



**Faculdades Nova
Esperança**
De olho no futuro

**FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA
HOSPITAL NOVA ESPERANÇA
RESIDÊNCIA MÉDICA EM CLÍNICA MÉDICA**

PANCITOPENIA E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: RELATO DE CASO

Laura de Almeida Gomes

JOÃO PESSOA - PB

2026

Laura de Almeida Gomes

PANCITOPENIA E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de residência (TCR) apresentado à Faculdade Nova Esperança como parte dos requisitos exigidos para a conclusão de residência médica em Clínica Médica.

Orientador: Prof. Dr. Charles Brito Félix do Nascimento

JOÃO PESSOA - PB

2026

G615p

Gomes, Laura de Almeida

Pancitopenia e lúpus eritematoso sistêmico: relato de caso /
Laura de Almeida Gomes. – João Pessoa, 2026.
18f.

Orientador: Prof.º Dr. Charles Brito Félix
do Nascimento.

Monografia (Residência Médica em
Clínica Médica) – Faculdade Nova Esperança - FAMENE

Pancitopenia. 2. Lúpus
Eritematoso Sistêmico. 3. Anemia. I. Título.

CDU: 61

LAURA DE ALMEIDA GOMES

PANCITOPENIA E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Residência em Clínica Médica da Faculdade de Medicina Nova Esperança, apresentado pela aluna Laura de Almeida Gomes, tendo obtido o conceito de _____, conforme apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado(a) em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

PROF. DR. CHARLES BRITO FÉLIX DO NASCIMENTO

Orientador Famene

PROF. DRA. THAISA ANGÉLICA MEDEIROS DE PONTES COSTA

Membro Famene

PROF. DR. GEORGE ROBSON IBIAPINA

Membro Famene

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, minha fortaleza e guia, por ter me sustentado em cada etapa dessa trajetória, desde a graduação até a residência. Durante todo este caminho, enfrentei desafios e percalços, mas com sua presença, consegui superar cada dificuldade e alcançar a concretização deste sonho. Como disse Santa Teresinha do Menino Jesus: *“Tudo é graça; tudo é amor”*. Que essa verdade tenha iluminado cada passo da minha jornada.

Agradeço de coração aos meus pais, Maria do Socorro e Damião, que sempre fizeram de tudo por mim. Mesmo estando distante da família, jamais me deixaram faltar nada e estiveram presentes em todos os momentos, apoiando e incentivando a realização dos meus sonhos. A vocês devo minha base, minha coragem e a certeza de que posso enfrentar qualquer obstáculo.

À minha irmã, Beatriz, minha melhor amiga e confidente, sou imensamente grata pelo carinho, conselhos precisos e ombro amigo nos momentos em que mais precisei. Sua presença constante tornou os desafios mais leves e os momentos felizes ainda mais especiais.

Às minhas sobrinhas Helena, Hortênsia e Helisa, meu agradecimento por trazerem leveza e alegria aos meus dias, especialmente nos momentos de cansaço após longas jornadas de residência e trabalho. Vocês são a verdadeira luz na minha vida.

À minha tia Galega (Rita de Cássia), tio Odilon, Afra e Adam, obrigado pelo apoio constante, pelos conselhos e pelo incentivo que sempre me deram. Ter vocês ao meu lado foi fundamental para minha caminhada.

Aos meus colegas e amigos, Rainer, Karine, Jessyca, Ravel, Raphael, Caio e Lindoeres, agradeço pela parceria, pelo aprendizado compartilhado e por tornar esta etapa mais leve e enriquecedora. Trabalhar ao lado de vocês foi uma experiência de crescimento profissional e pessoal.

Aos preceptores e professores por quem passei, em especial ao Dr. George, Dr. Charles e Dra. Thaisa, que compuseram minha banca, deixo meu profundo reconhecimento. Com eles, tive exemplos inspiradores de prática clínica, ética e dedicação, mostrando-me o modelo de profissional que desejo ser.

