OS DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DA SÍNDROME DE BEHÇET

CHALLENGES IN PATIENT DIAGNOSIS AND TREATMENT BEHÇET SYNDROME PATIENTS

1. Isabel Pereira de Albuquerque
1. Mariana de Almeida Leite
2.Orientadora: Ma. Patrícia Lius Melo Alves
1. Acadêmicas do curso de Biomedicina da Universidade de Sorocaba
2.Professora assistente da Universidade de Sorocaba

Resumo: A *Síndrome de Behçet* é uma doença autoimune e crônica caracterizada por vasculite, causando inflamação dos vasos sanguíneos de diversos calibres. Embora considerada rara, suas manifestações mais comuns incluem uveíte, úlceras genitais, e lesões cutâneas, podendo evoluir para complicações graves, como acometimento neurológico, aneurismas, trombose venosa profunda, pericardite e envolvimento pulmonar. A doença afeta predominantemente pessoas entre 20 e 40 anos, mas pode se manifestar em outras faixas etárias. Este estudo tem como objetivo reunir informações atuais e relevantes sobre a síndrome por meio de uma revisão narrativa da literatura, além de apresentar um estudo de caso clínico de um paciente em fase de tratamento e remissão.O diagnóstico precoce pode ser desafiador devido à variabilidade dos sintomas, que são frequentemente confundidos com outras doenças autoimunes. Testes clínicos, como o HLA-B51, auxiliam no diagnóstico, mas ele é confirmado principalmente com base nos sinais clínicos do paciente. Apesar de seu caráter complexo, o manejo adequado da doença, geralmente por meio de anti-inflamatórios e imunossupressores, pode melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Este estudo também reforça a importância da multiprofissionalidade no tratamento, destacando que o conhecimento adequado sobre a doença e a conscientização da população podem reduzir diagnósticos tardios e complicações graves.
Palavras-chave: Síndrome de Behçet; HLA-B51; uveíte; úlcera genital; vasculite.

Abstract: Behçet's syndrome is a chronic autoimmune disease characterized by vasculitis, causing inflammation of blood vessels of various calibers. Although considered rare, its most common manifestations include uveitis, genital ulcers, and skin lesions, with potential progression to severe complications such as neurological involvement, aneurysms, deep vein thrombosis, pericarditis, and pulmonary involvement. The disease primarily affects individuals between the ages of 20 and 40, though it can occur in other age groups. This study aims to compile current and relevant information about the syndrome through a narrative literature review and present a clinical case study of a patient undergoing treatment and remission.
Early diagnosis can be challenging due to the variability of symptoms, which are often mistaken for other autoimmune diseases. Clinical tests, such as HLA-B51, assist in diagnosis, but confirmation mainly relies on the patient's clinical signs. Despite the disease's complexity, proper management—typically involving anti-inflammatory drugs and immunosuppressants—can significantly improve the patient's quality of life. This study also emphasizes the importance of multidisciplinary care, highlighting that adequate knowledge about the disease and public awareness can reduce delayed diagnoses and severe complications.
Keywords: Behçet's syndrome; HLA-B51; uveitis; genital ulcer; vasculitis.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de Behçet (SB) é uma doença autoimune e inflamatória crônica, caracterizada por múltiplas manifestações sistêmicas, afetando especialmente mucosas, pele, articulações e olhos. Sua complexidade clínica e a variabilidade dos sintomas tornam o diagnóstico e o manejo desafiadores para os profissionais de saúde. A enfermidade foi descrita pela primeira vez na década de 1930 pelo dermatologista turco Hulusi Behçet, que a associou à tríade de úlceras orais, úlceras genitais e uveíte, e desde então a patologia leva seu nome.[1]

Embora a SB seja considerada rara, sua prevalência varia consideravelmente entre diferentes regiões do mundo. Nos países da região do Mediterrâneo e do Oriente Médio, sua incidência é mais elevada, enquanto em países ocidentais ela é menos comum.[2] A síndrome também apresenta maior prevalência em homens jovens, geralmente entre 20 e 40 anos, embora possa ocorrer em qualquer faixa etária e em ambos os sexos. Além disso, o envolvimento neurológico, cardiovascular e gastrointestinal em alguns pacientes aumenta a complexidade da doença e pode gerar graves consequências, incluindo risco de morte em casos mais graves.[3]

A patofisiologia da Síndrome de Behçet envolve uma desregulação da resposta imunológica, caracterizada por um aumento da atividade das células Th1 e Th17 e pela secreção excessiva de citocinas pró-inflamatórias, com uma concomitante redução da função das células T reguladoras. Essas alterações imunológicas contribuem para os episódios inflamatórios recorrentes que caracterizam a doença.[4]

