotmail.com

As autoras negam quaisquer conflitos de interesse no desenvolvimento dessa pesquisa.

Aluna: Maria Guerra Costa

Função: Estudante de graduação do 8º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Telefone: (81) 98746-2150

Email: mariaguerracosta@hotmail.com

Orientadora: Zelina Barbosa de Mesquita

Função: Reumatologista Pediátrica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e tutora do Curso de Medicina da FPS.

Telefone: (81) 99965-7555

Email: zelinabarbosa@terra.com.br

Co-orientadora: Emilia Maria Dantas Soeiro

Função: Nefrologista Pediátrica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e tutora do Curso de Medicina da FPS.

Telefone: (81) 98988-9597

Email: emiliad.soeiro@hotmail.com

Co-autora: Ana Carolina de Godoy Araújo

Função: Estudante de graduação do 8º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Telefone: (81) 99877-8794

Email: ana_carolinagodoy@hotmail.com

Co-autora: Maria Eduarda Oliveira de Albuquerque

Função: Estudante de graduação do 8º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Telefone: (81) 99961-1844

Email: duda883@gmail.com

Instituição: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Área da pesquisa: Reumatologia pediátrica

RESUMO:

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune caracterizada pela produção de autoanticorpos que causam inflamação em diversos órgãos e dano tecidual. Sua etiologia ainda é desconhecida, mas seu surgimento é influenciado por diversos fatores. Quando o LES ocorre em crianças e adolescentes, passa a se chamar LES juvenil (LESj), uma forma mais grave que a doença em adultos. Portanto, é importante conhecer a clínica do LESj, assim como seu cuidado precisa ser mais rigoroso, devido ao impacto da doença e do seu tratamento no crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico de pacientes com diagnóstico de LES juvenil antes dos 18 anos em hospital de referência do Recife. **Métodos:** Estudo do tipo corte transversal observacional. Os dados foram coletados através da análise dos prontuários de pacientes com diagnóstico de LESj atendidos no ambulatório de Reumatologia Pediátrica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). **Resultados:** dos 47 pacientes com LESj, 78,7% eram do sexo feminino e 48,9% eram pardos, com idade média no diagnóstico de 10,8 anos, com média de critérios do *American College of Rheumatology* (ACR) e *Systemic Lupus Erythematosus International Collaborating Clinics* (SLICC) de 5,2 e 6,25, respectivamente. Quanto às manifestações clínicas, ao diagnóstico, 61,7% dos participantes apresentaram artrite; 57,4%, comprometimento renal; 46,8%, eritema malar e 29,8% úlceras orais. Em relação aos critérios laboratoriais, observou-se FAN positivo (93,6%), Anti-dsDNA (57,4%) e leucopenia (46,8%). Dos esquemas medicamentosos, 26,3% fizeram uso de terapia tripla com prednisona, MMF e hidroxicloroquina. 19 pacientes realizaram biópsia renal, sendo a lesão mais comum a nefrite lúpica classe IV. **Conclusão:** conclui-se que a maioria dos pacientes com LESj é do sexo feminino, cor parda, com idade média no diagnóstico de 10,8 anos, manifestando artrite, comprometimento renal, eritema malar e úlceras orais/nasais.

Palavras-chave: Lúpus Eritematoso Sistêmico, Epidemiologia, Criança, Adolescente.

ABSTRACT

Introduction: Systemic lupus erythematosus (SLE) is an autoimmune disease, which is characterized by the production of autoantibodies that cause inflammation in several organs and tissue damage. Although its etiology is still unknown, its onset is influenced by hormonal, environmental, genetic and immunologic factors. When SLE occurs in children and adolescents, it is called childhood-onset SLE (cSLE), which is more severe than the disease in adults. Therefore, it is important to know the clinical manifestations of cSLE, as well as its care must be stricter, because of the impact the disease and its treatment have on childhood and adolescent development. **Objective:** To outline the epidemiological profile of cSLE patients with diagnosis under the age of 18 years in a referral hospital in the city of Recife. **Methods:** Cross-sectional observational study. The data was collected through an analysis of the medical charts of patients with cSLE who were assisted in the Pediatric Rheumatology outpatient care unit in the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). **Results:** 78,7% out of the 47 patients were female, and 48,9% were brown-skinned (“pardos”), with a mean age at diagnosis of 10,8 years, and average *American College of Rheumatology* (ACR) and *Systemic Lupus Erythematosus International Collaborating Clinics* (SLICC) criteria of 5,2 and 6,25, respectively. Regarding clinical manifestations at diagnosis, arthritis was observed in 61,7%; renal involvement in 57,4%; malar erythema in 46,8%; and oral ulcers in 29,8%. As to the immunologic domain, ANA positivity (93,6%), Anti-dsDNA positivity (57,4%) and leukopenia (46,8%) were observed. Treatment was performed by triple therapy with prednisone, MMF and hydroxychloroquine in 26,3% of cases. Renal biopsy was performed in 19 patients and class IV lupus nephritis was the most common lesion. **Conclusion:** Most patients with cSLE were female, brown-skinned, with an average age at diagnosis of 10,8, presenting with arthritis, renal involvement, malar erythema and oral/nasal ulcers.

Keywords: Systemic Lupus Erythematosus, Epidemiology, Child, Adolescent.

INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune caracterizada pela produção de autoanticorpos, formação e deposição de imunocomplexos, inflamação em diversos órgãos e dano tecidual. Sua etiologia permanece ainda desconhecida, porém sabe-se da importante participação de fatores hormonais, ambientais, genéticos e imunológicos para o surgimento da doença. As características clínicas são polimórficas, e a evolução costuma ser crônica, com períodos de exacerbação e remissão.¹

LES afeta indivíduos de todas as raças, sendo 9 a 10 vezes mais frequente em mulheres durante a idade reprodutiva. A incidência estimada em diferentes locais do mundo é de aproximadamente 1 a 22 casos para cada 100.000 pessoas por ano, e a prevalência pode variar de 7 a 160 casos para cada 100.000 pessoas. No Brasil, estima-se uma incidência de LES em torno de 8,7 casos para cada 100.000 pessoas por ano. De todos os indivíduos com LES, 10 a 20% desenvolvem a doença na infância.^{1,2}

Quando o LES ocorre em crianças e adolescentes, sua denominação é acrescida do termo juvenil. LES juvenil (LESj) é fundamentalmente a mesma doença que ocorre nos adultos, com etiologia, patogênese, manifestações clínicas e achados laboratoriais semelhantes. Entretanto, o cuidado com crianças e adolescentes com LESj é diferente do cuidado com adultos devido ao impacto da doença e da sua terapia no crescimento e desenvolvimento físico e psicológico.^{3,4}

A melhor estimativa é de que o LESj afeta entre 5.000 e 10.000 crianças nos Estados Unidos.⁵ Os dados sobre a sua prevalência ainda são escassos no Brasil, mas é estimado que mundialmente a doença afeta de 3,3 a 9,7 para cada 100.000 crianças e adolescentes.⁶ O LESj afeta meninas mais comumente que meninos (8:1). Na faixa pré-puberal a proporção entre meninas e meninos diminui, porém continua sendo mais prevalente em meninas (4:1). Pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais prevalente após a primeira década de vida.⁷

A apresentação clínica do LES em crianças é diversa, e qualquer órgão ou sistema pode estar envolvido. Os sintomas iniciais mais comuns são: febre de início gradual, perda de peso e mal-estar, com deterioração do estado geral durante vários meses. Crianças também podem apresentar artrite em pequenas articulações e doença renal, ambas comumente negligenciadas antes do diagnóstico de LESj ser estabelecido. O *rash* malar clássico geralmente não está presente ao diagnóstico, e não deve ser

confiado para sugerir o diagnóstico de LESj. Pleurite e pericardite também são apresentações comuns.^{8,9}

O baixo índice de suspeição de LESj é o impedimento primário para um diagnóstico apropriado. Diagnósticos tardios podem ser devido a frequente ausência dos achados típicos de LESj no começo da doença ou à alta frequência de manifestações não específicas, como perda de peso, febre baixa crônica ou mal-estar.^{4,8}

Crianças que cumprem os critérios do *American College of Rheumatology* (ACR) possuem diagnóstico definitivo de LESj. O diagnóstico se baseia na presença de pelo menos quatro dos onze critérios citados na Tabela 1.^{10,11}

Entretanto, o critério do *Systemic Lupus Erythematosus International Collaborating Clinics* (SLICC) foi significativamente mais sensível que o critério ACR para o diagnóstico de LESj, especialmente em estágios precoces da doença. O critério SLICC para diagnóstico de LES requer quatro ou mais critérios, pelo menos um clínico e um imunológico, encontrados também na Tabela 1 deste artigo.^{12,13}

Após o diagnóstico, os objetivos da terapia de pacientes com LESj são: assegurar longo tempo de vida, atingir o menor nível possível de atividade da doença, prevenir danos aos órgãos, minimizar a toxicidade das drogas usadas no tratamento, melhorar a qualidade de vida e educar o paciente e sua família sobre seus papéis no gerenciamento da doença.^{14,15}

O prognóstico de crianças e adolescentes com LESj que recebem os cuidados apropriados geralmente é favorável. A maioria dos centros de cuidado consideram que crianças com LESj têm um bom prognóstico, porém alguns centros acreditam que a morbidade em pacientes pediátricos é maior do que em pacientes adultos.^{15,16} Metade dos pacientes apresentam doença crônica ativa, sendo o LES a 10ª maior causa de morte em mulheres de 15 a 24 anos de idade e a 15ª maior causa de morte em crianças entre 10 e 14 anos de idade nos Estados Unidos.¹⁷

MÉTODOS

Realizou-se um estudo de corte transversal, com o objetivo de descrever o perfil epidemiológico de pacientes, diagnosticados antes dos 18 anos, com LES juvenil (LESj) que são atendidos no Instituto de Medicina Integral de Pernambuco Professor Fernando Figueira (IMIP), hospital de referência para a doença no Recife. O estudo foi realizado entre agosto de 2019 e julho de 2020, sendo a coleta realizada no Ambulatório de Reumatologia Pediátrica entre outubro de 2019 a março de 2020, através da coleta presencial de dados e de prontuários.

A população coletada consistiu em 47 dos 57 pacientes com LESj em acompanhamento durante o período do estudo, sem perdas ou óbitos associados. Devido ao período de pandemia, não foi possível coletar os dados de todos os pacientes atendidos. De todo modo, conseguiu-se alcançar o N previsto para uma análise relevante.

Os pacientes assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando em participar da pesquisa. Foram incluídos no estudo os pacientes pediátricos com diagnóstico de LESj antes dos 18 anos atendidos no Ambulatório de Reumatologia Pediátrica do IMIP durante o período vigente da pesquisa.

A captação dos pacientes foi feita pela visita ao Ambulatório de Reumatologia Pediátrica, onde abordava-se os pacientes e responsáveis que estavam à espera da consulta. Após checar os critérios de inclusão e após a assinatura do TCLE e TALE, os dados dos prontuários foram analisados para preenchimento do formulário (apêndice 1) pelas pesquisadoras.

