

Revista Brasileira de Saúde

ISSN 3085-8089

vol. 2, n. 2, 2026

... ARTIGO 11

Data de Aceite: 21/01/2025

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO DE INÍCIO TARDIO COM NEFRITE LÚPICA E HIPOPLASIA MEDULAR REACIONAL: RELATO DE CASO

Vinicius Almeida Leme



Todo o conteúdo desta revista está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Resumo: O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune multissistêmica, cuja forma de início tardio representa até 20% dos casos e pode apresentar manifestações clínicas atípicas. Relata-se o caso de um homem de 64 anos, previamente hígido, que apresentou quadro de astenia, perda de peso, lesões cutâneas, epistaxe e gengivorragia. Inicialmente tratado como desnutrição, evoluiu com citopenias graves. Os exames laboratoriais revelaram anemia macrocítica, plaquetopenia acentuada, Coombs direto positivo, hipocomplementemia e FAN 1/640 (padrão nuclear homogêneo). Durante a internação, apresentou melhora parcial com prednisona e fluconazol, e posterior introdução de hidroxiquina após confirmação diagnóstica de LES com nefrite lúpica e hipoplasia medular reacional. O caso evidencia a importância de suspeitar de LES em pacientes idosos com manifestações hematológicas e cutâneas, reforçando o valor do diagnóstico precoce e da conduta baseada nas diretrizes mais recentes.

Palavras-chave: Lúpus eritematoso sistêmico. Nefrite lúpica. Hipoplasia medular. Idoso. Autoimunidade.

Introdução

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória autoimune crônica e multissistêmica, caracterizada por ampla heterogeneidade clínica e laboratorial. Acomete predominantemente mulheres em idade fértil, mas até 10–25% dos casos podem apresentar início após os 50 anos, sendo definidos como lúpus de início tardio (BINDROO et al., 2023). Em pacientes idosos, a apresentação costuma ser mais insidiosa, com maior frequência

de manifestações constitucionais e hematológicas, e menor acometimento renal ou neuropsiquiátrico. O diagnóstico frequentemente é retardado, devido à sobreposição com outras condições, como infecções, neoplasias ou estados carenciais (FANOURIAKIS et al., 2024). Este trabalho tem por objetivo relatar um caso de lúpus eritematoso sistêmico de início tardio, com nefrite lúpica leve e hipoplasia medular reacional, destacando os desafios diagnósticos e terapêuticos no contexto do paciente idoso.

Relato do Caso

Paciente J.C.O.C, masculino, 64 anos, natural e procedente de Bragança Paulista, trabalhador da construção civil, com status vacinal desconhecido, sem viagens recentes ou contato com animais. Mora sozinho. Há dois meses, iniciou quadro de astenia progressiva, associada a perda de peso não quantificada, inapetência, lesões cutâneas em regiões fotoexpostas, epistaxe e gengivorragia. Foi avaliado inicialmente em unidade básica, sendo tratado como desnutrição, sem melhora. Evoluiu com agravamento das lesões cutâneas e citopenias progressivas. Exames laboratoriais mostraram: hemoglobina 12,3 g/dL, leucócitos 5.348/mm³, plaquetas 50.000/mm³, potássio 3,1 mEq/L, sódio 137 mEq/L e PCR 46,9 mg/L. Dois dias depois, houve piora: Hb 9,6 g/dL, leucócitos 5.000/mm³, plaquetas 3.000/mm³, motivando encaminhamento a hospital terciário em 08/09/2025. Na admissão, apresentava-se em regular estado geral, descorado, desidratado, anictérico e acianótico. Ao exame físico, observavam-se lesões descamativas hiperemiadas com bordas bem definidas em região cervical, nuca e tórax ântero-superior, em padrão em “V”, com lesões purpúricas vinhosas (até 1 cm)

