

# Lúpus Eritematoso Sistêmico Durante a Gravidez: Relato de Caso

## SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS IN PREGNANCY: A CASE REPORT

Arlindo Gonzaga Branco Junior<sup>1</sup>, Amanda Siqueira Lemos<sup>1</sup>, Priscila Aparecida Lima Marques<sup>1</sup>, Antônio Corrêa Villela Neto<sup>2</sup>, Claudete Martins Lima<sup>3</sup>, Rita de Cássia Alves Ferreira Silva<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Graduação em Medicina – Centro Universitário São Lucas, <sup>2</sup>Acadêmico de Medicina – Centro Universitário São Lucas, <sup>3</sup>Médica Ginecologista Obstetra – Hospital de Base Ary Pinheiro, <sup>4</sup> Mestrado em Ciências da Saúde – Universidade de Brasília

---

### RESUMO

**Introdução:** A gravidez é um momento da vida da mulher marcada por profundas alterações imunoendocrinológicas relacionadas a exacerbações de enfermidades prévias como o Lúpus eritematoso sistêmico (LES). **Objetivos:** O objetivo deste trabalho é relatar um caso de Lúpus eritematoso durante a gravidez, bem como realizar uma análise crítica reflexiva sobre o atendimento da paciente lúpica durante a gravidez. **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino, 22 anos, procurou atendimento médico com sintomas inespecíficos e leucorreia. Ela foi diagnosticada com vaginose bacteriana e gravidez. No curso da gravidez, foi diagnosticada com lúpus eritematoso sistêmico e iniciou tratamento e acompanhamento com o obstetra e reumatologista, sem intercorrências. **Conclusão:** Conclui-se que é possível que uma paciente com LES tenha uma gravidez segura e bem-sucedida, tanto para si como para o feto, uma vez que seja verificada regularmente por profissionais especializados.

**Palavras-chave:** Lúpus eritematoso sistêmico. Gravidez. Obstetrícia. Relato de caso. Manejo. Porto Velho.

### ABSTRACT

**Introduction:** Pregnancy is a period marked by important immuno-endocrinology changes related to exacerbations of previous diseases such as systemic lupus erythematosus (SLE). **Objectives:** Based upon this premise, the goal of this work is to report two cases of lupus erythematosus during pregnancy, one with and another without complications and to make a critical analysis on the care of lupus patients during pregnancy. **Case Report:** Female patient, 22 years old, sought medical care with nonspecific symptoms and leukorrhea. She was diagnosed with bacterial vaginosis and pregnancy. In the course of pregnancy, she was diagnosed with SLE and initiated follow-up treatment with the obstetrician and rheumatologist, without interurrences. **Conclusion:** It is concluded that it is possible for a SLE patient to have a safe and successful pregnancy, both for herself and for the fetus, once she is regularly checked by specialized professionals.

**Keywords:** Systemic Lupus Erythematosus. Pregnancy. Obstetrics. Case report. Management. Porto Velho.

---

## INTRODUÇÃO

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica, multissistêmica, de natureza autoimune e de causa desconhecida. No entanto, sabe-se que o desenvolvimento da patologia está relacionado com predisposições genéticas e fatores ambientais. A doença é caracterizada pela presença de diversos autoanticorpos. Sua apresentação clínica é polimórfica, podendo dificultar o diagnóstico em estágios iniciais da doença (WALLACE, HAHN & DUBOIS, 2002; WALLACE, HAHN & DUBOIS, 2007; BORBA et al., 2008).

O lúpus pode ocorrer em pessoas de qualquer idade, raça e sexo, porém as mulheres são muito mais acometidas. Ocorre principalmente entre 20 e 45 anos, sendo um pouco mais freqüente em pessoas mestiças e nos afro-descendentes.

No Brasil, não dispomos de números exatos, mas as estimativas indicam que existam cerca de 65.000 pessoas com lúpus, sendo a maioria mulheres. Acredita-se assim que uma a cada 1.700 mulheres no Brasil tenha a doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011).

No Brasil os dados epidemiológicos são escassos, sendo a maioria dos estudos realizados nos Estados Unidos e na Europa (HOPKINSON, 1992). Os fatos que podem afetar estudos epidemiológicos envolvendo a doença podem ser: população com grande miscigenação racial e cultural, além de regiões com diferentes condições climáticas (NAKASHIMA, 2011).