Por fim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para minha formação, meu crescimento e para a conclusão desta etapa, deixo minha sincera gratidão. Cada gesto de apoio, cada palavra de incentivo e cada ensinamento recebido foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

RESUMO

Introdução: A pancitopenia é caracterizada pela redução simultânea de hemácias, leucócitos e plaquetas no sangue periférico, manifestando-se clinicamente com fadiga, infecções recorrentes e sangramentos. Pode resultar de diferentes mecanismos fisiopatológicos, como infiltração medular, aplasia, destruição periférica ou doenças autoimunes, destacando-se o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), no qual alterações hematológicas são frequentes e podem estar presentes desde o início da doença. Assim, este trabalho tem como objetivo descrever um caso de pancitopenia como manifestação inicial do LES, enfatizando a importância das características clínicas e dos critérios imunológicos para o diagnóstico precoce e adequada condução terapêutica. **Descrição de caso:** Descreve-se um caso de uma paciente feminina, 33 anos, previamente hígida, que foi internada para investigação de pancitopenia associada à febre, apresentando quadro prévio de astenia, perda ponderal significativa e alopecia difusa. Os exames laboratoriais evidenciaram anemia, leucopenia e trombocitopenia, com sorologias para as principais infecções negativas e discreta esplenomegalia à ultrassonografia. Apresentava ainda Fator Antinuclear (FAN) reagente, em alto título (1:1280) e alterações imunológicas compatíveis com atividade autoimune, incluindo hipocomplementemia e positividade para autoanticorpos específicos. Com base nos critérios classificatórios, confirmou-se o diagnóstico de LES, possibilitando o início do tratamento adequado e seguimento ambulatorial. **Discussão:** O LES é uma doença autoimune multissistêmica, predominante em mulheres em idade fértil, caracterizada pela produção de autoanticorpos, deposição de imunocomplexos e inflamação crônica em diversos órgãos. Suas manifestações clínicas são heterogêneas e incluem alterações cutâneas, articulares, renais, neuropsiquiátricas e, de forma relevante, hematológicas, que podem constituir a manifestação inicial da doença. Embora anemia, leucopenia e trombocitopenia isoladas sejam mais comuns, a pancitopenia também pode ocorrer. O diagnóstico baseia-se em critérios clínicos e imunológicos, exigindo FAN positivo como critério obrigatório, enquanto o tratamento envolve medidas gerais e terapias farmacológicas individualizadas, com destaque para a hidroxicloroquina como base terapêutica. Assim, a investigação sistematizada da pancitopenia é fundamental para o reconhecimento precoce do LES e melhor prognóstico dos pacientes. **Conclusão:** O LES é uma doença autoimune que pode se manifestar apenas por alterações hematológicas. A pancitopenia, embora inespecífica, deve ser reconhecida como possível manifestação inicial, pois sua identificação permite investigação adequada e diagnóstico precoce, possibilitando o tratamento e, conseqüentemente, melhor prognóstico.

Palavras-chave: Pancitopenia. Lúpus Eritematoso Sistêmico. Anemia.

ABSTRACT

Introduction: Pancytopenia is characterized by the simultaneous reduction of red blood cells, leukocytes, and platelets in peripheral blood, clinically manifesting with fatigue, recurrent infections, and bleeding. It may result from different pathophysiological mechanisms, such as bone marrow infiltration, aplasia, peripheral destruction, or autoimmune diseases, particularly Systemic Lupus Erythematosus (SLE), in which hematological alterations are frequent and may be present from the onset of the disease. Thus, this study aims to describe a case of pancytopenia as the initial manifestation of SLE, emphasizing the importance of clinical features and immunological criteria for early diagnosis and appropriate therapeutic management. **Case Description:** We describe the case of a 33-year-old previously healthy female patient who was hospitalized for investigation of pancytopenia associated with fever, with a prior history of asthenia, significant weight loss, and diffuse alopecia. Laboratory tests showed anemia, leukopenia, and thrombocytopenia, with negative serologies for the main infections and mild splenomegaly on ultrasonography. She also presented a positive antinuclear antibody (ANA) at a high titer (1:1280) and immunological alterations compatible with autoimmune activity, including hypocomplementemia and positivity for specific autoantibodies. Based on the classification criteria, the diagnosis of SLE was confirmed, enabling the initiation of appropriate treatment and outpatient follow-up. **Discussion:** SLE is a multisystem autoimmune disease, predominantly affecting women of childbearing age, characterized by the production of autoantibodies, immune complex deposition, and chronic inflammation in various organs. Its clinical manifestations are heterogeneous and include cutaneous, articular, renal, neuropsychiatric, and notably hematological alterations, which may represent the initial manifestation of the disease. Although isolated anemia, leukopenia, and thrombocytopenia are more common, pancytopenia may also occur. Diagnosis is based on clinical and immunological criteria, requiring a positive ANA as a mandatory criterion, while treatment involves general measures and individualized pharmacological therapies, with hydroxychloroquine as the therapeutic cornerstone. Therefore, systematic investigation of pancytopenia is essential for the early recognition of SLE and improved patient prognosis. **Conclusion:** SLE is an autoimmune disease that may present solely with hematological alterations. Pancytopenia, although nonspecific, should be recognized as a possible initial manifestation, as its identification allows appropriate investigation and early diagnosis, enabling timely treatment and consequently a better prognosis.

