



ISSN: 2230-9926

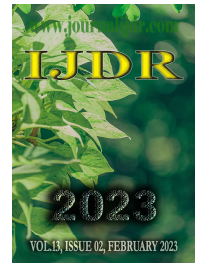
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 13, Issue, 02, pp. 61587-61588, February, 2023

<https://doi.org/10.37118/ijdr.26245.02.2023>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

VASCULITE POR IGA APÓS VACINA CONTRA COVID-19: RELATO DE CASO

Lívia Maria Fonseca Almeida*¹; Gilnara Fontinelle Silva Barros²
e Roberta Maria Duailibe Ferreira Reis³

¹Médica Residente do Programa de Clínica Médica do Hospital Universitário Presidente Dutra (HU-UFMA); ²Professora do Departamento de Hematologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Preceptora Médica da Residência de Clínica Médica do Hospital Universitário Presidente Dutra (HU-UFMA); ³Preceptora Médica e Coordenadora do Programa de Residência de Clínica Médica do Hospital Universitário Presidente Dutra (HU-UFMA)

ARTICLE INFO

Article History:

Received 04th January, 2023

Received in revised form

29th January, 2023

Accepted 14th February, 2023

Published online 25th February, 2023

KeyWords:

Vasculite por Imunoglobulina A.

Vasculite de pequenos vasos. Imunização.

*Corresponding author:

Lívia Maria Fonseca Almeida

ABSTRACT

A vasculite por Imunoglobulina A (IgA) é a forma mais comum de vasculite sistêmica da infância. Tipicamente apresenta-se de forma autolimitada, entretanto em alguns casos manifesta-se na forma de uma tétrade com manifestação cutânea, articular, abdominal e renal, sendo esta última mais comum em crianças mais velhas e adultos. O diagnóstico é baseado em critérios clínicos, o tratamento consiste em medidas de suporte e a maioria dos casos tem resolução espontânea. Este artigo relata o caso de uma paciente adulta jovem de 21 anos, que recebeu o diagnóstico de Vasculite por IgA após vacinação contra COVID-19, em hospital terciário no estado do Nordeste, no Brasil.

Copyright©2023, Lívia Maria Fonseca Almeida et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Lívia Maria Fonseca Almeida, Gilnara Fontinelle Silva Barros e Roberta Maria Duailibe Ferreira Reis. 2023. "Vasculite por iga após vacina contra Covid-19: relato de caso", *International Journal of Development Research*, 13, (02), 61587-61588.

INTRODUÇÃO

A vasculite por IgA é uma doença infantil que ocorre entre a faixa etária de 3 a 15 anos, considerada menos frequente em adultos (LEUNG, 2020). Aproximadamente metade dos casos são precedidos de infecção do trato respiratório superior, em geral causadas por *Streptococcus* (SAULSBURY, 2002). Outros agentes infecciosos, além de picadas de insetos e vacinas são possíveis desencadeadores implicados (RIGANTE, 2013). O diagnóstico é clínico e baseado em critérios estabelecidos, sendo a púrpura palpável sem trombocitopenia critério obrigatório (OZEN, 2010). O tratamento consiste em medidas de suporte e manejo das complicações, com a maioria dos pacientes apresentando recuperação espontânea (OZEN, 2019). Dessa forma, apresentamos relato de caso de paciente com diagnóstico de Vasculite por IgA após vacinação contra COVID-19, em estado do Nordeste, no Brasil.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, de 21 anos, natural de Paço do Lumiar - MA, proveniente do mesmo município, sem comorbidades prévias,

procurou atendimento médico de urgência em Setembro/2021 devido dor abdominal difusa, náuseas e um episódio provável de hematêmese. Após três dias do início dos sintomas evoluiu com surgimento de lesões purpúricas e palpáveis em membros inferiores e nádegas, e artralgia de cotovelos, tornozelos e punhos. Duas semanas antes do surgimento do quadro abdominal a paciente recebeu imunização contra COVID-19, da AstraZeneca. A paciente realizou Endoscopia Digestiva Alta no dia 30 de Setembro de 2021 que evidenciou gastrite hemorrágica difusa e duodenite hemorrágica. Nos exames laboratoriais apresentava proteinúria subnefrótica, com função renal normal, plaquetometria sem anormalidades e autoanticorpos para investigação de doenças reumatológicas negativos. Paciente estava internada em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e foi transferida para o Hospital Universitário Presidente Dutra (HU-UFMA) no dia 04 de Outubro de 2021, onde esteve internada na enfermaria de Clínica Médica durante dez dias e foi avaliada pelas equipes de Nefrologia e Reumatologia. Em virtude da presença de proteinúria subnefrótica foi iniciado tratamento com antiproteinúrico da classe dos Bloqueadores dos receptores de Angiotensina II e fármacos analgésicos para controle da artralgia. Paciente foi submetida a análise histopatológica das lesões purpúricas

que evidenciou vasculite leucocitoclástica de pequenos vasos. Após a alta hospitalar, no dia 14 de Outubro de 2021, paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial com as equipes de Nefrologia e Reumatologia, sob tratamento medicamentoso conservador.