Os pacientes frequentemente apresentam surtos de sintomas, como úlceras orais e genitais, erupções cutâneas, tromboses e inflamação ocular, o que afeta diretamente sua qualidade de vida. Esses episódios podem durar semanas e comprometer as atividades diárias e o bem-estar dos indivíduos, exigindo intervenções rápidas e precisas para controle dos sintomas.[5]

Diagnóstico e tratamento da SB são igualmente desafiadores, pois a doença não possui um marcador específico. O diagnóstico é clínico, baseado nos critérios de manifestação das lesões e em exames complementares para exclusão de outras doenças. O tratamento envolve o uso de imunossupressores e anti-inflamatórios, buscando reduzir os episódios e evitar complicações. No entanto, a ausência de um protocolo padronizado e as respostas variáveis aos tratamentos complicam ainda mais o manejo da doença, reforçando a necessidade de estudos que explorem novas abordagens terapêuticas.[6]

Além disso, a falta de conhecimento e de conscientização sobre a Síndrome de Behçet entre profissionais de saúde e na população em geral contribui para atrasos no diagnóstico e manejo inadequado. Isso agrava o sofrimento dos pacientes e eleva os riscos de complicações irreversíveis.[7] Portanto, é fundamental ampliar a compreensão sobre essa enfermidade, tanto na área médica quanto na sociedade, a fim de promover uma assistência mais eficaz.

2 METODOLOGIA

Este artigo emprega uma abordagem combinada, envolvendo uma revisão narrativa da literatura e um estudo de caso clínico. A revisão teve como objetivo identificar as principais tendências e avanços no diagnóstico e tratamento da Síndrome de Behçet (SB), enquanto o estudo de caso buscou fornecer uma visão prática e aprofundada sobre a aplicação dessas estratégias em um paciente específico.

Para a revisão narrativa, foram utilizadas as bases de dados PubMed, Scielo, Scopus e Web of Science, selecionadas por sua relevância na área de saúde e doenças autoimunes. As buscas seguiram uma estratégia definida com as palavras-chave: Behçet's Syndrome, Diagnosis, Treatment, Autoimmune diseases e Management, aplicando operadores booleanos (AND/OR) para maior abrangência. Foram incluídos estudos publicados entre 2000 e 2024, revisados por pares e disponíveis em inglês ou português, abordando diagnósticos, terapias e impactos clínicos da SB. Excluíram-se artigos duplicados, fora do escopo, ou que tratassem da SB apenas superficialmente. Após a triagem dos artigos por título e resumo, os selecionados foram analisados na íntegra e organizados em categorias temáticas: diagnóstico, tratamento, e impacto na qualidade de vida.

O estudo de caso clínico teve como objetivo de explorar as principais características e desafios relacionados à Síndrome de Behçet (SB). A seleção considerou critérios como diagnóstico confirmado da SB pelos critérios do International Study Group for Behçet's Disease (ISGBD), histórico de manifestações clínicas típicas (como úlceras orais e lesões oculares) e participação em tratamento contínuo por no mínimo 12 meses. A coleta de dados envolveu análise do prontuário médico, entrevistas com o paciente para compreender sua resposta ao tratamento e impacto na qualidade de vida, além de consultas à equipe multiprofissional envolvida.

Os dados clínicos foram organizados cronologicamente, observando a progressão dos sintomas, os tratamentos aplicados, respostas terapêuticas e complicações surgidas ao longo do processo. A análise permitiu traçar um paralelo entre a literatura revisada e o caso estudado, destacando a eficácia das intervenções, identificando desafios práticos e sugerindo potenciais melhorias para o manejo da SB.

Todas as etapas do estudo foram conduzidas em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo o consentimento informado do paciente e a anonimização dos dados pessoais para preservar sua privacidade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Sindrome de Behçet: Revisão de literatura sobre Manifestações Clínicas e Diagnóstico

A Doença de Behçet, atualmente conhecida como Síndrome de Behçet (SB), é considerada uma enfermidade rara e apresenta uma distribuição geográfica heterogênea, com maior prevalência na região da Bacia do Mediterrâneo e em países do Leste Europeu, em áreas que integram a chamada "antiga rota da seda". As taxas mais elevadas de incidência são observadas em Istambul, na Turquia.[8]

3.2 Quadro Clínico

O diagnóstico da SB é eminentemente clínico, dado que a doença se caracteriza por manifestações autoinflamatórias e episódios multissistêmicos de causa idiopática, sem um marcador imunológico específico que permita uma resposta imune definida.[9]