Keywords: Pancytopenia. Systemic Lupus Erythematosus. Anemia.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. DESCRIÇÃO DO CASO	11
3. DISCUSSÃO	14
4. CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS	19

1. INTRODUÇÃO

A pancitopenia refere-se à diminuição simultânea de todas as linhagens celulares do sangue periférico (hemácias, leucócitos e plaquetas), que estarão abaixo da faixa normal de referência para idade e sexo. Os sintomas surgem devido ao comprometimento das funções desses componentes celulares, manifestando-se clinicamente com fadiga, infecções recorrentes e sangramentos¹.

A prevalência da pancitopenia na população adulta é considerada reduzida. Evidências indicam que essa condição constitui uma anormalidade hematológica incomum em adultos, sendo identificada em menos de 1% dos exames realizados em ambientes ambulatoriais gerais¹.

Nesse contexto, a pancitopenia pode decorrer de diferentes mecanismos fisiopatológicos, incluindo a invasão da medula óssea por neoplasias hematológicas, doenças metastáticas ou processos infecciosos; a aplasia medular associada a distúrbios nutricionais, doenças infecciosas, alterações imunológicas ou uso de fármacos; destruição periférica ou o sequestro excessivo de células sanguíneas, observados em condições como Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD), hematopoiese ineficaz e hiperesplenismo secundário a diversas patologias sistêmicas; bem como secundário a doenças autoimunes, como o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), algumas vasculites, artrite reumatoide e outras doenças autoimunes².

Dessa forma, tem-se que a pancitopenia é uma manifestação hematológica do LES, sendo comum encontrá-la tanto no momento do diagnóstico quanto ao longo do curso da doença³. A anemia está presente em até metade dos pacientes, predominando a forma associada à doença crônica, embora também possa resultar de deficiência de ferro ou de anemia hemolítica autoimune. A leucopenia, especialmente a linfopenia, ocorre em 22% a 42% dos casos, enquanto a trombocitopenia acomete cerca de 20% dos pacientes⁴.

O reconhecimento do LES constitui um desafio na prática clínica, especialmente devido à presença de manifestações iniciais inespecíficas, como fadiga, sintomas musculoesqueléticos e alterações mucocutâneas, que dificultam a identificação precoce da doença. Em alguns pacientes, o envolvimento orgânico mais grave, como a nefrite lúpica, pode representar a primeira manifestação clínica, atrasando ainda mais o diagnóstico. Nesse contexto, torna-se fundamental valorizar manifestações menos

específicas, porém relevantes, como as alterações hematológicas. A identificação precoce da pancitopenia pode atuar como um sinal inicial importante da doença, permitindo investigação diagnóstica oportuna⁵.

Assim, este trabalho justifica-se ao evidenciar a relevância da detecção rápida de alterações hematológicas, associada à análise detalhada do histórico clínico, dos sintomas apresentados e do histórico familiar da paciente, contribuindo para o diagnóstico precoce e para a instituição adequada do tratamento.

Este trabalho tem como objetivo descrever um caso de pancitopenia como manifestação inicial do LES, com ênfase no diagnóstico baseado nas características clínicas da paciente e em exames imunológicos que atenderam aos critérios da *American College of Rheumatology (ACR)/ European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR)* de 2019 (ACR/EULAR 2019). Além disso, foram apresentadas as manifestações clínicas, a evolução do caso durante a investigação diagnóstica e os possíveis mecanismos envolvidos no desenvolvimento da pancitopenia.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, de 33 anos, parda, casada, natural e procedente de João Pessoa, Paraíba, previamente hígida, foi admitida em um serviço hospitalar no município de João Pessoa para investigação de quadro de pancitopenia associada à febre. Aproximadamente um mês antes da internação, a paciente passou a apresentar, de forma insidiosa e progressiva, sintomas compatíveis com uma síndrome anêmica, incluindo astenia, fadiga, tontura e intolerância aos esforços físicos. No mesmo período, referiu perda ponderal não intencional estimada em cerca de 14 kg, além de queda capilar acentuada. Nas duas semanas que antecederam a admissão hospitalar, evoluiu com episódios febris diários, com temperaturas aferidas de até 38,5°C, predominantemente no período vespertino, o que motivou a busca por atendimento médico. Negava tosse, sudorese noturna e presença de lesões cutâneas.

