

FISIOTERAPIA EM GESTANTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Greicy Kele de Oliveira Lopes

Graduanda em Fisioterapia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Gabriela Siqueira de Carvalho

Graduanda em Fisioterapia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Flânyk Fernanda Silva dos Santos

Graduanda em Fisioterapia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Juliana de Carvalho Apolinário Coêlho

Fisioterapeuta; Doutora em Ciências Fisiológicas – UNESP;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune que se manifesta principalmente em jovens do sexo feminino e gestante, ocorre alterações sistêmica e multissistêmicas, estão associadas as complicações gestacionais levando a nascimentos pré-termo até a perda fetal. As gestantes portadoras do LES precisam de acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, por se tratar de uma doença autoimune crônica os recursos fisioterápicos auxiliam na melhora do quadro algico dessas pacientes. Foram feitos estudos de caráter exploratório através do levantamento bibliográfico. A busca de dados se concretizou nas plataformas BIREME, MEDLINE, GOOGLE ACADÊMICO, PUBMED e SCIELO, com objetivo de expor a ação do tratamento fisioterapêutico em gestantes portadora do LES. Conclui se que a fisioterapia melhora a qualidade de vida das gestantes, pois diminui os sintomas do LES amenizando assim o transtorno sofrido pelas pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: analgesia; modalidades de fisioterapia; nascimento prematuro, qualidade de vida, prevenção.

INTRODUÇÃO

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença reumática crônica autoimune, extremamente severa (CHABBERT-BUFFET et al., 2011; O'NEILL; CERVERA, 2010; FERNÁNDEZ-ESPARTERO, 2009) de etiologia não definida (COSTENBADER et al., 2007), multissistêmica e multifatorial (SATO, 2010), que acomete na maioria das vezes, mulheres em período reprodutivo com idade entre 15-35 anos (PONS-ESTEL et al., 2010).

No passado, as mulheres lúpicas eram instruídas a não engravidar, pelo alto risco de alterações materno-fetais, já na atualidade apesar de ser considerada gestação de alto risco, a gravidez com o LES continua frequente (KHAMASHTA, 2006; GORDON et al., 2004). O ideal seria que as mulheres portadoras de LES não engravidassem até que a doença esteja em remissão no período mínimo de 6 meses e não estejam em um tratamento medicamentoso para não influenciar na gestação (GORDON, 2004; RIVAS-LOPEZ et al., 2003).

Atualmente, há uma melhor conduta e compreensão multidisciplinar, que vem promovendo um melhor prognóstico, tanto para a gestante como para o feto (KLUMB, 2005).

Sabe-se que a gravidez é uma condição fisiológica, que envolve alterações imunológicas favoráveis e cruciais ao desenvolvimento da gestação (WARREN; SILVER, 2004; BAXTER; SMYTH, 2002). E que o LES tem sua base fisiológica na autoimunidade, caracterizada pela perda da tolerância imunológica (BORBA, 2008; LIMA et al., 2008).

2 METODOLOGIA

Foi realizado levantamento bibliográfico, nas plataformas BIREME, MEDLINE, GOOGLE ACADÊMICO, PUBMED e SCIELO. Com intuito de expor os benefícios da fisioterapia em gestantes portadora do LES.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Alterações Causadas Pelo LES

Os seres humanos possuem um sistema imunológico constantemente ativo, que proporciona uma "barreira" em nosso organismo contra antígenos que "atacam" nosso sistema. Contudo, esse sistema imunológico entra em lapso podendo reconhecer o próprio sistema como ameaça, provocando então o que chamamos de doenças autoimunes (VIANNA et al., 2010). O lúpus eritematoso sistêmico é uma doença de etiologia não definida (COSTENBADER et al., 2007), multissistêmica e multifatorial, considerando que as predisposições genéticas associadas a alguns fatores como os hormonais, ambientais, drogas e infecciosos levam a um desequilíbrio

funcional e produção de auto-anticorpos, principalmente os de ação contra antígenos nucleares, que mediam as lesões teciduais (SATO, 2010).