3.3 Manifestações Mucocutâneas

Os sintomas mucocutâneos estão entre os mais comuns, afetando aproximadamente 97% dos casos. As lesões se apresentam em forma de úlceras com bordas bem delimitadas, dolorosas, rodeadas por um halo avermelhado e com centro esbranquiçado ou amarelado. As aftas orais, que surgem na mucosa bucal, lábios, gengivas e palato, duram entre 7 e 14 dias, com cura espontânea. Ulcerações genitais, identificadas em 65% dos pacientes, são semelhantes às orais, porém maiores, e ocorrem em regiões como a vulva (em mulheres) e escroto (em homens), levando de duas a quatro semanas para cicatrizar e sendo mais dolorosas.[10]

Lesões cutâneas, como pústulas, pápulas, nódulos eritematosos e pseudofoliculites, são observadas em diferentes partes do corpo, especialmente nos membros inferiores. Lesões acneiformes também podem surgir, localizando-se preferencialmente nos membros superiores e inferiores.[11]

3.4 Manifestações Oculares

A SB acomete o sistema ocular em cerca de 50% dos pacientes, especialmente em homens jovens. Uveíte, de caráter bilateral e recorrente, é a manifestação ocular mais frequente, podendo causar alterações na retina e cicatrizes estruturais. Hipópio, com exsudato denso e branco, pode ocorrer, acompanhado por edema da papila, hemorragias e doença macular, aumentando o risco de complicações como catarata ou glaucoma.[12]

3.5 Manifestações Articulares

Artrite não erosiva é frequentemente relatada, afetando tanto grandes quanto pequenas articulações, sendo os joelhos os mais atingidos. A dor e inflamação articular geralmente são autolimitadas, mas podem comprometer a qualidade de vida.[13]

3.6 Envolvimento do Sistema Nervoso Central

Complicações neurológicas, observadas em 3% a 44% dos casos, podem comprometer o tronco cerebral, gânglios da base e estruturas diencefálicas, provocando sintomas motores e cognitivos, ataxia e disfunções esfincterianas. A trombose venosa do sistema nervoso central é outra manifestação relevante, frequentemente associada ao edema de papila e cefaleia. A presença de proteínas elevadas no líquido cerebrospinal (LCR) está correlacionada a prognósticos desfavoráveis, incluindo meningites e compressões medulares.[14]

3.7 Manifestações Vaculares

A tromboflebite e a trombose venosa profunda (TVP) são comuns, principalmente nos membros inferiores. Em casos mais raros, pode ocorrer obstrução de vasos calibrosos, como a veia cava e as veias supra-hepáticas, causando a Síndrome de Budd-Chiari. Aneurismas arteriais, em especial nas artérias pulmonares, são graves e aumentam o risco de hemoptise fatal.[15]

3.8 Manifestações Gastrointestinais

Pacientes com SB podem apresentar anorexia, vômitos, dispepsia, diarreia e dor abdominal. Lesões ulcerativas surgem frequentemente no íleo e ceco, podendo se estender a outras porções do intestino. As manifestações intestinais da SB podem se assemelhar à Doença de Crohn, mas a ausência de granulomas na biópsia ajuda a diferenciá-las.[16]

3.9 Envolvimento Cardíaco

Embora raro, o comprometimento cardíaco pode incluir prolapso da válvula mitral,

miocardite, pericardite e trombose intracardíaca. Aneurismas e infarto do miocárdio são complicações menos comuns, mas potencialmente fatais.[17]

3.10. Complicações Renais

As manifestações renais são raras e podem incluir glomerulonefrite, hematúria, proteinúria e insuficiência renal. Casos de amiloidose e doença vascular também foram relatados.[18]

3.11 Manifestações Pulmonares

Entre as manifestações pulmonares estão embolia, derrame pleural, pleurisia e fibrose pulmonar, embora ocorram de forma infrequente.[19]

3.12 Outras Manifestações

Febre, mal-estar e disfunção erétil são sintomas adicionais. Pacientes com comprometimento neurológico ou vascular também podem apresentar alterações no trato urinário inferior.[20]

4 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico da SB foi padronizado em 1990 pelo International Study Group for Behçet's Disease (ISGBD), que estabeleceu critérios de classificação para uniformizar o diagnóstico e possibilitar comparações entre estudos. Segundo esses critérios, o paciente pode ser classificado como portador da SB quando apresenta ulcerações orais recorrentes (ao menos três vezes em 12 meses) e mais dois dos seguintes critérios:

1. Ulcerações genitais recorrentes.
2. Lesões oculares (uveítes ou vasculite retiniana).
3. Lesões cutâneas (pseudofoliculite ou eritema nodoso).
4. Teste de patergia positivo.

Além desses critérios clínicos, é essencial a realização de anamnese detalhada, exame físico completo e exames laboratoriais, como hemograma, para identificar infecções, trombocitopenia ou leucocitose.[21]

4.1 Velocidade de Hemossedimentação (VHS)

A VHS é um exame sensível, embora não específico, utilizado para detectar processos inflamatórios. É frequentemente utilizado como marcador de atividade em doenças infecciosas inespecíficas, bem como em condições autoimunes e reumáticas.