Quanto aos antecedentes pessoais, tratava-se de secundigesta, com gestações prévias sem intercorrências e sem histórico de abortamento. Fazia uso de dispositivo intrauterino (DIU) havia dois anos. Negava tabagismo, etilismo e uso regular de medicamentos.

Ao exame físico na admissão, encontrava-se vigil, orientada, afebril, normocárdica e normotensa. As mucosas apresentavam-se hipocoradas (++/4+), hidratadas e anictéricas. À oroscopia e otoscopia, não foram observadas alterações. O couro cabeludo evidenciava alopecia difusa não cicatricial, sem sinais inflamatórios, com teste de tração capilar positivo. A tireoide era normopalpável, sem nódulos. Não havia adenomegalias palpáveis. As ausculta cardíaca e pulmonar não demonstravam alterações. À palpação abdominal, não se identificaram sinais de peritonismo ou visceromegalias palpáveis. As extremidades estavam livres de edema e sem sinais de sinovite ativa. O exame neurológico não revelou déficits.

Nos exames laboratoriais realizados na admissão, observou-se hemoglobina de 7,5 g/dL, contagem de leucócitos de 1.700/mm³ e plaquetas de 64.000/mm³. A proteína C reativa encontrava-se inferior a 6 mg/L e a velocidade de hemossedimentação (VHS) era de 50 mm na primeira hora. A função renal, glicemia, ionograma, coagulograma, bilirrubinas e o exame de urina tipo I apresentavam-se dentro dos valores de referência.

A tomografia computadorizada de tórax não evidenciou áreas de consolidação pulmonar ou derrame pleural. O ecocardiograma transtorácico demonstrou fração de

ejeção preservada, sem sinais de derrame pericárdico ou alterações valvares. A ultrassonografia abdominal revelou esplenomegalia discreta.

Diante do quadro clínico-laboratorial apresentado, foram considerados como diagnósticos provisórios neutropenia febril e pancitopenia a esclarecer. Instituiu-se antibioticoterapia empírica com ceftazidima, além da coleta de culturas e solicitação de exames complementares, incluindo sorologias para HIV, hepatites B e C, VDRL, dosagens de vitamina B12 e ácido fólico, contagem de reticulócitos, teste de coombs direto e avaliação da cinética do ferro, cujos resultados encontram-se descritos no quadro 1.

Quadro 1. Resultados dos exames laboratoriais.

	Resultado	Valor de referência
Teste rápido HIV I e II	Não Reagente	Não Reagente
HbsAg	Não Reagente	Não Reagente
Anti Hbe	Não Reagente	Não Reagente
Anti HCV	Não Reagente	Não Reagente
VDRL	Não Reagente	Não Reagente
B12	708 pg/mL	200 – 900 pg/mL
Folato	8,1 ng/mL	3,0 – 17 ng/mL
Reticulócitos	-	0,5 -2,5%
Coombs direto	Negativo	Negativo
Coombs indireto	Negativo	Negativo
Ferro sérico	46 µg/dL	50 – 170 µg/dL
Ferritina	269,9 ng/mL	15 – 150 ng/mL
TIBC	195 µg/dL	250 – 450 µg/dL

Fonte: Própria.

A paciente evoluiu com melhora do quadro febril aproximadamente 24 horas após o início da antibioticoterapia. Nos demais exames complementares, observou-se Fator Antinuclear (FAN) reagente em título de 1:1280, com padrão nuclear pontilhado fino. Diante da expressividade desse achado sorológico, o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) passou a ser considerado a principal hipótese diagnóstica, motivo pelo qual foram solicitadas as dosagens dos componentes do complemento (C3, C4 e CH50), bem como

a pesquisa de autoanticorpos específicos, cujos resultados encontram-se descritos no quadro 2.