Em pesquisa realizada na cidade de Natal - RN, o resultado de pacientes lúpicos foi de 8,7 casos/100.000 habitantes/ano (PEREIRA VILAR & SATO 2002). Já a incidência estimada por Nakashima (2011) foi de 4,8 casos a cada 100.000 habitantes/ano em Cascavel, Paraná.

Jesús, Chaves e Montenegro (1989) relatam que a incidência de lúpicas grávidas era de 1/1500 na década de 50. Araújo (2004) relata que 50% de todas as gestações com LES são completamente normais, 25% geram bebês prematuros e 25% correspondem à perda do feto, por aborto espontâneo ou morte do bebê.

No LES ocorrem várias anormalidades nas respostas do sistema imunológico celular e humoral com consequente produção de auto-anticorpos e deposição de imunocomplexos, que resultam nas manifestações clínicas multissistêmicas da doença. Estudos demonstram a presença de auto-anticorpos (anticorpos anti-nucleares, anti-Ro, anti-La, anti-Sm, anti-RNP e anticorpos anti-fosfolípidos) antes da manifestação da doença clínica (KAYSER E ANDRADE 2003; FREITAS e CORREA, 2013).

O envolvimento genético merece destaque dentre os fatores envolvidos na patogênese, pois sabe-se que o LES é uma doença poligênica, em que se incluem os genes Antígeno Leucocitário Humano tanto de classe I (B8), como de classe 2 (DR3, DR2, DQw1 e DQw2), que se localizam no braço curto do cromossomo 6. Além do complemento, interferon I e do receptor FC gama IIA e IIIA (BARTELS, 2016; MARTINS et

al., 2016). A produção anormal de auto anticorpos pelas células B é o principal evento no LES, e alguns desses são específicos da doença: anti-dsDNA, anti-Sm e anti-P (MARTINS et al., 2016).

No entanto, testes com anticorpos anti-Sm e anti-DNA, apesar de serem específicos, ocorrem em apenas cerca de 40% a 50% das pessoas com LES (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011).

Manifestações gerais comuns apresentadas por pacientes com LES são principalmente cansaço, febre, desânimo, emagrecimento e perda de apetite. Tais manifestações podem ocorrer devido a inflamação na pele, desenvolvendo manchas no corpo, articulações, rins (nefrite), nervos, cérebro (alterações neuropsiquiátricas), assim como no pericárdio e pleura, podendo causar dor e falta de ar.

Além disso, pode ocorrer uma diminuição de glóbulos brancos, vermelhos e plaquetas, podendo desenvolver, respectivamente, anemia, leucopenia e plaquetopenia. Isso ocorre devido a produção anticorpos contra as células do próprio organismo, o que caracteriza o LES como uma doença autoimune (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011).

Para o diagnóstico da LES, em 1982 foram criados critérios de classificação do LES pelo Colégio Americano de Reumatologia, revisados em 1997. No entanto, estes critérios possuem algumas falhas, tais como a duplicação de sinais de lúpus cutâneo e a não inclusão de outras manifestações cutâneas e manifestações neurológicas do LES (TAN et al., 1982).

Por este fato, em 2012 foram propostos novos critérios de classificação do LES (Systemic Lupus International Collaborating Clinics Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus – SLICC, conforme podemos observar na Tabela 1 (PETRI et al., 2012).

O mesmo autor descreve que para a classificação do LES, o paciente deve apresentar pelo menos quatro critérios sendo ao menos um critério clínico e um critério imunológico/laboratorial e, caso o paciente apresente nefrite lúpica confirmada histologicamente e haja também presença de ANAs ou anti-dsDNA, o LES já pode ser confirmado.

Segundo Zerbini e Fidelix (1989) os principais sintomas da doença em ordem de incidência são a artrite, febre, manifestações dermatológicas, tais como eritema facial em “asa de borboleta”, fotossensibilidade, queda de cabelo, fenômeno de Raynaud, lesões no nariz e na boca, astenia, perda ponderal, manifestações renais, pulmonares, cardiológicas, neurológicas e psicóticas que fazem parte de outras doenças o que dificulta o diagnóstico.