Os grupos de variáveis estudadas foram: perfil sociodemográfico, manifestações clínicas, achados laboratoriais e tratamento. Dentre as variáveis, incluem-se: idade atual, idade do momento do diagnóstico, sexo, peso, altura, IMC, cor, naturalidade, procedência, eritema malar, lesão discoide, fotossensibilidade, úlceras orais/nasais, artralgia, artrite, pleurite, pericardite, convulsão, psicose, alopecia não cicatricial, comprometimento renal, edema, anemia hemolítica, leucopenia, linfopenia, plaquetopenia, anti-dsDNA, anti-Sm, anticorpo antifosfolípide, FAN (Anticorpo Antinuclear), VDRL, C3, C4, CH50, anti-Ro, Coombs Direto, realização de biópsia renal, histórico familiar de LES/LESj, menarca, gravidez, paternidade, glicocorticoides, biológicos, imunossupressores e antimaláricos.

A dosagem cumulativa de glicocorticoides foi calculada de acordo com as datas e doses presentes nos prontuários, sua relação com outras variáveis foi avaliada através do Teste Shapiro Wilk. Para avaliar a probabilidade de se obter uma estatística de teste igual ou maior que aquela observada em uma amostra, sob a hipótese nula, foi obtido o valor-p. A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com 95,0% de confiança.

Para armazenamento e organização dos dados coletados, utilizou-se o programa Excel 2010 versão 14.0, com garantia de anonimato dos pacientes. Para o processamento e análise dos dados foi utilizado o programa Epi Info versão 7.2.3 e o programa R na versão 3.5.3. Os dados foram apresentados na forma de tabelas de frequências absolutas e relativas, além de medidas de tendência central e suas dispersões.

O presente estudo atende às normas da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP sob o número do **CAAE**: 20140319.5.0000.5201 e não possui nenhum conflito de interesse.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 47 pacientes pediátricos com diagnóstico de LESj antes dos 18 anos atendidos no ambulatório de Reumatologia Pediátrica do IMIP no período vigente da pesquisa, sem perdas associadas.

Conforme Tabela 2, a idade média dos pacientes no período da coleta de dados foi de 15 anos com desvio padrão (DP) de ± 3 . Destes, 37 indivíduos (78,7%) eram do sexo feminino. Quanto aos dados antropométricos, foram obtidos os dados de 27 pacientes. O IMC médio foi 22,6 kg/m² com DP ± 4 , com o total de 27% dos pacientes com peso acima do percentil 85. Avaliando a estatura, foi encontrado z score médio de -0,89, com 6 pacientes apresentando baixa estatura ($z < -2$).

A cor foi declarada por 39 pacientes, sendo a mais prevalente a parda, compondo 48,9% do total. Do ponto de vista sociodemográfico, 78,7% eram naturais e 87,2% eram procedentes da zona urbana.

No que se refere ao diagnóstico de LESj, a idade média no momento do diagnóstico foi de 10,8 anos (DP $\pm 2,5$), variando de 5 a 15 anos. Conforme Tabela 3, a média de critérios clínicos e laboratoriais preenchidos do ACR e SLICC no momento diagnóstico foram 5,2 e 6,25, respectivamente. Desses critérios apresentados, os mais prevalentes foram: artrite (61,7%); comprometimento renal (57,4%); eritema malar (46,8%) e úlceras orais (29,8%). Já em relação aos critérios laboratoriais, o FAN apresentou 93,6% de positividade, seguido pela positividade do Anti-dsDNA em 57,4% dos casos; seguidos de leucopenia (46,8%), anemia hemolítica (42,5%) e linfopenia (34%).

No curso da doença, de acordo com a Tabela 4, 46,8% dos pacientes apresentaram artralgia, seguido por edema em 44,6%, e eritema malar em 42,5% dos casos. Comprometimento renal e outras lesões de pele também tiveram alta prevalência: ambos presentes em 36,1% dos casos. Dessas lesões de pele, a mais comum foi Herpes Zóster, com 12,5% de prevalência. Ainda, 8,5% dos pacientes apresentaram outras doenças autoimunes associadas ao LESj, dentre elas: vasculite e hepatite autoimunes, púrpura trombocitopênica idiopática e linfocitose hemofagocítica.

Do ponto de vista da terapia medicamentosa, conforme Tabela 5, 97,8% fizeram uso de glicocorticoides, mais especificamente da prednisona. A dose cumulativa média no curso da doença foi calculada em 32 pacientes, obtendo-se valor de 25,9g (0,4g a 65,6g). Imunossuppressores [Azatioprina, Ciclofosfamida, Micofenolato de Mofetila

(MMF), Metotrexato e Tacrolimo] e Hidroxicloroquina também foram usados, ambos com frequência de 91,4%. Dos imunossupressores o mais utilizado foi o MMF (61,7%). Os efeitos adversos dos medicamentos utilizados para o tratamento da doença foram observados em 29,7% dos pacientes, sendo o mais comum Síndrome de Cushing, presente em 8,5% dos pacientes.

Dentre as pacientes do sexo feminino, 21 já apresentaram menarca, com uma idade média de 13,1 anos e DP $\pm 2,1$, e duas delas já haviam engravidado. Já entre os pacientes do sexo masculino, apenas um havia sido pai. No que engloba todos os pacientes, somente dois (4,6%) apresentavam história familiar de LES.

