

CASE REPORT

**PACIENTE COM ESCLERODERMIA SISTÊMICA E ARTRITE REUMATOIDE:
UM RELATO DE CASO**

Bárbara Chaves Lopes Machado¹, Bruna Elias Parreira², Bruno Sousa Pires³, Laura Barbosa Oliveira⁴

RESUMO

Introdução: A artrite reumatoide e a esclerodermia são doenças reumatológicas multissistêmicas que afetam o tecido conjuntivo. Seus efeitos sobre a gravidez são incertos. Poucos relatos científicos são encontrados, alguns apontando menor número de prole em portadoras dessas doenças, além de alterações no curso da gestação e da doença reumatológica. **Relato de caso:** Apresentamos o caso de uma gestante de 20 anos, solteira, parda, auxiliar de produção e portadora de artrite reumatoide e esclerodermia de longa data. Estava em acompanhamento no pré-natal de alto risco a partir da 20^a semana de gestação. Teve os períodos peri e pós-natal conduzidos no Hospital e Maternidade Dona Regina, em Palmas-TO. Durante os primeiros cinco meses a paciente não tinha ciência da gestação e fazia uso de medicações que são contraindicadas na gravidez. Após avaliação obstétrica, não apresentou alterações clínico-laboratoriais ou de imagem, sendo então indicado e realizado o parto cesariano sem intercorrências para a mãe e o recém-nascido. **Conclusão:** O manejo de gestantes portadoras de doenças reumatológicas é um desafio para os médicos assistentes, devido à escassez de relatos, diretrizes e à singularidade de cada caso. O acompanhamento pré-natal deve ser intensivo, para melhor desfecho da gestação.

Palavras-chave: Doenças Reumáticas. Gravidez de Alto Risco. Escleroderma Sistêmico. Artrite Reumatoide. Fertilidade.

¹ Médica Residente em Cirurgia Geral pela Universidade Federal do Tocantins;

² Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia;

³ Médico Residente em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal do Tocantins;

⁴ Médica Ginecologista e Obstetra e Professora de Medicina da Universidade Federal do Tocantins.

PREGNANT WOMEN WITH SYSTEMIC SCLERODERMA AND RHEUMATOID ARTHRITIS: A CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction: Rheumatoid arthritis and scleroderma are multisystemic rheumatic diseases affecting connective tissue. Its consequences on pregnancy are uncertain. Few scientific reports are found, some of them showing fewer offspring in carriers of these diseases, as well as changes in the course of pregnancy and rheumatic disease. **Case report:** We present the case of a pregnant woman 20 years old, single, brown, production assistant and carrier rheumatoid arthritis and longtime scleroderma. She had been seen in prenatal high risk from the 20th week of gestation. She had the peri and postnatal conducted at Hospital Dona Regina, Palmas-TO. During the first five months the patient was unaware of pregnancy and made use of medications that are contraindicated in pregnancy. After obstetric evaluation did not present clinical and laboratory or imaging problems, and then indicated and performed cesarean delivery without complications for the mother and the newborn.

KEYWORDS: Rheumatic Diseases. Pregnancy, High-Risk. Scleroderma, Systemic. Arthritis, Rheumatoid. Fertility.

INTRODUÇÃO

A Esclerodermia é uma doença multissistêmica de causa desconhecida, caracterizada por fibrose e espessamento da pele resultantes do acúmulo de tecido conjuntivo e pelo envolvimento dos órgãos viscerais. Sua média de prevalência é de 1 em 10.000, com um predomínio do sexo feminino (3:1). Os sintomas de esclerose sistêmica envolvem seus ataques ao trato gastrointestinal, coração, pulmões e rins. A característica da doença é a superprodução de colágeno normal. Isso resulta em fibrose de pele e do trato gastrointestinal, especialmente do esôfago distal⁴.