**Tabela 1:** Critérios de classificação de lupus eritematoso sistêmico

CRITÉRIOS CLÍNICOS	CRITÉRIOS IMUNOLÓGICOS
<b>Lupus cutâneo agudo:</b> Erupção malar, lúpus bolhoso, necrose epidérmica tóxica decorrente do LES, erupção maculopapular decorrente do LES, fotossensibilidade	<b>Anticorpo antinuclear (FAN) positivo</b>
<b>Lupus cutâneo crônico:</b> Erupção discoide clássica no pescoço, lúpus hipertrófico (verrucoso), paniculite lúpica (lúpus profundo), lúpus de mucosas, lúpus eritematoso tumidus, lúpus pernio, sobreposição lúpus discoide/liquen pano	<b>Anticorpo anti-DNA de dupla hélice (anti-dsDNA) positivo (no caso da técnica de ELISA: 2x acima do valor de referencia)</b>
<b>Úlceras Orais</b>	<b>Anticorpo anti-Sm positivo</b>
<b>Alopecia não cicatricial</b>	<b>Anticorpo antifosfolípide positivo</b>
<b>Sinovite:</b> Envolvendo duas ou mais articulações e caracterizada por edema ou derrame articular, ou artralgia em duas ou mais articulações com rigidez matinal $\geq 30$ mim	<b>Complemento baixo (C3, C4, CH50)</b>
<b>Renal:</b> Relação proteína/creatinina urinária (ou proteinúria de 24 horas) $> 500\text{mg}/24\text{h}$ ou cilindros hemáticos.	<b>Teste e Coombs direto positivo na ausência de anemia hemolítica</b>

Baseado em: PETRI et al., 2012

Entre as doenças reumáticas, o LES é a que mais preocupa os clínicos e obstetras, não só pela sua frequência, mas também pela faixa etária em que ocorre, pelos resultados gestacionais e pela associação da síndrome fosfolípide que pode piorar ainda mais esses resultados. O prognóstico da gestação, tanto para a mãe como para o produto conceptual, depende do controle da doença no período pré-natal (SURITA et al., 2004.)

Este trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico de LES em uma gestante atendida no Centro de Atenção à Mulher (CEAM) do Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, RO e discutir o caso com intuito de padronizar o atendimento no ambulatório escola. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Lucas sob número de 2.597.779.

## RELATO DE CASO

HSF, branca, 22 anos, maquiadora, casada, ensino superior incompleto, natural de Campo Grande – MS, procedente e residente em Porto Velho – RO. Procurou atendimento médico em Agosto de 2013, com queixa de diarréia, febre ( $38,5^{\circ}\text{C}$ ) e dor abdominal contínua (6/10 na escala subjetiva da dor), sem atenuantes, agravada ao deambular sendo encaminhada para o Hospital Regional do MS com suspeita de Dengue, apresentando plaquetopenia de  $68.000\text{ mm}^3$  e eritema sistêmico. Evoluiu com alopecia grave e perda ponderal de 5 kg em três meses. Ao ser questionada sobre outros sintomas, a paciente relata que em maio de 2013 houve o aparecimento de pústulas por todo corpo, fotossensibilidade, eritema malar ao se expor à luz solar, linfonodos cervicais posteriores e alteração do ciclo menstrual. Foi encaminhada ao reumatologista onde aventou-se a hipótese diagnóstica de colagenose, porém sem elucidação do caso. Mudou-se para Porto Velho, onde em fevereiro de 2014 procurou o Centro de Atenção à Mulher com sintomas gravídicos e leucorréia. Foi estabelecida a conduta médica com Clotrimazol uso tópico por dez