Quadro 2. Resultados dos exames laboratoriais para investigação de LES.

	Resultado	Valor de referência
Anti-DNA (dupla-hélice)	3,5	reagente: > 1,0
Anti-SM	2,5	reagente: > 10,0
Anti-SSA (RO)	> 240	reagente: > 10,0
Anti-SSB (LA)	> 320,0	reagente: > 10,0
Anti-cardiolipina IgG	3,1	Reagente: > 40,0
Anti-cardiolipina IgM	2,0	Reagente: > 40,0
Complemento C3	24,0	Normal: 82-160
Complemento CH50	<1,0	Normal: 170-330

Fonte: Própria.

De acordo com os critérios classificatórios do ACR/EULAR de 2019, a paciente preencheu critérios clínicos e imunológicos compatíveis com o diagnóstico de LES, possibilitando a confirmação diagnóstica. Dessa forma, foi viável a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, com seguimento ambulatorial em reumatologia e instituição do tratamento adequado para o quadro diagnosticado.

3. DISCUSSÃO

O LES é uma doença autoimune multissistêmica caracterizada pela produção de autoanticorpos direcionados contra antígenos nucleares, pela deposição de imunocomplexos e pelo desenvolvimento de inflamação crônica em órgãos-alvo clássicos, como a pele, as articulações e os rins. Estima-se que a doença afete mais de 3,4 milhões de pessoas em todo o mundo, com uma predominância significativa no sexo feminino, em uma proporção aproximada de nove mulheres para cada homem. Embora possa manifestar-se em qualquer faixa etária, o LES ocorre com maior frequência em mulheres em idade fértil, especialmente entre 14 e 55 anos⁵.

A patogênese do LES envolve interação entre fatores genéticos, epigenéticos, hormonais e ambientais, levando à perda de autotolerância e desregulação imunológica. A imunidade inata apresenta produção excessiva de interferon tipo I e eliminação inadequada de resíduos celulares, enquanto a adaptativa sofre quebra da tolerância das células B e T, resultando em autoanticorpos patogênicos, citocinas desreguladas e interações aberrantes entre linfócitos. Esses processos culminam em lesão tecidual por deposição de imunocomplexos e efeitos celulares diretos^{6,7}.

Quanto ao quadro clínico, as manifestações típicas do LES apresentam-se de forma variável, já que a doença pode afetar múltiplos órgãos e sistemas. Os sintomas mais comuns incluem fadiga, febre, artralgia ou artrite, exantema cutâneo (como o rash malar), alopecia, úlceras orais e fotossensibilidade. Já como sintomas neuropsiquiátricos, tem-se cefaleia, distúrbios de humor, convulsões e psicose. Outras manifestações possíveis incluem serosite (pleurite, pericardite), fenômeno de Raynaud, envolvimento gastrointestinal e endocardite trombótica não bacteriana. Adicionalmente, a doença pode manifestar comprometimento renal, a exemplo da nefrite lúpica, que se manifesta com proteinúria, hematúria ou insuficiência renal aguda, sendo uma das principais formas da apresentação grave da doença^{4,5}.

Laboratorialmente, pode apresentar anormalidades incluindo anemia; trombocitopenia; leucopenia; hipocomplementemia. Além disso, autoanticorpos específicos, como anticorpos anti-DNA de dupla fita, antifosfolipídicos e anticorpos anti-Smith (anti-Sm); e outros anticorpos, como anti-ribonucleoproteína (anti-RNP), anti-Ro e anti-La, podem estar associados⁴.

As manifestações hematológicas podem se apresentar como a única expressão clínica do LES. Dentre essas alterações, a anemia representa o achado mais frequente, sendo a anemia da doença crônica a forma mais prevalente. A anemia ferropriva

configura-se como a segunda mais comum, geralmente associada a perdas sanguíneas, como metrorragia ou sangramento do trato gastrointestinal⁸. A anemia hemolítica autoimune pode ocorrer no LES, sendo encontrada em cerca de 10-12% dos pacientes adultos, podendo ser a manifestação inicial da doença⁴. A leucopenia apresenta relação direta com a atividade da doença, estando mais frequentemente associada a maior ocorrência de úlceras orais e serosites, além de aumentar a suscetibilidade a infecções. Da mesma forma, a plaquetopenia também demonstra correlação com a atividade do LES⁸.