É difícil tirar conclusões claras sobre a fertilidade em mulheres com esclerose sistêmica (ES). Na década de 1950 pensava-se que as mulheres com ES tinham baixa fertilidade devido à baixa incidência de gravidez em pacientes com doença pré-existente. No entanto, estudos posteriores mostraram resultados mistos com relação às taxas de gravidez e para a frequência de dificuldade de engravidar entre as mulheres com ES, tanto antes como após o diagnóstico¹. A partir de 1971, foram notificados apenas 12 casos de gravidez em mulheres com ES, sendo portanto, escassa a literatura sobre o tema⁴.

A Artrite Reumatóide é uma doença multissistêmica crônica de causa desconhecida e patogênese

imunologicamente mediada. Células T secretam citocinas que medeiam a inflamação e os sintomas sistêmicos. Sua prevalência é de cerca de 0,8% e as mulheres são afetadas três vezes que os homens. A característica principal é sinovite inflamatória que geralmente envolve as articulações periféricas. A doença tem propensão pela destruição de cartilagem, erosões ósseas e deformidades articulares⁴. Famílias com menos membros tem sido observadas em mulheres com artrite reumatoide (AR). A razão para isso parece ser multifatorial, incluindo a escolha do paciente, uso de medicamentos durante o período normal de planejamento familiar e infertilidade relacionada à atividade da doença. A importância relativa de cada fator de potencial tem sido difícil de determinar.

RELATO DE CASO

Paciente S. K. S. S., feminino, 20 anos, gestante, solteira, auxiliar de produção. Deu entrada no serviço de obstetrícia da sua cidade, com queixa de lombalgia e edema generalizados (não soube informar o início). G1POA0, 37 semanas e 5 dias de acordo com a data da última menstruação e 37 semanas e 6 dias pela ultrassonografia de 20 semanas e 5 dias. Afirmou que procurou este serviço de obstetrícia por ter recebido orientações

durante o período em que foi acompanhada no setor de gestação de alto risco, para ser avaliada sobre possível interrupção da gestação por volta de 38 semanas.

Ao exame físico paciente se apresentava em bom estado geral, lúcida e orientada, deambulando, nutrida, corada, hidratada, afebril, anictérica, acianótica, eupneica; presença de edema em região lombar, cervical e membros inferiores (2+/4+), elástico, sem sinais flogísticos associados. BCF: 156bpm, PA: 120-80 mmHg, FC: 76 bpm, Altura de fundo uterino: 37 cm. Toque vaginal: colo grosso, posterior, impérvio.

Possui história de doenças reumatológicas. Relata sintomas desde os 3 anos de idade, porém somente aos 9 anos foi diagnosticada com Esclerodermia. Nessa época a paciente já apresentava alterações nos pés (atrofia ligamentar), lábios superiores retraídos, alterações na cartilagem nasal, entre outras manifestações (Figuras 1 a 3). Após alguns anos de tratamento para esclerodermia, a paciente começou a apresentar dores musculares e articulares. Suspeitou-se então de artrite reumatoide, que posteriormente foi confirmada com exames laboratoriais. Iniciou-se tratamento com sulfato de cloroquina e metotrexato, além do acompanhamento com oftalmologistas e otorrinolaringologistas.



Figura 1. Espessamento de pele no dorso do pé direito.



Figura 2. Desvio de face (fibrose).



Figura 3. Zonas de espessamento fibroso e edema sacral.

Na história ginecológica apresentou menarca aos 14 anos, sexarca aos 19 anos, negou uso de anticoncepcionais e data da última menstruação de janeiro de 2013. Afirmou ter ciclos menstruais irregulares. Devido ao uso de alguns medicamentos, acreditava que não conseguiria engravidar.

Paciente relatou que descobriu a gravidez já aos cinco meses de gestação. Nessa época estava em uso de Prelone® 20mg 2x/dia, Enbrel® (Etanercepte), Simeco Plus®, Vitamina B6 e ácido fólico, medicamentos que foram suspensos a partir de então, exceto o ácido fólico. Antes de engravidar afirma que tinha em média 5 a 6 episódios de infecção urinária por ano, mas durante a gestação não teve nenhum episódio. Relata anemia severa durante gravidez. Não teve nenhuma intercorrência obstétrica ou ginecológica durante a gestação.