dias e início do pré-natal. Na história patológica pregressa paciente nega doenças sistêmicas ou infectocontagiosas, distúrbios hematológicos, cirurgias e traumas. Na história familiar relata hipertensão arterial e diabetes. Na história social reside com o cônjuge em casa de condomínio com dois quartos, um banheiro, água tratada, fossa séptica e sem animais domésticos. Em antecedentes obstétricos afirma duas gestações, um aborto prévio (aproximadamente dez semanas) e nenhum parto. Ao exame físico a paciente apresenta bom estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, anictérica, acianótica, afebril e hidratada. Sinais vitais PA: 110 x 70 mmHg; FC: 89 bpm; FR: 20 ipm; Temperatura axilar: 36,8°C. Aparelho cardiovascular e aparelho respiratório sem alterações. Ao exame ginecológico, apresenta duas mamas simétricas, de volume médio, mamilos protrusos, bem definidos, mamas livres sem retrações ou abaulamentos e descarga papilar negativa. Abdome gravídico, sem cicatrizes, ausência de lesões. Genitália externa, vagina com pilificação ginecóide, lábios hiperemiados, tróficos, clitóris e uretra sem alterações, glândula de Bartholin não palpável, hímen roto, sem procedência de PUA PUP, períneo íntegro e sem perda urinária. Na 5<sup>o</sup> consulta do pré-natal (11/06/2014) apresentou laudo de reumatologista com diagnóstico de LES (08/04/2014). Realizou todas as consultas de pré-natal, apresentando sempre exames solicitados. No 8<sup>o</sup> mês de gestação paciente foi encaminhada ao Centro Obstétrico de Referência em Gravidez de Alto Risco para interrupção da gestação, sem intercorrências.

## DISCUSSÃO

O caso apresentou uma crise lúpica não diagnosticada de início, sendo esta confundida com uma síndrome febril aguda devido a febre, diarreia e dor abdominal. Evoluiu com alopecia, eritema malar, pústulas pelo corpo e linfonodomegalia que concomitante à plaquetopenia que a paciente apresentou, fez com que os médicos avertissem a hipótese de LES.

Segundo estabelecido pelo *American College of Rheumatology* (ACR), pode-se aventar a hipótese de LES a partir da presença de no mínimo 4 dos 11 critérios de classificação (os critérios são expostos na Tabela 1).

Depois de diagnosticada, a paciente foi encaminhada pelo reumatologista com suspeita de gravidez ao ginecologista. Confirmada a hipótese de gravidez, a paciente foi bem instruída sobre sua doença e consequências da mesma durante a gravidez, sempre se mostrava preocupada com a doença e suas consequências para consigo e para o feto.

Antigamente, mulheres portadoras de LES eram advertidas a não engravidar devido ao grande número de complicações, tanto relacionados ao feto quanto à gestante. No entanto, com o passar do tempo e com um aumento dos estudos e descobertas relacionadas à doença, foi aceito que a gravidez não é proibida, mas deve ser programada e considerada como uma gestação de alto risco, instituindo sempre medidas mais rigorosas para prevenir futuras consequências tanto para o bebê quanto para a mãe. A maior taxa de risco ocorre nas pacientes que estão com doença ativa ao engravidar, ou nos três a seis meses precedentes. O ideal é que a mulher engravide somente com a doença completamente controlada por pelo menos seis meses, uma vez que os riscos são bem menores (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011)

A gravidez deve ser contra-indicada em pacientes com doença sistêmica ativa, perda da função renal (creatinina > 1,5 mg/dl), hipertensão arterial grave, insuficiência cardíaca ou pulmonar ou comprometimento neurológico grave. Pacientes com comprometimento renal prévio ou com anticorpos antifosfolípidos têm risco aumentado de desenvolver Doença Hipertensiva da Gravidez (Pré-eclâmpsia) e pacientes com anticorpos anti-Ro/SS-A têm maior risco de terem filhos com lúpus neonatal (SATO, s/d).

Na maioria dos casos, crianças provenientes de mães com lúpus serão normais, no entanto, existem chances de abortos espontâneos, com uma média de aproximadamente 15% em pacientes com LES (taxa varia de 7% a 12,5% na população em geral), além de nascimento prematuro ou até mesmo óbitos intra-uterinos e neonatais, estando em sua maioria relacionados à extrema prematuridade ou até mesmo lúpus neonatal. Tais consequências são explicadas por fatores como atividade da doença, nefropatia prévia, HAS e a presença de anticorpos antifosfolípidos (aPL)(PETRI, 1994; AMADATSU, ANDRADE, ZUGAIB, 2009)

Em relação à fertilidade das mulheres portadoras da doença, Emilia Inoue Sato, descreve que a fertilidade em pacientes com LES é considerada semelhante à da população em geral, exceto nas que fizeram uso de ciclofosfamida, um dos medicamentos utilizados no tratamento da doença, e tais pacientes evoluem com insuficiência ovariana. A infertilidade temporária relaciona-se ao uso de altas doses de corticosteroides ou com a doença muito ativa. Além disso, ela infere também que a menopausa precoce tende a ocorrer com certa frequência em pacientes com lúpus, podendo causar infertilidade precoce (SATO, s/d).