Dos 47 pacientes que participaram do estudo, 19 (40,4%) realizaram a biópsia renal, sendo a lesão histológica mais encontrada a nefrite lúpica classe IV, em 6 (31,5%) dos resultados. Outros resultados encontrados foram nefrite lúpica classe III em dois casos (10,5%), classes I, II e V, todas com um caso (5,2% cada) e nefrite lúpica não especificada em cinco resultados (26,3%). Três lesões (15,7%) não foram descritas em prontuários.

DISCUSSÃO

O estudo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico de pacientes com diagnóstico de LESj com idade abaixo de 18 anos em hospital de referência do Recife. Neste trabalho, encontrou-se uma média de idade no momento do diagnóstico de 10,8 anos. Segundo trabalho realizado em 2012 no Reino Unido, foi encontrada uma média de 12,6 anos;¹⁸ mesma média foi encontrada em estudo brasileiro realizado no Rio de Janeiro com inclusão de 79 pacientes.¹⁹ Nota-se, portanto, uma certa concordância entre a média encontrada no trabalho em relação a pesquisas pré-existentes.

O LESj foi mais frequente em não caucasianos com proporção de 3,2:1, dado corroborado por estudo brasileiro que apresenta 3,3:1 como relação entre não caucasianos e caucasianos.¹⁹ Em relação ao sexo, neste estudo, a predominância foi de meninas, na proporção de 3,7:1. Observou-se relação de 4,5:1 em estudo multicêntrico francês, com participação de 155 pacientes.²⁰

Conforme Tabela 6, indivíduos do sexo masculino, no presente estudo, apresentaram quadros clínicos mais graves ao diagnóstico em relação às meninas, manifestando comprometimento renal (60%), pleurite (40%) e pericardite (10%). Já as pacientes do sexo feminino possuíam tais afecções no momento do diagnóstico, respectivamente, em 56,7%, 5,4% e 8,1% dos casos. Devido ao pequeno número de meninos não foi possível analisarmos estatisticamente essa diferença. Em estudos na população pediátrica, os meninos com LESj apresentaram quadro clínico mais grave, com maior pontuação no SLICC/ACR, além de maior necessidade de hemodiálise e transplante nos que possuíam comprometimento renal.²¹

Nessa pesquisa, a média de critérios preenchidos do ACR e do SLICC foram de 5,2 e 6,25, respectivamente. De acordo com estudo com 722 pacientes com LESj no Canadá, a média de critérios preenchidos do ACR foi de 5,7 e do SLICC de 7,5.²²

As manifestações clínicas mais encontradas, em ordem de prevalência, no momento do diagnóstico foram artrite, comprometimento renal, eritema malar e úlceras orais/nasais, dados semelhantes aos encontrados em estudo norte-americano. O mesmo ocorreu com os achados dos exames hematológicos, nos quais percebeu-se que leucopenia/linfopenia, anemia hemolítica e trombocitopenia são os mais prevalentes.²³

O autoanticorpo mais prevalente foi o FAN (93,6%), seguido pelo Anti-dsDNA (57,4%) e Anti-Sm (38,3%). Dados concordantes com estudo brasileiro, no qual o FAN foi positivo em 94,5% dos casos, seguido pelo Anti-dsDNA e Anti-Sm.²⁴

Nesta pesquisa, 4,6% dos pacientes tinham casos de doenças autoimunes na família. Já em estudo conduzido no Reino Unido com 232 pacientes foi encontrada uma taxa de 38% de indivíduos com história familiar de doenças autoimunes.¹⁸ Essa disparidade pode ser devida à dificuldade de encontrar esses dados no prontuário, assim como ao obstáculo de o paciente saber informar. Também, não podemos descartar a possibilidade de diferenças nos perfis genéticos das duas populações justificarem em parte tal discrepância.

Com relação à biópsia renal, apesar da presença de comprometimento renal no momento do diagnóstico em 27 indivíduos, essa foi realizada somente em 19 pacientes. Dos resultados apresentados, 42% demonstraram nefrite lúpica classe III ou IV. Tais números diferem de estudo norte-americano que identificava nefrite lúpica de classes III e IV como 80% de todas as biópsias em pacientes com LESj.⁸ Essa diferença pode ser devida ao momento da indicação da biópsia que, em nossa pesquisa, foi realizada mais precocemente.

O tratamento do LESj é feito mais comumente com glicocorticoides, imunossuppressores, antimaláricos e biológicos, com o objetivo de manter a função dos órgãos e evitar lesões permanentes. Mais de 90% desses pacientes serão tratados com glicocorticoides em algum momento, e sua dose e duração dependem da manifestação ativa da doença.²⁵ Tal informação está de acordo com nosso estudo, uma vez que 97,8% dos pacientes fizeram uso de prednisona, apresentando dose cumulativa média de 25,9g no curso da doença. Esse valor foi próximo ao encontrado em estudo transversal com 36 pacientes em São Paulo, que obteve dose cumulativa média de 27,3g.²⁶

Dentre os agentes imunossuppressores, o MMF é mais utilizado para a indução de remissão na nefrite lúpica, enquanto a Azatioprina é eficaz para artrite, bem como erupção cutânea, citopenias ou serosite.²⁷ Tais imunossuppressores foram vastamente usados neste estudo, sendo o MMF (61,7%) e a Azatioprina (42,5%) os mais utilizados, em associação ou não. Comparando os resultados a um estudo de coorte brasileiro com 60 pacientes diagnosticados com LESj, cerca de 38% utilizaram MMF e Azatioprina, possivelmente pela maior frequência de nefrite lúpica nessa faixa etária.²⁴