Seus níveis podem se elevar tanto em processos inflamatórios agudos quanto crônicos, e também em casos de lesões ou destruição tecidual. Na Síndrome de Behçet (SB), o VHS é útil para monitorar a progressão da doença e avaliar a eficácia do tratamento de enfermidades reumáticas ou crônicas.[22]

4.2 Exame de Urina Tipo 1

O exame de urina é essencial para avaliar as principais funções metabólicas do organismo, auxiliando especialmente no monitoramento da função renal. Com a introdução da metodologia automatizada, é possível realizar uma análise padronizada dos componentes presentes na amostra por meio de leitores ópticos de tiras reagentes. O exame tem como objetivo identificar elementos anormais e examinar o sedimento urinário, oferecendo informações relevantes para diagnósticos.[23]

4.3 Ureia

A dosagem de ureia no sangue é uma ferramenta útil para detectar precocemente a insuficiência renal, embora seja complementada pela medição dos níveis de creatinina. No contexto da SB, esse exame é especialmente importante para pacientes em uso de medicamentos como corticoides, que podem causar retenção de líquidos e edema. A dosagem segue o método cinético ultravioleta e é apresentada em mg/dL.[24]

4.4 Creatinina

A medição dos níveis de creatinina sérica é um dos principais indicadores da função renal, refletindo a taxa de filtração glomerular. A creatinina é mais específica que a ureia para avaliar a função renal e é amplamente utilizada no cálculo da taxa de filtração glomerular estimada, por meio de fórmulas como Cockcroft-Gault e MDRD. Essas fórmulas levam em consideração fatores como idade, peso e sexo, e podem ser afetadas por variáveis como uso de medicamentos e falta de repouso antes da coleta.[25]

4.5 Aminotransferases (AST e ALT)

As enzimas aspartato aminotransferase (AST) e alanina aminotransferase (ALT) estão presentes em órgãos como o coração, fígado e rins, além do sistema musculoesquelético. A presença dessas enzimas no sangue é um indicativo de lesão celular, sendo útil no diagnóstico de danos hepáticos ou cardíacos, uma vez que sua liberação ocorre em situações de comprometimento dos tecidos.[26]

4.6 Fator Antinuclear (FAN)

O FAN é identificado por imunofluorescência indireta, sendo essencial na investigação de doenças autoimunes sistêmicas. O exame utiliza células Hep-2 como substrato, garantindo maior sensibilidade na detecção de antígenos nucleares. Padrões de

fluorescência identificados podem sugerir a necessidade de exames complementares ou indicar associação com patologias específicas. Embora títulos acima de 1:80 sejam considerados significativos, FAN positivo também pode ser encontrado em indivíduos saudáveis ou em pacientes que utilizam determinados medicamentos. Resultados positivos podem se manter por meses ou anos após a suspensão do fármaco.[27]

4.7 Sorologia para Hepatite B, C e HIV

Este exame tem como objetivo detectar a presença de vírus como o HIV e os causadores das hepatites B e C. É particularmente útil para diagnóstico precoce e para resolver resultados sorológicos inconclusivos. Além disso, a sorologia permite a identificação do vírus antes da soroconversão, ou seja, antes que o organismo apresente resposta imunológica detectável.[28]

4.8 Proteinúria de 24 horas

A proteinúria é um indicador clínico de anormalidades renais, embora não seja uma doença por si só. Está associada a doenças renais ou sistêmicas e geralmente acompanhada por outros sinais clínicos, como aumento dos níveis de creatinina sérica, alterações no sedimento urinário e evidências de condições sistêmicas, como febre, erupções cutâneas ou vasculite. As causas mais comuns de proteinúria incluem:

- **Proteinúria funcional**: Um processo benigno que surge em resposta a fatores fisiológicos ou psicológicos, como infecções agudas, atividade física intensa, estresse emocional ou "proteinúria ortostática".
- **Superprodução de proteínas filtráveis**: Exemplo disso são as proteínas de Bence Jones, comuns em casos de mieloma múltiplo.
- **Proteinúria glomerular**: Provocada por disfunções na membrana basal dos glomérulos.
- **Proteinúria tubular**: Decorrente de falhas na reabsorção das proteínas filtradas no túbulo proximal, associada a condições como necrose tubular aguda, intoxicação por chumbo ou aminoglicosídeos e distúrbios metabólicos hereditários. Os valores normais variam entre 0,03 e 0,14 g/24h.[29]

4.9 Crioglobulinas

As crioglobulinas são proteínas que se tornam insolúveis em baixas temperaturas, formando precipitados, mas que se dissolvem ao serem aquecidas. Elas são utilizadas no diagnóstico de crioglobulinemia e classificadas em:

- **Tipo I**: Imunoglobulinas monoclonais das classes IgG, IgM ou IgA, sem atividade de fator reumatoide (FR) e sem fixação de complemento. Estão associadas a

doenças como macroglobulinemia de Waldenström, mieloma múltiplo e fenômeno de Raynaud.