O *American College of Reumatology* listou alguns sintomas presentes no diagnóstico do LES, tais como, erupções cutâneas: *rash* em forma de borboleta sobre as bochechas – que se refere o *rash* como malar – erupção vermelha com rodada levantada ou oval – conhecido como *rash* discóide; erupção na pele exposta ao sol; feridas na boca ou nariz com duração de poucos dias a mais de um mês; artrite: dor e edema com duração de algumas semanas em duas ou mais articulações; inflamação Pulmonar ou cardíaca: inchaço do tecido que reveste os pulmões (conhecido como pleurisia ou pleurite) ou o coração (pericardite), o que pode causar dor no peito ao respirar profundamente; problema renal: sangue ou proteína na urina, ou testes que sugerem insuficiência renal; problema neurológico: convulsões, derrames ou psicose (um problema de saúde mental) (GINZLER; TAYAR, 2015).

3.2 LES e Gestação

Acomete em sua maioria, as mulheres de idade entre 15-35 anos em período reprodutivo, numa proporção de 20-70 confirmações a cada 100.000 de habitantes (PONS-ESTEL et al., 2010); fatores étnicos também influenciam na incidência do LES, acometendo de três a quatro vezes em mulheres negras (SATO, 2010).

Mulheres com LES eram instruídas a não engravidar devido o alto risco de alterações materno-fetais, mas atualmente há mais estudos sobre a doença em todo seu desenvolvimento, levando a uma melhor conduta e compreensão multidisciplinar, desencadeando em um melhor prognóstico, tanto para a gestante como para o feto (KHAMASHTA, 2006; KLUMB, 2005). No entanto, há algumas complicações do LES durante o ciclo gravídico-puerperal como, aborto espontâneo, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, parto prematuro, baixo peso ao nascer, alterações neurológicas (MECACCI et al., 2009; ROSS et al., 2003;).

Estudos apontam que o aumento da atividade do LES está intimamente ligado ao período gestacional, a incidência das exacerbações varia entre 35-75% sendo que, de uma forma geral, 40-50% corresponde a uma exacerbação

complacente e 15-30% correspondem a exacerbações moderados a graves (CLOWSE, 2007); podendo ocorrer em qualquer fase da gravidez, sendo mais frequentes no terceiro trimestre (ANDREOLI et al., 2012).

A influência hormonal na etiologia do LES é descrita considerando estudos os quais ressaltam a grande diferença existente entre a prevalência de acometimento de indivíduos do sexo masculino e feminino, na população jovem, e diminuição dessa diferença quando analisados os extremos de idade (crianças e idosos) (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2005; SATO, 2003; SCHUR, 2001).

As manifestações durante a gestação com o diagnóstico prévio são causadas por mudanças na produção de hormônio como cortisol, progesterona, estradiol e prolactina (CUTOLO et al., 2004).

Algumas das complicações que o lúpus trás durante o ciclo gravídico-puerperal são: Abortamento, prematuridade, baixo peso ao nascer e presença de alterações Neurológicas em crianças filhas de mães lúpicas, que foram detectadas na idade escolar (ROSS et al, 2003). Nas complicações maternas temos a hipertensão gestacional, pré eclâmpsia e nefropatia com proteinúria. A gestação com nefropatia lúpica fica mais complexa, pois aumenta o risco de perda fetal, partos pré-termo e restrição de crescimento intrauterino (RCIU) (RIVAS-LOPES et al., 2003; BORBA; BONFÁ, 2000). As pacientes com lúpus no passado eram aconselhadas a não engravidar, para evitar complicações maternas e fetais, mas através do conhecimento atual houve importante resultado na melhora durante a gestação (GORDAN et al, 2004). Há alguns riscos para mulheres com lúpus que deseja engravidar (MUNTHER; KHAMASHA, 2006). Alguns estudos dizem que a gravidez não é a principal causa de comprometimento da doença, e outros encontram 74% desse efeito, sendo o estrogénios a grande causa (CAVALLASCA et al., 2008).

O abortamento espontâneo pode ocorrer devido a presença de a nefrite e hipertensão (GADELHA et al., 2008). Em geral as taxas de perdas fetais com pacientes com lúpus são maiores quando comparadas a pacientes que não tenham o LES, em um estudo foi descoberto com 600 gestações de pacientes com essa perda variando de 10-35% dos casos sendo ainda maior no momento da concepção (MEYER, 2004).