As alterações sanguíneas observadas em pacientes com a doença podem decorrer diretamente de sua fisiopatologia. Entretanto, em determinadas situações, essas anormalidades podem estar associadas a outras etiologias presentes nesses pacientes, sem constituírem manifestações primárias do LES. Dessa forma, torna-se fundamental diferenciar se as alterações hematológicas representam expressão direta da atividade da doença, consequência do tratamento instituído ou manifestação de outras discrasias das células sanguíneas⁹.

Diante disso, a pancitopenia deve ser reconhecida como possível manifestação inicial do LES, especialmente naqueles pacientes com sintomas sistêmicos e com autoanticorpos positivos¹¹. As manifestações hematológicas mais comuns na doença são anemia, leucopenia e trombocitopenia isoladas, mas casos de pancitopenia, embora menos frequentes, também podem ocorrer, acometendo cerca de 3 a 5% dos pacientes, sendo uma manifestação geralmente associada a quadros graves de envolvimento medular¹². Um dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos é a destruição periférica das células sanguíneas por autoanticorpos. Além disso, há disfunção na produção medular, que pode ser causada por inflamação sistêmica, citocinas pró-inflamatórias e, em casos raros, por aplasia medular ou anemia aplástica¹¹.

A investigação da pancitopenia exige abordagem diagnóstica sistematizada, uma vez que suas etiologias variam desde condições potencialmente reversíveis até doenças hematológicas graves. Entre as causas mais frequentes destacam-se as deficiências de vitamina B12 ou folato, as leucemias, anemia aplástica, além de outras etiologias que incluem hiperesplenismo, geralmente relacionado à hipertensão portal e a outras doenças que cursam com esplenomegalia; infiltração medular por neoplasias hematológicas ou metástases; infecções virais e bacterianas graves; e doenças autoimunes, como o LES e a artrite reumatoide associada à síndrome de Felty².

No que diz respeito ao diagnóstico do LES, ele representa um desafio na prática clínica, sendo frequente o relato de frustração por parte dos pacientes diante das dificuldades para a obtenção de um diagnóstico preciso. Dessa forma, critérios clínicos e laboratoriais são utilizados para identificar a presença de manifestações clínicas e sorológicas compatíveis com o diagnóstico de LES. Para essa definição clínica são utilizados os critérios de acordo com a versão mais recente do ACR/EULAR de 2019⁶.

Para diagnóstico do LES, deve-se ter o FAN positivo **em pelo menos uma ocasião, com título $\geq 1:80$** , sendo considerado critério de entrada obrigatório. Após isso, os demais critérios são agrupados em sete domínios clínicos (constitucional, hematológico, neuropsiquiátrico, mucocutâneo, seroso, musculoesquelético, renal) e três domínios imunológicos (anticorpos antifosfolípidos, complemento, anticorpos específicos do lúpus). **Cada item tem um peso entre 2 a 10 pontos e apenas o item de maior peso em cada domínio é contabilizado. Cada critério só deve ser considerado se não houver explicação mais provável que o lúpus para a manifestação. Por fim, o paciente é classificado como portador de lúpus se acumular ≥ 10 pontos entre os critérios, sendo necessário pelo menos um critério clínico¹⁰.**

O tratamento do LES inclui medidas não farmacológicas, como cessação do tabagismo, fotoproteção, atividade física, suporte psicológico e educação do paciente, além de terapias farmacológicas individualizadas conforme o acometimento orgânico. A hidroxicloroquina permanece como medicamento essencial, sendo indicada para todos os pacientes com LES, pelos benefícios como redução da atividade da doença, a prevenção das exacerbações, diminuição da mortalidade, proteção contra os danos cumulativos aos órgãos, efeitos antitrombóticos, melhora do perfil lipídico e glicêmico, redução do risco de infecções, e melhora dos sintomas cutâneos e articulares. Ela deve ser usada na dose de 5 mg/kg/dia (dose máxima de 400 mg/dia) e tem como principal efeito adverso a retinopatia, recomendando-se, por isso, exame oftalmológico inicial, repetido após 5 anos e, posteriormente, a cada ano⁵.