Antecedentes familiares: Avó materna e tia avó possuem artrose. Mãe hipertensa.

DISCUSSÃO

É difícil determinar se a fertilidade das pacientes com esclerodermia é realmente afetada¹. Antigamente pensava-se que sim, porém estudos posteriores revelaram que não havia diferença alguma entre estas pacientes e aquelas sem nenhuma doença. Já com relação à artrite reumatoide, estudos mostram que a prole de mulheres com esta doença tem menor número de pessoas. Porém, este fato é atribuído a inúmeros fatores: infertilidade, preocupações relacionadas com artrite, que incluíram a capacidade de cuidar de crianças, a preocupação de que a atividade da doença seria alterada e preocupações sobre a suscetibilidade da prole à AR.

No caso dessa paciente, não havia preocupações em relação à possibilidade da transferência da doença para sua prole ou a capacidade de cuidar de crianças, tampouco alteração da atividade da doença. A jovem tinha grande desejo de engravidar. Segundo a mesma, durante seu acompanhamento com o reumatologista, foram feitas ultrassonografias que concluíram que ela tinha plena capacidade de gerar uma criança do ponto de vista anatômico. Não foram

realizados exames laboratoriais para avaliar sua capacidade hormonal, porém possuía ciclos irregulares.

Embora os dados sejam limitados, a gravidez não agrava claramente a esclerose sistêmica (ES). A doença renal é comum em pacientes com esta enfermidade. Na paciente grávida, no entanto, é extremamente difícil distinguir disfunção renal devido à ES da resultante da pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Para as pacientes que desenvolvem crise renal durante a gravidez, deve ser realizado o acompanhamento médico intensivo, incluindo diálise e monitoramento fetal na unidade de terapia intensiva¹.

No caso da artrite reumatoide cerca de 50% a 80% das mulheres melhoram durante a gravidez. A diminuição da atividade da doença geralmente começa no primeiro trimestre e dura por semanas ou meses durante o puerpério. A fisiopatologia da melhora do quadro permanece desconhecida. Parece que a resposta imune materna aos antígenos paternos HLA (diferença dos antígenos HLA II entre mãe e o feto) deve exercer o papel na remissão da artrite reumatoide na gestação².

A paciente em questão relata que houve melhora considerável durante a gravidez de ambas as doenças. As manifestações clínicas da artrite reumatoide, como dores musculares e articulares melhoraram, porém a paciente permaneceu

com o edema e deformidade em determinadas partes do corpo e ressecamento da pele, característicos da esclerodermia.

Durante os primeiros cinco meses de gestação, quando a paciente ainda não tinha ciência da gravidez, esta ainda fazia uso de Metotrexato, Prelone® 20mg 2x/dia e Enbrel® (Etarnecepte). A terapia com glicocorticoides durante a gravidez pode aumentar o risco de ruptura prematura das membranas ovulares (RPMO) e restrição de crescimento intrauterino e, na mãe, pode aumentar o risco de hipertensão induzida pela gravidez, diabetes gestacional, osteoporose e infecções. Estudos e relatos de casos de mulheres expostas aos inibidores do fator de necrose tumoral (TNF), como o Etarnecepte, durante a gravidez, sugerem que os resultados, incluindo as taxas de parto prematuro, aborto espontâneo e anomalias congênitas, são semelhantes aos de mulheres com artrite reumatoide (AR) ou doença inflamatória intestinal que não receberam estes medicamentos³.