- **Tipo II (mista)**: Imunoglobulinas monoclonais (geralmente IgM) associadas a IgG policlonal, com atividade de FR e capacidade de fixar complemento. São frequentes em hepatite C e outras infecções crônicas, além de artrite reumatoide e síndrome de Sjögren.
- **Tipo III (mista)**: Imunoglobulinas policlonais, com pelo menos uma delas apresentando atividade de FR. Relaciona-se a doenças reumáticas, como lúpus eritematoso sistêmico (LES) e artrite reumatoide, além de infecções virais, bacterianas ou parasitárias.[30]

4.10 Pesquisa do HLA-B51

O antígeno HLA-B51 está relacionado à doença de Behçet e é encontrado em 50% a 77% dos pacientes diagnosticados com essa condição. Sua identificação, combinada com parâmetros clínicos e outros exames laboratoriais, auxilia na confirmação do diagnóstico. No entanto, esse antígeno também pode estar presente em indivíduos saudáveis, sendo necessário avaliar o resultado no contexto clínico e com exames complementares. Em regiões com alta prevalência da doença, a detecção do HLA-B51 é mais significativa, mas, isoladamente, não é conclusiva.[31]

4.11 Análise do Líquor

A avaliação do líquor começa no momento da coleta, observando se o fluido sai sob pressão (indicativo de hipertensão intracraniana) ou em gotejamento lento (padrão normal). O líquido deve ser claro e incolor. A análise citológica deve ser feita imediatamente, pois as células no líquor se deterioram rapidamente fora do corpo. A contagem celular é realizada com a câmara de Neubauer, sem necessidade de diluição, exceto quando há excesso de células. Uma alta concentração de leucócitos pode indicar infecção: neutrófilos predominam em infecções bacterianas, enquanto linfócitos são mais comuns em infecções virais. O aumento de proteínas no líquor (hiperproteinorraquia) também pode indicar doenças infecciosas.[32]

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Caracterização do Caso

O presente estudo analisa o caso de uma paciente do sexo feminino, com 25 anos, diagnosticada com Síndrome de Behçet em meados de 2023. As primeiras manifestações da doença foram caracterizadas por inflamação ocular, prurido e erupções cutâneas na região dorsal, além de úlceras genitais. Essas manifestações iniciais refletem a complexidade da Síndrome de Behçet, que pode se apresentar de formas

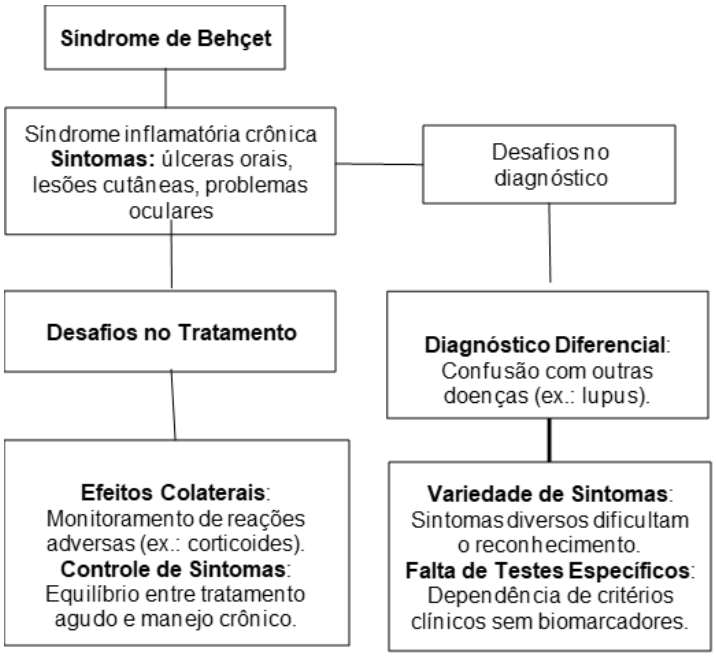
diversas, comprometendo a saúde física e emocional da paciente.

5.2 Sintomas e Qualidade de Vida

A paciente relatou diversos sintomas, incluindo dores articulares frequentes e incapacitantes, lesões na região íntima que causavam desconforto, uveíte com risco de complicações visuais, erupções cutâneas visíveis e cefaleia persistente. Esses sintomas impactaram significativamente a qualidade de vida da paciente, limitando sua mobilidade e atividades diárias. Além do desconforto físico, as manifestações cutâneas e a uveíte geraram inquietações relacionadas à aparência e à saúde mental, evidenciando a necessidade de uma abordagem holística no manejo da doença.