nas bordas e disseminadas em menor número em membros superiores. Havia petéquias em face e membros inferiores, sinais de epistaxe e gengivorragia recentes, e lesões esbranquiçadas em placas indolores na mucosa oral. Fígado palpável a 1 cm do rebordo costal, sem esplenomegalia ou edema periférico. Exames cardiovascular e pulmonar sem alterações. Laboratorialmente: Hb 9,4 g/dL; Ht 28,7%; leucócitos 4.800/mm³; plaquetas 10.000/mm³; reticulócitos 1,33%; cálcio 7,5 mg/dL; albumina 2,4 g/dL; potássio 2,7 mEq/L; sódio 146 mEq/L; creatinina 1,16 mg/dL; uréia 45 mg/dL; TGO 172 U/L; TGP 46 U/L; DHL 558 U/L; VHS 112 mm; PCR <6 mg/L. Foi internado para investigação diagnóstica e recebeu prednisona 80 mg/dia pela trombocitopenia e flucanazol para monilíase oral. Sorologias para sífilis, HIV e hepatites B e C foram negativas. Coombs direto 3+; haptoglobina 66; ferritina >2000 ng/mL; ácido fólico 3,6 ng/mL; ferro sérico 65 µg/dL; transferrina 174 mg/dL; saturação de transferrina 27%; vitamina B12 638 pg/mL; TSH 5,8 µUI/mL; T4L 1,3 ng/dL. O ultrassom abdominal mostrou esteatose hepática e colelitíase sem sinais inflamatórios. A TC de tórax revelou linfonodos mediastinais e axilares até 1,8 cm, enquanto as TCs de crânio e abdome não evidenciaram outras alterações relevantes. Hemogramas seriados demonstraram discreta melhora progressiva das plaquetas (5.000 → 31.000/mm³ entre 09 e 17/09). O mielograma mostrou material hipocelular com substituição gordurosa extensa e hemodiluição, sem megacariócitos visíveis. Os exames imunológicos evidenciaram: FAN 1/640 (padrão nuclear homogêneo), anti-DNA reagente (1/10), anticardiolipina IgG/IgM negativos, anti-Ro, anti-La, anti-RNP e anti-Sm negativos, anticoagulante lúpico ausente, C3 43,9 mg/dL e C4 <2

mg/dL. Proteinúria de 24h: 255 mg/24h; relação proteína/creatinina: 1,38. Foi confirmado o diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico de início tardio com nefrite lúpica leve. Introduzido hidroxycloquina em 15/09, mantendo-se prednisona, com melhora cutânea e hematológica. Durante o seguimento ambulatorial (01/10), apresentou-se assintomático e com laudo de biópsia de medula óssea demonstrando distribuição irregular do tecido hematopoiético, com áreas acentuadamente hipocelulares alternadas com áreas normocelulares, três séries hematopoiéticas preservadas e megacariócitos escassos sem displasia. Não havia aumento de reticulina nem infiltração atípica, sendo compatível com hipoplasia medular reacional associada ao LES.

Discussão

O caso descrito exemplifica uma forma rara de lúpus eritematoso sistêmico de início tardio em paciente masculino. Embora o LES seja mais comum em mulheres jovens, sua forma tardia apresenta espectro clínico distinto, com predomínio de manifestações constitucionais e hematológicas (BINDROO et al., 2023). A associação de citopenias graves, FAN alto título, anti-DNA positivo e hipocomplementemia foi determinante para o diagnóstico, conforme os critérios EULAR/ACR 2019 (FANOURIAKIS et al., 2024). A hipoplasia medular reacional descrita na biópsia está relacionada a supressão autoimune reversível, frequentemente observada em atividade lúpica, e distingue-se da aplasia medular primária e de infiltrações malignas (LUPUS FOUNDATION OF AMERICA, 2023). Estudos recentes mostram que o lúpus de início tardio apresenta menor frequência de nefrite grave, mas maior morbimortalidade devi-

do a infecções e complicações terapêuticas (BINDROO et al., 2023; FANOURIAKIS et al., 2024). O manejo atual, conforme as recomendações EULAR 2023, preconiza o uso universal de hidroxicloroquina e redução progressiva de corticoides, associando imunossupressores em casos refratários.

Conclusão

O lúpus eritematoso sistêmico de início tardio deve ser considerado em pacientes idosos com citopenias, lesões cutâneas e sintomas constitucionais de causa indeterminada. A hipoplasia medular reacional pode representar expressão hematológica da doença ativa. O diagnóstico precoce e o manejo conforme diretrizes atuais são essenciais para reduzir morbimortalidade.

Referências

BINDROO, M. A. et al. Late onset systemic lupus erythematosus – clinical and autoantibody profile and its comparison with young onset systemic lupus erythematosus. *Mediterranean Journal of Rheumatology*, v. 34, n. 4, p. 454–459, 2023.

FANOURIAKIS, A. et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Annals of the Rheumatic Diseases*, v. 83, n. 1, p. 1489–1501, 2024.

LUPUS FOUNDATION OF AMERICA. 2023 updates to EULAR recommendations for management of systemic lupus erythematosus. 2023.