A hidroxicloroquina é o antimalárico mais comumente utilizado no Brasil para o tratamento de sintomas leves, particularmente erupção cutânea e artrite, além de ser uma terapia de manutenção de doenças.²⁸ Nos resultados dessa pesquisa quase a totalidade

dos pacientes utilizava hidroxiclороquina (91,4%), resultado semelhante foi observado neste mesmo estudo de coorte, no qual 71,7% dos jovens utilizava antimaláricos.²⁴

Dos esquemas medicamentosos prescritos, o mais frequente foi a terapia tripla com prednisona, MMF e hidroxiclороquina (26,3%), seguido da combinação de prednisona, azatioprina e hidroxiclороquina (15,7%), sendo esses esquemas sugeridos para tratamento de LESj moderado ou para pacientes que necessitam de doses mais altas de corticosteroides por um período maior que 3 meses.⁴

Medicamentos biológicos, como o Rituximabe, são frequentemente utilizados no exterior para tratamento de artrite reumatoide, todavia, ainda são muito caros no Brasil. Seu uso está associado à melhoria nas manifestações renais, neuropsiquiátricas e hematológicas, principalmente trombocitopenia e anemia hemolítica, com redução concomitante no uso de glicocorticoides em pacientes com LESj.^{29,30} Na presente pesquisa, somente 2 pacientes (4,2%) foram tratados com a medicação, enquanto no estudo de coorte brasileiro, nenhum paciente utilizou.²⁴ Tais resultados confirmam a baixa utilização do fármaco para tratamento de LESj, dificultando a análise dos seus benefícios para controle da doença em nossa amostra.

Em relação a efeitos adversos dos fármacos utilizados para tratamento de LESj, o corticoide é um dos responsáveis, sendo seus principais efeitos: alterações psicológicas, aumento de peso corporal, retardo do crescimento, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes, úlcera péptica, infecções, síndrome de Cushing e supressão suprarrenal. É relevante ressaltar que a HAS também pode surgir no curso do LESj por outros fatores, como a obesidade e as lesões renais.³¹ Neste estudo, observou-se efeitos adversos em 29,8% dos pacientes, sendo a mais comum a síndrome de Cushing, com frequência de 8,5%.

Em relação ao retardo de crescimento pelo uso de corticosteroides, foram analisados o peso e a altura de 27 dos 47 indivíduos. Avaliaram-se os dados antropométricos de acordo com a OMS, para a classificação da estatura em relação à idade. Como resultado, 6 pacientes (22,2%) foram classificados com baixa estatura, com valores abaixo do percentil 5 e escore $z < -2$. Similarmente a estudo realizado no Omã com 67 pacientes, no qual a incidência de baixa estatura foi de 32%. No mesmo estudo, foi avaliada a dose cumulativa de corticoide nos indivíduos com baixa estatura, sendo encontrada dose cumulativa média de 15,8g de corticosteroides, enquanto o valor encontrado em nossa pesquisa foi de 20,3g.³²

Outras pesquisas também ressaltam que a idade ao diagnóstico menor que 10 anos seria um fator de risco adicional para baixa estatura, o que foi constatado em 4 dos 6 pacientes com estatura abaixo do percentil 5 em nosso estudo.^{33,34} Esses valores podem ter sido subestimados por dificuldade de obtenção dos dados de altura, já que não constavam em todos os prontuários.

Quanto ao IMC, a maioria dos participantes era eutrófica. Percebeu-se excesso de peso em 27% dos pacientes, sendo 14,8% classificados com sobrepeso (percentil entre 85 e 95), e 12,2% classificados como obesos (percentil acima de 95). Em nossa pesquisa, dos pacientes que apresentavam peso acima do percentil 85, a dose cumulativa média encontrada foi de 19,2g. Esse dado pode ser atribuído a maiores doses de corticosteroides para controle da doença no início do tratamento, o que está de acordo com estudo longitudinal italiano.³⁵

As limitações desta pesquisa foram o viés de busca, inerente à dificuldade de se encontrar dados clínicos, laboratoriais e resultados de exames complementares que, apesar de terem sido realizados, não constavam nos prontuários dos pacientes. Devido à pandemia da COVID-19, o processo de captação de pacientes foi interrompido, não impedindo obtenção do N proposto, mas prejudicando a captação de novos participantes. Além disso, por se tratar de um estudo observacional e descritivo, sem o objetivo de comparar resultados ou fazer análises mais aprofundadas, pode haver diferenças ou correlações importantes não avaliadas.

Considerando-se as limitações acima e a pouca quantidade de pesquisas relacionadas ao tema em Pernambuco, é importante o fomento de novas pesquisas capazes de relacionar os parâmetros apresentados com uma possível associação ao LESj. Dada a baixa prevalência da doença na população geral, estudos conduzidos em pacientes hospitalares, com registros de prontuários médicos, podem fornecer dados importantes para uma melhor compreensão do perfil desses pacientes.

CONCLUSÃO

A maioria dos pacientes atendidos no IMIP com LESj é do sexo feminino, cor parda, eutrófica, natural e procedente da zona urbana e com idade média ao diagnóstico em torno de 10 anos.

Em geral, esses pacientes manifestam, em ordem de prevalência no diagnóstico, artrite, comprometimento renal, eritema malar e úlceras orais/nasais.

O tratamento envolve principalmente corticosteroides – sendo a Prednisona o mais comum – imunossupressores e antimaláricos. O uso de medicamentos biológicos, como o Rituximabe, ainda é restrito no Brasil, todavia esse apresenta-se como uma terapia promissora para melhora das manifestações clínicas e laboratoriais do LESj, devendo ser mais investigado.