Adicionalmente, a paciente apresentou problemas gastrointestinais, como dor abdominal e vômitos, que levaram à adoção de uma dieta restritiva, sem glúten e lactose. Essa alteração alimentar é fundamental para minimizar os desencadeadores de sintomas e reflete a importância de um manejo nutricional na Síndrome de Behçet.

Fluxograma - Síndrome de Behçet: Abordagem Clínica e Desafios



Fonte: Elaboração Própria

5.3 Diagnostico e Desafios de Diferenciação

O diagnóstico da Síndrome de Behçet foi desafiador, com a paciente inicialmente apresentando sintomas que podiam ser confundidos com outras condições autoimunes, como artrite reumatoide e lúpus. A realização de exames para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e o teste de fator antinuclear (FAN) foram cruciais para descartar outras patologias e confirmar o diagnóstico. Exames laboratoriais relataram: C3 e C4 normais, creatinina normal, o hemograma foi realizado a cada 3 meses para

monitoramento e as principais alterações foram leucocitose com valores de 14.440/uL (07/10/2023), e trombocitose 468.000/uL (11/01/2024), ALT apresentou variações contrastando os momentos da doença ativa com 36 u/L (11/01/2024) e 12/uL (24/05/2024) em um momento onde o quadro estava mais controlado. O exame laboratorial de Sífilis apresentou resultado negativo, também foram realizados os exames de HBsAg e Anti- HCV que também apresentaram resultados negativos. O FAN – Fator Antinuclear (HEP2) apontou citoplasma reagente, Fator Reumatoide (FR) negativo, Anti-ANCA não reagente, por fim a paciente monitora os valores de vitamina D que atualmente está dentro dos valores de normalidade 25 ng/mL.

5.4 Abordagem Terapêutica

O tratamento da paciente foi abrangente e incluiu o uso de colchicina e prednisona, medicamentos que visam controlar a inflamação e os sintomas da doença. Além disso, foi implementada uma dieta restritiva e suplementação de nutrientes essenciais, como vitamina D, zinco, cobre e ferro, para corrigir deficiências nutricionais frequentes em pacientes com a Síndrome de Behçet. A prática de exercícios físicos foi incentivada, buscando melhorar a flexibilidade e o bem-estar geral da paciente.

Contudo, a paciente enfrentou dificuldades significativas durante o processo de diagnóstico e tratamento, como a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a doença e a necessidade de mudanças drásticas nos hábitos alimentares e de vida. Essas dificuldades destacam a necessidade de uma abordagem multidisciplinar que considere as diversas dimensões da saúde do paciente**.**

5.5 Aspectos Emocionais e Psicológicos

Os desafios enfrentados pela paciente também incluem questões emocionais, como angústia e tristeza relacionadas à condição de saúde prolongada (Quadro 1 – “Aspectos gerais da Síndrome de Behçet: relato de paciente”). Esses sentimentos podem agravar os sintomas físicos e impactar negativamente o bem-estar geral. Portanto, a inclusão de suporte psicológico no tratamento é essencial para abordar as necessidades emocionais e promover uma melhor qualidade de vida.

Quadro 1 – Aspectos gerais da Síndrome de Behçet relato de paciente.

Aspectos	Relatado pelo paciente
Sintomas	Dores nas articulações, Feridas genitais espelhadas, Uveíte, Erupções cutâneas (Região dorsal)
Exames solicitados para o diagnóstico	Exames de IST's (Hepatite, Herpes, HPV, HIV), FAN (Fator antinuclear), Ressonância e Tomografia
Suspeitas de outros quadros clínicos	Inicialmente confundida com artrite reumatoide e/ou lúpus
Tratamento	Colchicina, Predinisolona, Dieta restritiva (glúten e lactose), Prática de atividades físicas, Suplementação de vitamina D, zinco, cobre e ferro
Principais dificuldades enfrentadas	Falta de conhecimento dos profissionais sobre a doença levando a demora para fechar o diagnóstico, tratamento difícil, mudanças de hábitos, questões emocionais que desencadearam outros sintomas