DISCUSSÃO

A vasculite por imunoglobulina A, previamente denominada de púrpura de Henoch-Schönlein, é a forma mais comum de vasculite sistêmica em crianças, sendo que 90% dos casos ocorrem na faixa etária pediátrica, entre 3 e 15 anos, com pico de incidência entre 4 e 6 anos (ONI, 2019). É infrequente em adultos e quando ocorre pode apresentar resultados renais significativamente piores quando comparados com as crianças (KANG, 2014). Esse tipo de vasculite ocorre principalmente no outono, inverno e primavera, sendo raro nos meses de verão, demonstrando a relação dessa entidade clínica com os processos infecciosos (HWANG, 2018). Os possíveis desencadeadores descritos que são implicados na patogênese são as infecções pelo *Streptococcus*, outros agentes microbiológicos, vacinas e picadas de insetos. Este tipo de vasculite pode se desenvolver após a vacinação, entretanto esta relação potencial é essencialmente baseada em relatos de casos e os dados farmacoepidemiológicos robustos são escassos (PIRAM, 2018). É uma vasculite do tipo imunomediada que está associada à deposição de IgA, complemento e recrutamento de neutrófilos. O achado histopatológico típico é a vasculite leucocitoclástica com formação de imunocomplexos de IgA nos órgãos afetados, sendo os tipos celulares predominantes no infiltrado inflamatório os neutrófilos e monócitos. Na análise de imunofluorescência é possível detectar IgA, componente 3 do complemento e depósitos de fibrina nas paredes dos vasos acometidos. Além disso, também há produção aumentada de

interleucina 8 e ativação de células T citotóxicas e células natural killer (HEINEKE, 2017). As manifestações clínicas clássicas consistem em uma tétrede que inclui púrpura palpável sem trombocitopenia, artrite/artralgia, dor abdominal e doença renal, sendo que podem se desenvolver ao longo de dias a semanas. A púrpura é o sintoma de apresentação em aproximadamente três quartos dos pacientes, geralmente antecedente os demais sintomas, em média quatro dias antes (JAUHOLA, 2010). Os sintomas articulares são a segunda manifestação mais comum e os sintomas abdominais ocorrem em aproximadamente metade dos pacientes (TRAPANI, 2005). A doença renal é mais prevalente em crianças mais velhas e adultos, sendo que a apresentação mais comum é a hematuria associada à proteinúria leve ou mesmo ausente. Alterações mais pronunciadas, como proteinúria nefrótica, escórias nitrogenadas elevadas e hipertensão arterial são incomuns. Os adultos têm maior risco de desenvolver doença renal e até mesmo em estágio terminal (HONG, 2016). O manejo terapêutico consiste em medidas de suporte, como analgesia para controle da artralgia/artrite, hidratação adequada e repouso. O tratamento da nefrite com drogas imunossupressoras é considerado apenas em pacientes que apresentam proteinúria acentuada (> 1g/dia) e/ou insuficiência renal de início agudo (MARITATI, 2020).

CONCLUSÃO

Relatou-se um caso de Vasculite por IgA, vasculite sistêmica de pequenos vasos, de prognóstico favorável e geralmente de resolução espontânea, diagnosticada em paciente jovem do sexo feminino, baseado em critérios clínicos e histopatológicos, com indicação de tratamento conservador baseado em terapias medicamentosas. Embora a nefrite seja incomum nos adultos, evidencia-se a necessidade de diagnóstico e tratamento precoces devido aos potenciais riscos de evolução para doença renal em estágio terminal.

REFERÊNCIAS

- Heineke, Marieke H *et al.* "New insights in the pathogenesis of immunoglobulin A vasculitis (Henoch-Schönlein purpura)." *Autoimmunity reviews* vol. 16,12 (2017): 1246-1253.
- Hong, Seokchan *et al.* "Late-onset IgA vasculitis in adult patients exhibits distinct clinical characteristics and outcomes." *Clinical and experimental rheumatology* vol. 34,3 Suppl 97 (2016): S77-83.
- Hwang, Hyun Ho *et al.* "Analysis of seasonal tendencies in pediatric Henoch-Schönlein purpura and comparison with outbreak of infectious diseases." *Medicine* vol. 97,36 (2018): e12217. doi:10.1097/MD.00000000000012217.
- Jauhola, Outi *et al.* "Clinical course of extrarenal symptoms in Henoch-Schönlein purpura: a 6-month prospective study." *Archives of disease in childhood* vol. 95, 11 (2010): 871-6. doi:10.1136/adc.2009.167874.
- Kang, Yoon *et al.* "Differences in clinical manifestations and outcomes between adult and child patients with Henoch-Schönlein purpura." *Journal of Korean medical science* vol. 29,2 (2014): 198-203. doi:10.3346/jkms.2014.29.2.198.
- Maritati F, Canzian A, Fenaroli P, Vaglio A. Adult-onset IgA vasculitis (Henoch-Schönlein): Update on therapy. *Presse Med.* 2020 Oct; 49(3):104035. doi: 10.1016/j.lpm.2020.104035. Epub 2020 Jul 6. PMID: 32645417.
- Oni, Louise, and Sunil Sampath. "Childhood IgA Vasculitis (Henoch Schonlein Purpura)-Advances and Knowledge Gaps." *Frontiers in pediatrics* vol. 7 257. 27 Jun. 2019.
- Piram, Maryam *et al.* "Vaccination and Risk of Childhood IgA Vasculitis." *Pediatrics* vol. 142, 5 (2018): e20180841. doi:10.1542/peds.2018-0841.
- Trapani, Sandra *et al.* "Henoch Schonlein purpura in childhood: epidemiological and clinical analysis of 150 cases over a 5-year period and review of literature." *Seminars in arthritis and rheumatism* vol. 35,3 (2005): 143-53. doi:10.1016/j.semarthrit.2005.08.007.