Em humanos, o Metotrexato (MTX) é teratogênico e abortivo. Exposição MTX durante a gravidez pode induzir várias deformidades congênitas, como lábio leporino, hidrocefalia, anencefalia, meningoencefalocele, estenose congênita dos ossos longos tubulares, características faciais anormais (implantação baixa das

orelhas, micrognatia), e atraso na ossificação³. Segundo a paciente, pela ultrassonografia morfológica realizada no segundo trimestre de gestação, não havia sinais de nenhum tipo de malformação fetal. Também não apresentou nenhuma das complicações citadas acima, causados pelas medicações que utilizara.

Quando a paciente foi internada no setor de alto risco, após todos os exames realizados ficarem prontos, e nenhum deles estarem alterados, a principal discussão era a via de parto melhor indicada nessa situação. Dificuldades no parto secundárias à fibrose da pele e do agravamento dos sintomas relativamente menores também podem ocorrer em pacientes grávidas com esclerose sistêmica (ES). O aumento da pressão abdominal durante a gravidez pode exacerbar dispepsia devido à dismotilidade esofágica^{1,3}.

A paciente referia ainda uma lombalgia constante, que havia piorado consideravelmente no final da gestação. Além disso, a paciente apresentava edema importante em região lombar, cervical e em coxa direita e esquerda. Por isso, foi indicada a cesariana.

O parto foi realizado dia 19/07/2014 e não houve intercorrências. A paciente permaneceu internada por 48 horas e então recebeu alta hospitalar com os seguintes medicamentos: Sulfato ferroso 40mg/dia e Prednisona 20mg 1x/dia. Além disso, foi

aconselhada a retornar o mais rápido possível ao consultório do reumatologista que a acompanhava, para que retome o uso das medicações para esclerodermia e artrite reumatoide.

CONCLUSÃO

A gestação que ocorre no contexto das doenças auto-ímmunes requer uma cooperação entre reumatologistas e obstetras no sentido de prestar um melhor acompanhamento para mãe e feto. Planejar a gravidez para um momento em que a doença esteja controlada melhora o seu prognóstico, embora a doença possa aparecer pela primeira vez durante a gestação.

Ambas as comorbidades abordadas nesse relato de caso não são comuns de serem observadas em grávidas. Dessa forma, o manejo dessas pacientes torna-se um desafio para os profissionais que as acompanharão do pré-natal ao puerpério. Graças a estudos recentes este manejo tem se tornado menos complicado. No entanto, cada gestação comporta-se de maneira diferente, justamente pelo fato de que cada paciente apresenta um quadro clínico singular e reage à terapêutica de maneira diferenciada. O uso apropriado das drogas imunossupressoras e de outras, para tratar as comorbidades, como hipertensão e trombose, também é importante para reduzir

o risco de complicações. O feto deve ser monitorado para evidências de restrição e crescimento e malformações, especialmente em mães com anticorpos anti-Ro e anti-La positivos. A mãe deve ser acompanhada regularmente no período pós-parto, devido ao alto risco de reativação da doença no puerpério

Editor: Paul L Romain, MD.
UpToDate: Jun 02, 2014.

4. SCHORGE, J.O.; SCHAFFER, J.I.; HALVORSON, L.M.; HOFFMAN, B.L.; BRADSHAW, K.D.; Cunningham, F.G. **Williams Obstetrics**. 24 ed. 2014.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERMAS, B. L. MD. **Systemic sclerosis (scleroderma) and pregnancy**. Section Editors: John S Axford, DSc, MD, FRCP, FRCPCH; Charles J Lockwood, MD, MHCM. UpToDate. : Jul 25, 2014.
2. BERMAS, B. L. MD. **Rheumatoid arthritis and pregnancy**. Section Editors: RN Maini, BA, MB BChir, FRCP, FMedSci, FRS. Charles J Lockwood, MD, MHCM. Deputy Editor: Paul L Romain, MD.. UpToDate: Jul 15, 2014.
3. BERMAS, B. L. MD. **Use of antiinflammatory and immunosuppressive drugs in rheumatic diseases during pregnancy and lactation**. Section Editors: Daniel E Furst, MD. E Richard Stiehm, MD. Charles J Lockwood, MD, MHCM Deputy