Uma das consequências para o bebê é o lúpus neonatal, uma manifestação decorrente da passagem de auto-anticorpos maternos através da placenta (anti-Ro/SSA e anti-La/SSB), podendo ocasionar bloqueio cardíaco congênito, lesões cutâneas, citopenias ou até mesmo hepatopatias nos fetos e recém-nascidos. A taxa de mortalidade dos fetos com bloqueio cardíaco congênito é de 19%, sendo que em cerca de um quarto os óbitos ocorrem no período intra-uterino (SATO, s/d).

Baseado no estudado, os autores em discussão descrevem um fluxograma de atendimento da paciente lúpica a ser realizado no Centro de Atenção à Mulher do Centro Universitário São Lucas (Figura 1). Ao

se deparar com uma paciente lúpica encaminhada com suspeita de gravidez, deve-se primeiramente confirmar essa gravidez e já orientar a paciente sobre a doença e suas consequências (para gestante e feto) durante o período gestacional. O interno inicia sua conduta solicitando o BHCG para confirmação da gravidez e, se este vier negativo, deve-se continuar o tratamento da paciente com glicocorticoides em baixas doses. Caso positivo, inicia-se o pré-natal normal solicitando os exames de primeiro trimestre.

Se não há ameaça à vida ou aos órgãos, trata-se a paciente com hidrocloroquina até o momento do parto. Caso tenha ameaça a vida ou a órgãos deve-se solicitar o exame de ácido antifosfolípídeos e avaliar se há nefrite ativa. Caso negativo, continuar o tratamento com glicocorticoides sistêmicos.

Na primeira consulta pré-natal deve-se rastrear a presença de hipertensão arterial. Caso não tenha avaliação recente pré-conceptual, aferir a função renal, a hemossedimentação, o perfil imunológico (anticorpos anti-Ro/SSA, anti-La/SSB, anticardiolipina, anti-DNA e Complemento) e, se possível, repetir os exames a cada trimestre e ao sinal de reativação da doença. O hemograma com contagem de plaquetas deve ser mensal. Na doença com atividade, especial atenção deve ser dada ao surgimento ou agravamento da hipertensão, ao crescimento fetal restrito ou a sinais de oligohidramnia (BRASIL, 2012).

É de suma importância solicitar o anti-RO durante o período gestacional pois se este estiver elevado, tem-se o risco de lúpus neonatal. O Lupus neonatal é mais raro e pode ocorrer pela passagem placentária de anticorpos maternos (anti-Ro e anti-La). Se presentes no sangue materno, deve-se vigiar os batimentos cardíofetais. Pelo risco de bloqueio atrioventricular, a complicação mais grave do lupus neonatal, deve ser realizada ecocardiografia fetal no 2º trimestre, além de pesquisar plaquetopenia e alterações cutâneas (BRASIL, 2010).

Para o tratamento, o Ministério da Saúde descreve que os glicocorticoides são os fármacos mais utilizados e as suas doses diárias variam de acordo com a gravidade de cada caso. A prednisona é o corticoide de escolha por sua fácil administração (dose única diária e uso oral), além de sua eficácia (BRASIL, 2010). Didaticamente, estas doses podem ser divididas em:

Dose baixa: 0,125mg/kg/dia

Dose moderada: 0,125 a 0,5mg/kg/dia

Dose alta: 0,6 a 1mg/kg/dia

Dose muito alta: 1 a 2mg/kg/dia

Os demais fármacos que podem ser utilizados são evidenciados na Tabela 2.

Em virtude de vários efeitos colaterais, os glicocorticoides devem ser utilizados na menor dose efetiva para o controle da atividade da doença e com redução gradual de sua dose, assim que possível.

Na amamentação, doses de glicocorticoides superiores a 20mg/dia de prednisona podem acarretar riscos para a criança, sendo recomendado intervalo de 4 horas entre a tomada da medicação e a amamentação (BRASIL, 2010).