A Doença do LES quando em forma ativa pode ocasionar queixas como mal-estar, fadiga, perda de peso geralmente leve, e febre podendo ser alta ou baixa (VIANNA et al., 2010).

3.3 Benefícios da Fisioterapia

Nogueira e colaboradores (2009) defenderam a tese de que os exercícios ativos ajudam a proporcionar um aumento da potencialização muscular, ocasionando assim uma hiperemia que por sua vez eleva o ganho da amplitude de movimento articular. Ressaltaram também que os nervos periféricos são responsáveis por estimular o funcionamento da transmissão de impulsos nervosos nas placas motoras, proporcionando assim uma melhora no equilíbrio, coordenação dos movimentos e na diminuição da dor.

O estudo feito por Marcucci (2005) explica que a cinesioterapia usa dos movimentos involuntários como forma de tratamento proporcionando melhora na mobilidade, flexibilidade, coordenação muscular, aumento da força muscular e resistência à fadiga.

De acordo com estudo realizado por Oliveira e Cesar (2008), a drenagem linfática manual (DLM) tem como objetivo diminuir o acúmulo de líquido nos tecidos superficiais (edema) sua finalidade é tentar manter o equilíbrio hídrico dos espaços intersticiais, a fim de conter o edema em um nível confortável, após a aferição da perimetria.

Apesar do LES ainda ter seu comportamento debatido na gravidez (ALVES et al., 2005) o binômio LES e gravidez devem ser conduzidos como gestação de alto risco, indicado acompanhamento rigoroso com equipe multidisciplinar, as pacientes devem ser esclarecidas dos riscos materno fetais (BORBA NETO et al., 2000).

Estudos relatam um aumento de duas a três vezes a frequência de atividade da doença durante a gravidez (CORTÉS-HERNÁNDEZ, 2002). A prolactina é um hormônio que aumenta durante a gravidez e período de lactação (LEANOS-MIRANDA, 2001; O STENSEN, 1999). Estudos associaram a elevação dos níveis de prolactina com índices clínicos e laboratoriais de atividade do LES, sugerindo que a prolactina está envolvida nesta atividade durante a gravidez (LEANOS-MIRANDA, 2001; O STENSEN, 1999).

No estudo de Valim (2006) foi demonstrado que os portadores de LES apresentam limitações para realizar exercícios físicos em decorrência do acometimento das articulações gerando dor, fadiga e diminuição da amplitude articular.

Tonella e colaboradores (2006) mostraram que portadores de LES, geralmente, apresentam rigidez matinal, acompanhada de dor e de comprometimento nos quadris e tornozelos, sintomas esses semelhantes a artrite reumatóide. Usando a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) em seu estudo, como um recurso fisioterápico amplamente utilizado no controle da dor crônica para estimular as fibras nervosas que por sua vez transmitem sinais ao encéfalo. Os impulsos transmitidos de forma transcutânea estimulam as fibras A mielinizadas, responsáveis por transmitir informações ascendentes proprioceptivas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento fisioterápico têm sido de grande importância no acompanhamento de gestantes portadoras do LES, por tratar se de uma doença auto imune crônica os recursos utilizados na fisioterapia têm demonstrado grande eficácia na diminuição dos sintomas do LES. Melhorando assim a qualidade de vida amenizando assim o transtorno sofrido por essas pacientes.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. F.; NOGUEIRA, L. S. C.; VARELA, T. C. N. Dermatologia e gestação. Anais Brasileiro de Dermatologia. v. 80, p. 179-186, 2005.

ANDREOLI, L.; FREDI, M.; NALLI, C.; REGGIA, R.; LOJACONO, A.; MOTTA, M.; et al. Pregnancy implications for systemic lupus erythematosus and the antiphospholipid syndrome. Journal of Autoimmunity. v. 38, n. 2-3, p.197-208, 2012.

BAXTER, A. G.; SMYTH M. J. The role of NK cells in autoimmune disease. Journal of Autoimmunity. v. 35, p. 1-14, 2002.

BORBA, E. F. Consenso de lúpus eritematoso sistêmico. Revista Brasileira de Reumatologia. v. 48, n. 4, p. 196-207, 2008.