Fonte: Elaboração Própria

Os dados revelam a dificuldade do diagnóstico e cuidados da síndrome de Behçet, destacando a urgência de ampliar o conhecimento e capacitação dos profissionais de saúde para aprimorar o atendimento e o bem-estar dos pacientes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou reunir os principais aspectos sobre a Síndrome de Behçet, a complexidade no diagnóstico por conta de manifestações multissistêmicas e a raridade da doença seguem sendo um desafio para os profissionais de saúde e os pacientes afetados. Por conta da ausência de marcadores específicos o diagnóstico é feito após uma minuciosa avaliação com diversos especialistas da área da saúde com o auxílio de exames laboratoriais e de imagem, geralmente descartando outras condições reumáticas e autoimunes e seguindo os critérios estabelecidos pelo International Study Group for Behçet's Disease. Com a inclusão de um estudo de caso,

foi possível ilustrar as principais difículdades em chegar a um diagnóstico conclusivo e um tratamento eficaz, os resultados dos exames laboratoriais ainda concluem que a Síndrome de Behçet é uma doença crônica e que pode oscilar entre ativa e em remissão, portanto o monitoramento é essencial e o tratamento deve combinar as medicações prescritas pelo médico com a prática de atividades físicas, situações de estresse também podem atenuar os sintomas e tornar a doença ativa. Portanto, é fundamental o desenvolvimento de novas pesquisas acerca da SB, bem como a padronização de protocolos para o diagnóstico e intervenções clínicas mais eficazes.

Por fim, reconhece-se que a abordagem narrativa pode envolver limitações quanto à abrangência das informações coletadas, já que não segue um protocolo sistemático. Além disso, o estudo de caso oferece uma perspectiva restrita a um único paciente, o que limita a generalização dos achados. Contudo, a combinação dessas metodologias permite uma análise abrangente e aplicada da SB, contribuindo tanto para o avanço do conhecimento teórico quanto para a prática clínica na área.

REFERÊNCIAS

1. Behçet, H. (1937). Über rezidivierende, aphthöse, durch ein Virus verursachte Geschwüre am Mund, am Auge und an den Genitalien. Dermatologische Wochenschrift, 105, 1152–1157.

2. Arthritis & Rheumatology. Revista especializada em reumatologia e doenças autoimunes, incluindo estudos de prevalência e distribuição geográfica da Síndrome de Behçet. Hoboken, EUA: Wiley. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/journal/23265205.

3. KIDD, D. P. Neurological involvement by Behçet's syndrome: clinical features, diagnosis, treatment and outcome. Practical Neurology, Londres, Inglaterra, v. 23, p. 386-400, 2023. Disponível em: https://pn.bmj.com/content/23/5/386.

4. MDPI. Behçet's Disease: A Comprehensive Review on the Role of HLA-B*51, Antigen Presentation, and Inflammatory Cascade. Journal of Clinical Medicine, v. 9, n. 10, p. 1-21, 2020. Disponível em: https://www.mdpi.com/journal/jcm.

5. MASTROLIA, M. V. et al. Quality of Life in Patients with Behçet's Disease: A Systematic Review. Quality of Life Research, v. 30, n. 2, p. 425-434, 2021. DOI: 10.1007/s11136-020-02673-4. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-020-02673-4.

6. COCUZZA, S. et al. Behçet's Disease: Pathogenesis, Clinical Features, and Treatment Approaches. Medicina, v. 60, n. 4, p. 562, 2024. DOI: 10.3390/medicina60040562. Disponível em: https://www.mdpi.com/1011015.

7. ALPSOY, E. et al. Behçet's disease: epidemiology, clinical features, and management. The Lancet Rheumatology, v. 3, n. 6, p. e395-e406, 2021. DOI: 10.1016/S2665-9913(21)00063-6. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lanrhe/article/PIIS2665-9913(21)00063-6/fulltext.

8. Miyawaki, T., Tani, Y., & Sato, S. (2018). Behçet's Disease: Epidemiology and Factors Influencing Prevalence. Frontiers in Medicine, 5, 313. doi:10.3389/fmed.2018.00313.

9. SHAW, D.; COULSON, I. Behçet disease. DermNet NZ, 2021. Disponível em: https://dermnetnz.org/topics/behcet-disease.

10. Cleveland Clinic. (2020). Behçet's disease: Symptoms, treatments, causes & diagnosis.Disponível em: https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/12980-behcets-disease.

11. Nakamura, T., Iizuka, H., Shimizu, H., Yoshida, Y., & Takamatsu, H. (2021). Mucocutaneous manifestations of Behçet's disease. *Frontiers in Medicine*, 8, 794874. doi:10.3389/fmed.2021.794874.

12. Zając, H., & Turno-Kręcicka, A. (2021). Ocular Manifestations of Behçet's Disease: An Update on Diagnostic Challenges and Disease Management. Journal of Clinical Medicine, 10(21), 5174. doi:10.3390/jcm10215174.

13. Yazici, H., Seyahi, E., Hatemi, G., et al. (2018). Behçet syndrome: a contemporary view. Nature Reviews Rheumatology, 14(2), 107-119. doi:10.1038/nrrheum.2018.3.