A gestante lúpica necessita de um acompanhamento multidisciplinar criterioso e regular durante todo o pré-natal e puerpério. Na maioria dos casos em que há acompanhamento, a gestação tende a ocorrer sem complicações.

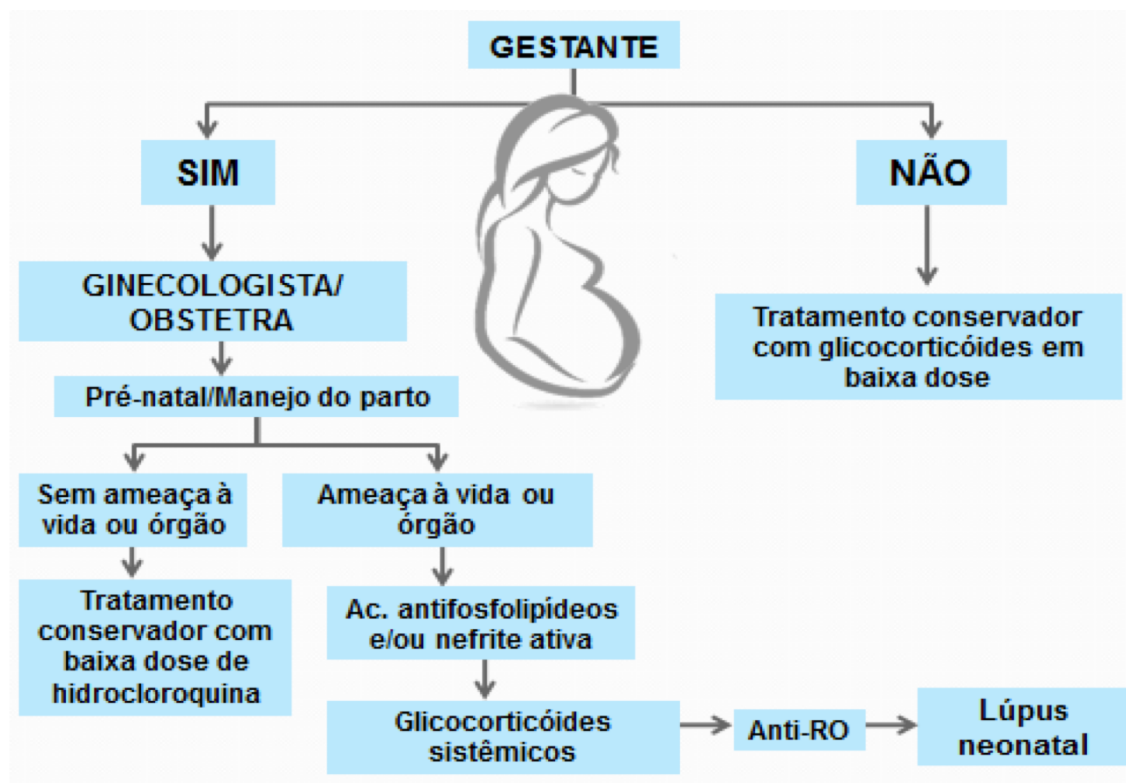


Figura 1: Manejo terapêutico da paciente Lúpica durante o período gestacional utilizado no CEAM.

**Tabela 2:** Tratamento de Lúpus Eritematoso Sistêmico na gestação.

Droga	Dose	Risco (FDA)*	Comentários
Prednisona	1 a 2mg/kg/dia, dose única diária oral	B	Pode ser utilizada em pulsoterapia
Anti-inflamatórios não hormonais	Ácido acetilsalicílico	C/D	Recomendado na presença de anticorpos antifosfolípides. Suspender quatro semanas antes do parto
Tacrolimus	0,1 a 0,2mg/kg ao dia, dose única diária, oral	C	
Azatioprina	1mg/kg/dia, dose única diária oral	D	Uso cauteloso na doença ativa de difícil controle
Micofenolato	1g duas vezes ao dia	D	Evitar gravidez após seis meses do último uso
Cloroquina	250mg/dia oral	C	Há controvérsias sobre uso na gestação
Ciclofosfamida e Metotrexato		X	Não usar

\* FDA - Food and Drug Administration. Fonte: Brasil, 2010

## CONCLUSÃO

Conclui-se que é possível sim uma paciente com LES ter uma gravidez sem riscos e bem sucedida tanto para si quanto para o feto, desde que seja regularmente acompanhada por profissionais especializados e que não utilize os medicamentos contraindicados durante a gravidez, uma vez que, apesar de fazerem parte do tratamento, trazem riscos ao feto.