O uso prolongado de corticosteroides pode estar relacionado ao retardo de crescimento e maior risco de sobrepeso, obesidade e HAS em pacientes com LESj, sendo necessária investigação continuada para confirmação de causa e efeito.

DEFINIÇÃO DE AUTORIA

Para que este trabalho fosse realizado e concluído, foi necessária a contribuição intelectual e operacional de todos os participantes em todas as etapas do processo. Todos os participantes citados participaram ativamente da criação, elaboração e submissão do projeto, da coleta de dados, do processamento, elaboração e análise do banco de dados e da apresentação dos resultados deste presente artigo em evento científico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.º 100 - Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Lúpus Eritematoso Sistêmico. [Internet]. 2013.
- 2-** Boddaert J, et al. Late-onset systemic lupus erythematosus: a personal series of 47 patients and pooled analysis of 714 cases in the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2004; 83(6):348-59.
- 3-** Bernardes VP, et al. Lúpus eritematoso sistêmico juvenil: diagnóstico de doença crônica e dinâmica familiar. *Barbaroi*. 2011; (35):75-90
- 4-** Klein-Gitelman M. Systemic lupus erythematosus (SLE) in children: Treatment, complications, and prognosis. Uptodate. 2019
- 5-** Pineles D, et al. Worldwide incidence and prevalence of pediatric onset systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2011; 20(11):1187-92.
- 6-** Levy DM. Systemic lupus erythematosus (SLE) in children: Clinical manifestations and diagnosis. Uptodate.
- 7-** Lehman TJ, et al. Systemic lupus erythematosus in the first decade of life. *Pediatrics*. 1989; 83(2):235-9.
- 8-** Levy DM, Kamphuis S. Systemic lupus erythematosus in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 2012; 59(2):345-64.
- 9-** Stichweh D, Arce E, Pascual V. Update on pediatric systemic lupus erythematosus. *Curr Opin Rheumatol*. 2004; 16(5):577-87.
- 10-** Tan EM, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1982; 25(11):1271-7.
- 11-** Sato EI, et al. Lúpus eritematoso sistêmico: acometimento cutâneo/articular. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2006; 52(6):384-6.
- 12-** Tao JJ, et al. Comparison of Sensitivities of American College of Rheumatology and Systemic Lupus International Collaborating Clinics Classification Criteria in Childhood-onset Systemic Lupus Erythematosus. *Journal Of Rheumatology*. 2019.
- 13-** Petri M, et al. Derivation and validation of Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2012; (64):2677-86

- 14-** Vollenhoven RF, et al. Treat-to-target in SLE: recommendations from an international task force. *Ann Rheum Dis.* 2014; 73(6):958-67.
- 15-** Bertsias G, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics. *Ann Rheum Dis.* 2008; 67:195-205.
- 16-** Hersh AO, et al. Differences in long-term disease activity and treatment of adult patients with childhood- and adult-onset systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2009; 61(1):13-20.
- 17-** Yen EY, Singh RR. Brief Report: Lupus-An Unrecognized Leading Cause of Death in Young Females: A Population-Based Study Using Nationwide Death Certificates, 2000-2015. *Arthritis Rheumatol.* 2018; 70(8):1251-5.
- 18-** Watson L, et al. Disease activity, severity, and damage in the UK Juvenile-Onset Systemic Lupus Erythematosus Cohort. *Arthritis and rheumatism.* 2012; 64: 2356-65.
- 19-** Schlömer ARA. Manifestações clínicas e sobrevida em 5 e 10 anos de 79 crianças e adolescentes com Lupus Eritematoso sistêmico acompanhados no Hospital Universitário Pedro Ernesto. *Revista de Pediatria - SOPERJ.* 2006; 7(2):19
- 20-** Bader-Meunier B, et al. Initial presentation of childhood-onset systemic lupus erythematosus: a French multicenter study. *The Journ of Pediat.* 2005; 146(5): 648-53.
- 21-** Al-Mayouf, SM, Al Sonbul, A. (2008). Influence of gender and age of onset on the outcome in children with systemic lupus erythematosus. *Clinical Rheumatology.* 2008; 27(9), 1159–1162.
- 22-** Tao JJ, et al. Comparison of Sensitivities of American College of Rheumatology and Systemic Lupus International Collaborating Clinics Classification Criteria in Childhood-onset Systemic Lupus Erythematosus. *J Rheumatol.* 2019; 46(7):731-8.
- 23-** Hiraki LT, et al. Clinical and laboratory characteristics and long-term outcome of pediatric systemic lupus erythematosus: a longitudinal study. *J Pediatr.* 2008; 152(4):550-6.
- 24-** Medeiros MMC, et al. Clinical and immunological aspects and outcome of a Brazilian cohort of 414 patients with systemic lupus erythematosus (SLE): comparison between childhood-onset, adult and late-onset SLE. *Lupus.* 2016; 25(4):355-63.