BORBA, E. F.; LATORRE, L. C.; BRENOL, J. C. T.; KAYSER, C.; SILVA, N. A.; ZIMERMMANN, A. F.; et al. Consenso de lúpus eritematoso sistêmico. Revista Brasileira de Reumatologia. v. 48, n. 4, p. 196-207, 2000.

BORBA, N. E. F.; BONFÁ, E. S. D. O. Lúpus eritematoso sistêmico. In: Yoshinari NH. BONFÁ, E. S. D. O. ed. Reumatologia para o clínico. 1. ed. São Paulo Roca. 2000.

CAVALLASCA, J. A.; LABORDE, H. A.; RUDA, V. H.; NASSWETTER, G. G. Maternal and fetal outcomes of 72 pregnancies in Argentine patients with systemic lúpus erythematosus (SLE). Journal of Clinical Rheumatology. v. 27, p. 41-46, 2008.

CHABBERT-BUFFET, N.; AMOURA, Z.; SCARABIAN, P. Y.; FRANCES, C.; LÉVY, D. P.; GALICIER, L. et al. Pregnane progestine contraception in LES: a longitudinal study of 187 patients. Contraception. v. 83, n. 3, p. 229-37, 2011.

CLOWSE M. Lupus activity in pregnancy. Rheumatic diseases clinics of North America. v. 33, p. 237-352, 2007.

CORTÉZ-HERNÁNDEZ, J.; ORDI, R. J.; PAREDES, F.; CASELLAS, M.; CASTILLO, F.; Vilrdell-Torres M. Clinical predictors of fetal and maternal outcome in systemic lúpus erythematosus: a prospective study of 103 pregnancies. Oxford Journals. v. 41, n. 6, p. 43-50, 2002.

COSTEDOAT-CHALUMEAU N., AMOURA Z, DUHAUT P, et al. Safety of hydroxychloroquine in pregnant patients with connective tissue diseases: a study of one hundred thirty-three cases compared with a control group. Arthritis Rheumatism. v. 48, n. 11, p. 3207-3211, 2003.

COSTENBADER, K.H.; FESKANICH D.; STAMPFER, M.J.; KARLSON E.W. Reproductive and menopausal factors and risk of systemic lupus erythematosus in women. Arthritis Rheumatism. v. 56, n. 4, p. 1251-1262, 2007.

CUTOLO, M.; SULLI, A.; CAPELLINO, S. et al. Sex hormones influence on the immune system: basic and clinical aspects in autoimmunity. Lupus. v. 13, n. 9, p. 635-638, 2004.

FERNÁNDEZ-ESPARTERO M. C. Lupus eritematoso sistêmico (II) y síndrome antifosfolípido. Medicine. v. 10, n. 32, p. 2128-2135.

FIGUEIRÓ-FILHO E. A., LOPES A. H. A., SENEFRONTE F. R. A., et al. Lúpus eritematoso sistêmico e gestação. Femina. v. 33, n. 6, p. 451-463, 2005.

GADELHA, O. S.; COSTA, A. G.; MOURA, S. E. M.; TEJO, N. W. R. Complicações e manejo do Lúpus eritematoso sistêmico na gestação. *Femina*. v. 36, n. 1, p. 55-59, 2008.

GINZLER, E.; TAYAR, J. Lupus, reviewed by the American College of Rheumatology Committee on Communications and Marketing. American College of Rheumatology. 2015. Disponível em: <http://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Lupus>.

GORDAN, P. A.; BEEDHAM, T.; KHAMASHTA, M.; D'CRUZ, D. Systemic Lupus erythematosus in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. v. 6. p. 80-87, 2004.

GORDON, C. Pregnancy and autoimmune diseases: Best Practice & Research Clinical Rheumatology. v. 18, n. 3, p. 359-79, 2004.

KHAMASHTA M. A. Systemic lupus in pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. v. 20, p. 685-694, 2006.

KLUMB, E. M.; ROMEIRO, L. D. . Impacto da Nefrite sobre os Resultados Gestacionais de Mulheres com Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Revista Brasileira De Reumatologia*. v. 45, p. 107-113, 2005.

LEAÑOS-MIRANDA, A.; PASCOE-LIRA, D.; CHÁVEZ-RUEDA, K. A.; BLANCO-FAVELA, F. Persistence of macroprolactinemia due to antiprolactin autoantibody before, during, and after pregnancy in a woman with systemic lúpus erythrmatosus *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. v. 86, p. 2619-2624, 2001.