## AGRADECIMENTOS

Aos funcionários do Centro de Atenção à Mulher pela colaboração e ajuda na coleta dos dados.

## REFERÊNCIAS

- AMADATSU C.T.; ANDRADE J.Q.; ZUGAIB M. Atividade lúpica durante a gestação. FEMINA | Fevereiro 2009 | vol 37 | nº 2. Acesso em 03 de Janeiro de 2017. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav37n2p115-9.pdf>
- ARAÚJO, A. D. A doença como ponto de mutação: os processos de significação em mulheres portadoras de lúpus eritematoso sistêmico. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2004.
- BARTELS, C.M. Systemic Lupus Erythematosus (SLE). 2016. Acesso em 25 de outubro de 2016. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/332244-overview>
- BORBA E.F.; LATORRE L.C.; BRENOL J.C.T.; KAYSER C.; SILVA N.A.; ZIMMERMANN A.F. Consensus of Systemic Lupus Erythematosus. Rev Bras Reumatol. 2008;48:196-207.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CARTILHA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA – Lupus Eritematoso Sistêmico, 2011.

HOPKINSON N. Epidemiology of systemic lupus erythematosus. **Ann Rheum Dis** 1992; 51:1292-4.

JESÚS N.R.; CHAVES NETO H.; MONTENEGRO C.A.B. Lúpus eritematosos sistêmico – Repercussões sobre o conceito. **J Bras Ginec** 99: 143-50,1989.

MARTINS, M.A.; CARRILHO, F.J.; ALVES, V.A.F.; CASTILHO, E.A. CERRI, G.G. Clínica médica. 2. Ed. volume 5. Barueri, SP: Manole, 2016.

NAKASHIMA, C.A.K. et al. Incidência e aspectos clínico-laboratoriais do Lúpus eritematoso sistêmico em cidade do Sul do Brasil. **Rev Bras Reumatol** [online]. 2011, vol.51, n.3, pp. 235-239.

PEREIRA VILAR M.J.; SATO E.I. Estimating of systemic lupus erythematosus in a tropical region (Natal, Brazil). **Lupus** 2002; 11:528-32.

PETRI M. Systemic lupus erythematosus and pregnancy. **Rheum Dis Clin North Am.** 1994;20(1):87-118.

PETRI, M., ORBAI, A.M., ALARCON, G.S., et al. (2012) Derivation and Validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. **Arthritis Rheumatology**, 64, 2677-2686.

SATO E.I. Lupus eritematoso sistêmico e gestação. Acesso em 05 de janeiro de 2017. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_mat\\_eria=3409](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_mat_eria=3409)

SURITA, F.G. C; CECATTI, J.G.; PARPINELLI, M.A.; AMARAL, E.; SILVA, J.L.P. Lúpus Eritematoso na Gravidez. **Rev ciênc méd**, (Campinas);13(3):241-249, jul.-set. 2004.

TAN E.M.; COHEN A.S.; FRIES J.F. et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. **Arthritis Rheum** 25: 1271-7, 1982.

WALLACE D.J., HAHN B.H.; DUBOIS' lúpus erythematosus. 6.ed. Baltimore: Williams & Wilins 2002.

WALLACE D.J.; HAHN B.H.; Dubois' lúpus erythematosus. 7.ed. Baltimore: Williams & Wilins 2007.

ZERBINI, C. A., & FIDELIX, T. S. A. Conversando sobre lúpus: um livro para o paciente e sua família. São Paulo: Roca. (1989).

---

**Citar esse artigo:** Branco Junior AGB, Lemos AS, Marques PAL, Neto ACV, Lima CM, Silva RCAF. Lúpus Eritematoso Sistêmico Durante a Gravidez: Relato de Caso. **RevFIMCA** 2018;5(2):6-13.

**Autor para Correspondência:** Arlindo Gonzaga Branco Junior, gonzaga.arlindo@gmail.com

Recebido em: 22 Abril 2018

Aceito em: 13 Junho 2018