14. ORHANI-HAGHIGHI, Afshin; KARDEH, Bahareh; BANERJEE, Shubhasree; YADOLLAHIKHALES, Golnaz; SAFARI, Anahid; SAHRAIAN, Mohammad Ali; SHAPIRO, Lee. Neuro-Behçet's disease: An update on diagnosis, differential diagnoses and treatment. Mult Scler Relat Disord, v. 39, p. 101906, 2019. doi:10.1016/j.msard.2019.101906.

15. Köksal, H., Alkan, A., & Tüzün, Y. (2019). Vascular involvement in Behçet's syndrome: a retrospective analysis of 882 patients. Rheumatology, 53(11), 2018-2022. doi:10.1093/rheumatology/kez196.

16. Bhat, A. D., & Belur, N. S. (2017). Intestinal Behçet and Crohn's disease: two sides of the same coin. *Pediatric Rheumatology*, 15(1), 20. doi:10.1186/s12969-017-0162-4.

17. Pipitone, N. et al. (2021). Cardiac involvement in Behçet's disease: a systematic review. European Heart Journal - Case Reports, 5(7), ytab212. doi:10.1093/ehjcr/ytab212.

18. Melikoğlu, M., Altiparmak, M. R., Fresko, I., Tunç, R., Yurdakul, S., & Hamuryudan, V. (2001). "A reappraisal of amyloidosis in Behçet's syndrome." Rheumatology (Oxford), 40(2), 212-215.

19. Smorchkova, O., Cozzi, D., Zantonelli, G., Bertelli, E., Moroni, C., Cavigli, E., & Miele, V. (2022). "Behçet's Disease: A Radiological Review of Vascular and Parenchymal Pulmonary Involvement." Diagnostics, 12(11), 2868.

20. Köklü, S., & Korkmaz, C. (2020). "Behçet's disease: An update on diagnosis, management, and treatment." Clinical Rheumatology, 39(11), 3427-3434. DOI: 10.1007/s10067-020-05250-5.

21. Kural, S., & Altan, L. (2016). "The importance of clinical features in the diagnosis of Behçet's disease." European Journal of Rheumatology, 3(3), 121-126. DOI: 10.5152/eurjrheum.2016.16009.

22. Gul, A., et al. (2018). "Behavior of laboratory parameters in patients with Behçet's disease." Rheumatology International, 38(5), 895-902. DOI: 10.1007/s00296-018-3902-9.

23. Mériaux, P., et al. (2019). "Automated urine sediment examination: Practical approaches and insights." Journal of Clinical Laboratory Analysis, 33(5), e22848. DOI: 10.1002/jcla.22848.

24. Stevens, L. A., et al. Assessing Kidney Function—Measured and Estimated Glomerular Filtration Rate. New England Journal of Medicine, v. 354, n. 23, p. 2473-2483, 2006.

25. Grubb, A., et al. (2022). Estimation of Glomerular Filtration Rate by Creatinine and Cystatin C. Clinical Chemistry, 68(4), 511-521. Disponível em: https://academic.oup.com/clinchem/article/68/4/511/6463626.

26. Yuan, S. F. et al. Diagnostic significance of serum aspartate aminotransferase and alanine aminotransferase in liver injury: a review. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, v. 53, n. 12, e9355, 2020. DOI: 10.1590/1414-

431x20209355.

27. Schmidt, C. et al. (2018). Antinuclear Antibodies in Systemic Lupus Erythematosus: Clinical and Laboratory Correlation. Journal of Clinical Laboratory Analysis, 32(5), e22460. DOI: 10.1002/jcla.22460.

28. W. A. F.; et al. Performance of HIV Testing Strategies and the Importance of Early Diagnosis. PLOS ONE, v. 13, n. 4, p. e0195142, 2018. DOI: 10.1371/journal.pone.0195142.

29. CHOI, H.; et al. Functional proteinuria: causes and implications. Korean Journal of Internal Medicine, v. 32, n. 4, p. 627-635, 2017. DOI: 10.3904/kjim.2016.193.

30. T. L.; et al. Cryoglobulinemia: A comprehensive review. Clinical Reviews in Allergy & Immunology, v. 51, n. 3, p. 200-213, 2016. DOI: 10.1007/s12016-016-8572-3.

31. M. S.; et al. HLA-B51 and Behçet's disease: a review. Rheumatology, v. 57, n. 6, p. 981-988, 2018. DOI: 10.1093/rheumatology/key051.

32. J. R.; et al. Cerebrospinal fluid analysis: clinical utility and methodology. Clinical Biochemistry, v. 50, n. 5, p. 307-316, 2017. DOI: 10.1016/j.clinbiochem.2016.12.004.