- 25-** Brunner HI, et al. Corticosteroid use in childhood-onset systemic lupus erythematosus-practice patterns at four pediatric rheumatology centers. *Clin Exp Rheumatol.* 2009; 27(1):155-62.
- 26-** Dos Santos MC, et al. Comprometimento da habilidade verbal no lúpus eritematoso sistêmico juvenil. *Rev. Bras. Reumatol.* 2010; 50(4):362-367
- 27-** Ginzler EM, Dooley MA, Aranow C, et al. Mycophenolate mofetil or intravenous cyclophosphamide for lupus nephritis. *N Engl J Med.* 2005; 353:2219–28.
- 28-** Lee SJ, Silverman E, Bargman JM. The role of antimalarial agents in the treatment of SLE and lupus nephritis. *Nat Rev Nephrol.* 2011; 7(12):718-29.
- 29-** McCarthy E, et al. Short-term efficacy and safety of rituximab therapy in refractory systemic lupus erythematosus: Results from the British Isles lupus assessment group biologics register. *Rheumatology.* 2018; 57(3):470–9.
- 30-** Mahmoud I, et al. Efficacy and Safety of Rituximab in the Management of Pediatric Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review. *J Pediatr.* 2017; 187:213-219
- 31-** Oliveira SKF. *Lupus Eritematoso Sistêmico Juvenil. Reumatologia para pediatras.* Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p.132-52.
- 32-** Abdalla, Eiman et al. Growth Pattern in Children with Systemic Lupus Erythematosus. *Oman Medical Journal.* 2017; 32(4): 284-90.
- 33-** Baker-LePain JC, Nakamura MC, Shepherd J, von Scheven E. Assessment of bone remodelling in childhood-onset systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford).* 2011; 50(3):611-9.
- 34-** Heshin-Bekenstein M, Perl L, Hersh AO, et al. Final adult height of patients with childhood-onset systemic lupus erythematosus: a cross sectional analysis. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2018; 16(1):30.
- 35-** Rygg M, Pistorio A, et al. A longitudinal PRINTO study on growth and puberty in juvenile systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis.* 2012; 71(4):511-7.

TABELAS

Tabela 1. Critérios de classificação ACR e SLICC para diagnóstico de LESj

Critérios ACR (≥4 critérios)	Critérios SLICC (≥4 critérios)
1. Eritema malar	<u>Critérios clínicos (pelo menos 1 critério)</u>
2. Lesão discoide	Lúpus Cutâneo Agudo
3. Fotossensibilidade	Lúpus Cutâneo Crônico
4. Úlcera oral (ou nasofaríngea)	Alopecia não cicatricial
5. Artrite (≥2 articulações)	Úlceras orais ou nasais
6. Serosite (Pericardite ou Pleurite)	Doença Articular
7. Transtornos renais (Proteinúria > 0,5g/dia ou cilindros celulares)	Serosite (Pleurite ou Pericardite)
8. Transtornos neurológicos (convulsões ou psicose sem outra causa associada)	Renal (Proteinúria > 0,5g/dia ou cilindros hemáticos)
9. Transtornos hematológicos (Anemia hemolítica; Leucopenia ou Linfopenia; Trombocitopenia)	Neurológico (convulsão, psicose, mielite, neuropatia, estado confusional agudo)
10. Transtornos imunológicos (Anti-DNA, Anti-Sm, Anticardiolipina IgG/IgM, Anticorpos antifosfolipídeos)	Anemia hemolítica
11. Anticorpo antinuclear (FAN)	Leucopenia (<4.000) ou Linfopenia (<1.000)
	Trombocitopenia (<100.000)
	<u>Critérios imunológicos (pelo menos 1 critério)</u>
	Anticorpo antinuclear (FAN)
	Anti-DNA
	Anti-Sm
	Anticorpos antifosfolipídeos
	Coombs Direto (+), se ausência de anemia
	Complemento diminuído (C3, C4, CH50)

Fonte: ACR, 1997 (atualização de 1982) e SLICC, 2012

Tabela 2. Características de pacientes com LESj atendidos no setor de reumatologia do IMIP no período de 2019 a 2020

Características	X (média)	DP (±)
Idade no diagnóstico	10,85	2,56
Idade no momento da coleta	15,89	3,27
Idade da menarca	13,14	2,17
Peso (Kg)	52,28	13,59
Altura (m)	1,53	0,07
Z score médio	-0,89	
IMC (Kg/m²)	22,61	3,91
	N	%
Sexo		
Feminino	37	78,72
Masculino	10	21,28
Cor		
Amarela ou Indígena	0	-
Branca	9	19,15
Parda	23	48,94
Negra	7	14,89
Preferiram não declarar	8	17,02
Naturalidade		
Zona Rural	10	21,28
Zona Urbana	37	78,72
Procedência		
Zona Rural	6	12,77
Zona Urbana	41	87,23
Histórico familiar de LES	2	4,25
Sexo feminino - já engravidaram?	2	5,41
Sexo masculino - Já tiveram filhos?	1	10
Realizaram biópsia renal	19	40,43

Fonte: IMIP, 2020

Tabela 3. Principais critérios clínicos e laboratoriais em pacientes com LESj no momento do diagnóstico segundo os critérios ACR e SLICC

Critérios ACR/SLICC	N	%
Artrite	29	61,70%
Comprometimento renal	27	57,45%
Nefrite	11	23,40%
Eritema malar	22	46,81%
Úlceras orais/nasais	14	29,79%
Critérios hematológicos		
Leucopenia	22	46,81%
Anemia hemolítica	20	42,55%
Linfopenia	16	34,04%
Trombocitopenia	14	29,79%
Critérios imunológicos		
FAN	44	93,62%
Anti-dsDNA	27	57,45%
Anti-Sm	18	38,40%
Média de critérios ACR/SLICC por paciente	<i>X</i>	
Critérios preenchidos do ACR	5,2	
Critérios preenchidos do SLICC	6,25	

Fonte: IMIP, 2020

Tabela 4. Manifestações clínicas mais comuns em pacientes com LESj durante o curso da doença

Características	N	%
Artralgia	22	46,80
Edema	21	44,68
Eritema	20	42,55
Comprometimento renal	17	36,17
Lesão cutânea	17	36,17
Alopecia	13	27,65
Artrite	12	25,53
Úlceras orais/nasais	9	19,14
Lesão Discoide	7	14,89
Fotossensibilidade	5	10,63