LIMA, G. G.; HISSA, M.N.; LIMA, M. G.; DE FIGUEIREDO; A. A. F. Nefropatia lúpica. *Pesq Med*. v. 2, n. 3, 2008.

MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005.

MC MURRAY, R. W.; WAY, W. Sex hormones and systemic lúpus erythematosus. *Arthritis Rheumatism*. v. 48, p. 2100-2110, 2003.

MECACCI, F.; BIANCHI, B.; PIERALLI, A.; et al. Pregnancy outcome in systemic lupus erythematosus complicated by anti-phospholipid antibodies. *Oxford Journals*. v. 48, n. 3, p. 246–249, 2008.

MEYER, O. Making pregnancy safer for patients with lúpus: *Joint Bone Spine*. v. 71, n. 3, p. 178-182, 2004.

MUNTHER, A.; KHAMASHA. Systemic Lupus erythematosus and pregnancy, Best Practice & Research Clinical Rheumatology. v. 20, n. 4, p. 685-694, 2006.

NOGUEIRA, C. F., ÓREFICE, J. L. F., ÓREFICE, R. S. R., REIS, F. A., PERREIRA, D. M., CARVALHO, P. T. C. Influência da cinesioterapia na qualidade de vida de portadores de lúpus eritematoso sistêmico. ConScientiae Saúde. v. 8, n. 1, p. 11-17, 2009.

O'NEILL, S.; CERVERA, R. Systemic lupus erythematosus. Best Pract Res Clin Rheumatol, v. 24, n. 6, p. 841-55, 2010.

OLIVEIRA, J., CÉSAR, T. B. Influência da fisioterapia complexa descongestiva associada à ingestão de triglicerídeos de cadeia média no tratamento do linfedema de membro superior. Revista Brasileira de Fisioterapia. v. 12, n. 1, p. 31-36, 2008.

OSTENSEN, M. Sex hormones and pregnancy in rheumatoid arthritis and systemic lúpus erythematosus Annals of the New York Academy of Sciences. v. 22, n. 876, p131-143, 1999.

PONS-ESTEL, G.J.; ALARCON, G. S.; SCOFIELD, L.; REINLIB, L.; COOPER, G. S. Understanding the epidemiology and progression of systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheumatism. v. 39, n.4, p. 257-268, 2010.

RIVAS-LOPES, R.; BUITRON, G. F. R.; ROMERO, C. R. Systemic Lupus erythematosus and pregnancy. Ginecología y Obstetricia de México. v. 71, p. 400-408, 2003.

ROSS, G.; SAMMARITANO, L.; NASS, R. et al. Effects of mothers' autoimmune disease during pregnancy on learning disabilities and hand preference in their children. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. v. 157, n. 4, p. 397-402, 2003.

SATO, E. I. Lúpus eritematoso sistêmico. In: Borges DS, Rothschild HA, editors. Atualização terapêutica 2003: manual prático de diagnóstico e tratamento. 21ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003.

SATO, E.I. Guia de Reumatologia. Lupus Eritematoso Sistêmico. Manole. Ed. 2, p. 651-662, 2010.

SCHUR, P. H. Lúpus eritematoso sistêmico. In: Goldman, L.; Bennett, J.C. Tratado de Medicina Interna. 21ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001.

TONELLA, R. M.; ARAÚJO S.; SILVA, A. M. O. Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea no Alívio da Dor Pós-Operatória Relacionada com Procedimentos Fisioterapêuticos em Pacientes Submetidos a Intervenções Cirúrgicas Abdominais. Revista Brasileira de Anestesiologia. v. 56, n. 6, p. 630-642, 2006.

VALIM, V. Benefícios dos exercícios físicos na fibromialgia. Revista Brasileira de Reumatologia. v. 46, n. 1, p. 49-55, 2006.

VIANNA, R.; SIMÕES, M. J.; INFORZATO, H.C.B. Lupus Eritematoso Sistêmico. Revista Cecília. v. 1, n. 1, p. 1-3, 2010.

WARREN, J. B.; SILVER, R. M. Autoimmune disease in pregnancy: systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome. Obstetrics & Gynecology Clinics of North America. v. 31, p. 345-372, 2004.