Os glicocorticoides são amplamente empregados no controle rápido da atividade da doença e nas exacerbações, embora seu uso deva ser limitado devido aos importantes efeitos adversos, que incluem osteoporose, hipertensão, infecções e catarata. Já os

imunossupressores são indicados nos casos de doença moderada a grave, entre eles podemos citar: azatioprina, metotrexato, micofenolato de mofetila e ciclofosfamida. Enquanto agentes biológicos também são utilizados em casos específicos, sendo eles o belimumabe, o anifrolumabe, a voclosporina e o rituximabe⁵.

Portanto, o caso apresentado evidencia a relevância da investigação em pacientes com pancitopenia de etiologia inicialmente indefinida, considerando os benefícios clínicos associados ao diagnóstico precoce. A identificação da condição em tempo oportuno possibilita a instituição adequada do tratamento, contribuindo de forma significativa para a melhora do prognóstico e da qualidade de vida do paciente.

4. CONCLUSÃO

O LES é uma enfermidade autoimune complexa, de apresentação clínica heterogênea e diagnóstico frequentemente desafiador, sobretudo em suas fases iniciais. Dentre suas múltiplas manifestações, as alterações hematológicas assumem papel de destaque, podendo, em determinados casos, representar a única expressão clínica da doença. Nesse contexto, a pancitopenia, embora inespecífica, deve ser valorizada como um possível marcador inicial do LES, especialmente quando não há etiologia evidente após investigação inicial, exigindo do clínico elevado grau de suspeição diagnóstica.

Assim, a identificação da pancitopenia como manifestação inicial do LES permite a realização de investigação direcionada, favorecendo o diagnóstico precoce, conforme os critérios ACR/EULAR 2019. Dessa forma, reforça-se a importância da abordagem sistemática das alterações hematológicas na prática clínica como estratégia fundamental para o diagnóstico precoce do LES.

REFERÊNCIAS

1. Chew S, Kamangar M. Approach to pancytopenia: From blood tests to the bedside. *Clin Med (Lond)*. 2024;24(5):100235. doi:10.1016/j.clinme.2024.100235.
2. Berliner N. Approach to the adult with pancytopenia. In: Post TW, editor. *UpToDate* [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2025 [cited 2026 Feb 28]. Available from: <https://www.uptodate.com>
3. Berliner N. Systemic lupus erythematosus – hematologic manifestations. In: Post TW, editor. *UpToDate* [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2025 [cited 2026 Feb 28]. Available from: <https://www.uptodate.com>
4. Siegel CH, Sammaritano LR. Systemic lupus erythematosus: a review. *JAMA*. 2024;331(17):1480–91. doi:10.1001/jama.2024.2315.
5. Hoi A, Igel T, Mok CC, Arnaud L. Therapies for systemic lupus erythematosus – Authors’ reply. *Lancet*. 2024; 404(10468):2163–4. doi:10.1016/S0140-6736(24)02381-X.
6. Lyu Q, Zou H, Hu S. Immunopathogenesis and therapeutics of systemic lupus erythematosus: an integrative review. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2025;68(1).
7. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, editors. *Medicina Interna de Harrison*. 20^a ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill Brasil; 2020. 2 v.
8. Galeano L, Morel Ayala Z, Campuzano de Rolón A. Juvenile systemic lupus erythematosus and hematological compromise. *Rev Paraguaya Reumatol* [Internet]. 2020 Jun 30 [cited 2026 Feb 28];6(1):5–10. Available from: <https://www.revista.spr.org.py/index.php/spr/article/view/115>
9. Gulati S, Kumar V, Rawat P, Chawla K, Dessai R, Jain S. Study of hematological profile of systemic lupus erythematosus. *Int J Res Med Sci*. 2023;11(9):3332–5. doi:10.18203/2320-6012.ijrms20232788.

10. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Goldman R, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatol.* 2019;71(9):1400–12.
11. Chalayer É, Ffrench M, Cathébras P. Aplastic anemia as a feature of systemic lupus erythematosus: a case report and literature review. *Rheumatol Int.* 2014;35(6):1073–82.
12. Al-Ghazawi Z, Al-Farajat A, Toubasi AA, Tawileh HBA, Qteish A, Aladily TN, Alnaimat F. Pancytopenia with aplastic anemia in systemic lupus erythematosus: case series and literature review. *Rheumatol Int.* 2024;44(5):943–53. doi:10.1007/s00296-024-05585-6.