Fonte: IMIP, 2020

Tabela 5. Esquemas terapêuticos mais usados para tratamento de LES juvenil, com dose cumulativa de glicocorticoides



Características	N	%
Glicocorticoide		
Prednisona	46	97,87
Dose cumulativa <10g	7	
Dose cumulativa ≥10g e <20g	7	
Dose cumulativa ≥20g e <30g	7	
Dose cumulativa ≥30g	11	
Dose cumulativa ($X=25,94$ e $DP=18,01$) *		
Imunossuppressores		
Azatioprina	20	42,55
Ciclofosfamida	6	12,7
Micofenolato de Mofetila (MMF)	29	61,7
Metotrexato (MTX)	2	4,25
Tacrolimo	1	2,12
Antimalárico		
Hidroxicloroquina	43	91,48
Biológico		
Rituximabe	2	4,25
Outros		
Ácido Acetilsalicílico (AAS)	2	4,25
Anlodipino	5	10,63
Enalapril	25	53,19
Furosemida	9	19,14
Losartana	2	4,25
Metilprednisolona	7	14,89
Ranitidina	4	8,51
Sinvastatina	1	2,12
Suplementos vitamínicos**	11	23,4

(*Foram encontrados valores de $p<0.001$ para a relação dose cumulativa e baixa estatura, e $p<0.01$ para a relação dose cumulativa e obesidade)

(**Vitamina C e D, sulfato ferroso, cálcio, ácido fólico)

Fonte: IMIP, 2020

Tabela 6. Comparativo de complicações no momento do diagnóstico e no curso da doença entre os sexos masculino e feminino

Complicações graves	 (N=37)	%	 (N=10)	%
No momento diagnóstico				
Pleurite	2	5,4	4	40
Pericardite	3	8,1	1	10
Convulsão sem outra causa	2	5,4	0	-
Psicose	0	-	0	-
Comprometimento renal	21	56,7	6	60
No curso da doença				
Pleurite	3	8,1	0	-
Pericardite	3	8,1	1	10
Convulsão sem outra causa	3	8,1	1	10
Psicose	3	8,1	1	10
Comprometimento renal	13	35,1	4	40

Fonte: IMIP, 2020

APÊNDICES

APÊNDICE 1. FORMULÁRIO PARA COLETA DOS DADOS

TÍTULO DO PROJETO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO E LABORATORIAL DE PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE RECIFE.

Número do formulário: _____

Pesquisador _____

Local _____

Data da coleta de dados ____/____/____

Data da 1ª. Revisão ____/____/____ Data da Digitação ____/____/____

Data da 2ª. Revisão ____/____/____

Data da 3ª. Revisão ____/____/____

I. IDENTIFICAÇÃO (ETIQUETA)

Nome _____ Registro _____

Data da admissão ____/____/____ Data de nascimento ____/____/____

Endereço: _____

Telefone: () _____-_____

II. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS

Idade: _____ anos

Sexo: 1. Feminino 2. Masculino

Cor: 1. Branca 2. Negra 3. Parda 4. Indígena 5. Outras

Peso (kg): _____ Altura (m): _____ IMC: _____

III. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Naturalidade 1. Zona rural 2. Zona urbana Cidade: _____

Procedência: 1. Zona rural 2. Zona urbana Cidade: _____

IV. IDADE NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO: _____ anos

V. CRITÉRIOS CLÍNICOS DO AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY (ACR) NO MOMENTO DIAGNÓSTICO

Eritema malar	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Artrite	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Lesão discoide	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Fotossensibilidade	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Úlceras orais/nasais	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Pleurite	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Pericardite	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Convulsão sem outra causa associada	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Psicose	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Comprometimento renal	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Se sim, qual? _____	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*

VI. CRITÉRIOS LABORATORIAIS DO AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY (ACR) NO MOMENTO DIAGNÓSTICO

Anemia hemolítica	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Leucopenia (<4.000/ml)	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Linfopenia (<1.500/ml)	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Plaquetopenia (<100.000/ml)	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Anti-dsDNA	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Anti-Sm	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Anticorpo antifosfolípide	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
FAN (Anticorpo Antinuclear)	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*

VII. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS NO CURSO DA DOENÇA

Eritema malar	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Lesão discoide	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Fotossensibilidade	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Úlceras orais/nasais	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Artralgia	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Artrite	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Pleurite	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Pericardite	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Convulsão sem outra causa associada	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Psicose	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Comprometimento renal	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*
Alopecia não cicatricial	1. <input type="checkbox"/> Não	2. <input type="checkbox"/> Sim	3. <input type="checkbox"/> NCP*

Edema 1. Não 2. Sim 3. NCP*

Outras, quais: _____

*NCP: Não Consta no Prontuário.

VIII. TERAPÊUTICA UTILIZADA DESDE O DIAGNÓSTICO

A – Glicocorticoides. Se sim, qual? _____

Dose cumulativa: _____

B – Biológicos. Se sim, qual? _____

C – Imunossupressores. Se sim, qual? _____

D – Antimaláricos – Se sim, qual? _____

E – Outros Medicamentos: _____

IX. EFEITOS ADVERSOS DOS MEDICAMENTOS:

X. BIÓPSIA RENAL

Tipo de lesão histológica: _____

Quando foi realizada: _____

XI. PARENTES COM LÚPUS (MÃE, PAI E/OU IRMÃOS): Sim Não

Quem? _____

MENINAS:

Menarca: _____ Anos

Já engravidaram? Sim Não

MENINOS:

Já foram pais? Sim Não