

## **OS DESAFIOS ENCONTRADOS AO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE BEHÇET: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

THE CHALLENGES ENCOUNTERED IN THE DIAGNOSIS OF BEHÇET'S  
DISEASE: A LITERATURE REVIEW

**Davi Rocha Souza**

Graduando do curso de Medicina na Faculdade Metropolitana São  
Carlos - FAMESC, e-mail: Souza-davi@hotmail.com

**Juliana Deascanio Borges**

Graduando do curso de Medicina na Faculdade Metropolitana São  
Carlos - FAMESC e-mail jdeascanio@gmail.com

**Larissa Pereira Costa**

Graduanda do curso de Medicina na Faculdade Metropolitana São  
Carlos - FAMESC, e-mail: larissapcosta90@gmail.com

**Roberta dos Santos Abreu**

Graduanda do curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São  
Carlos FAMESC, e-mail roberta.santos.abreu@gmail.com

**Laila Poubel Boechat de Castro**

Docente do curso de medicina da Faculdade Metropolitana São  
Carlos – FAMESC, e-mail: lailaboechat@gmail.com

### **RESUMO**

A doença de Behçet – DB – é uma doença complexa que consiste na inflamação multissistêmica, crônica e de etiologia incerta, sendo inicialmente descrita pelo turco Hülûsi Behçey, em 1937. A DB pode ser identificado através de da observação de úlceras na pele e na mucosa oral, bem como com a percepção de dos surtos de inflamação, caracterizados por sua recorrência. Contudo, o diagnóstico é complexo, portanto, o presente trabalho visa abordar acerca dos desafios encontrados para o diagnóstico da doença, diante o fato da

doença ser imprevisível e se manifestar de forma diferente nos pacientes. Utilizou-se como método a revisão bibliográfica, com pesquisa no *Scielo* e *Google Acadêmico*. A DB pode se manifestar de forma ocular, vascular, gastrointestinais, cardíacas, dentre outros. Neste aspecto, se torna complexo o diagnóstico. Logo, O diagnóstico da DB será feito através dos sintomas apresentados em questão. No geral, esse diagnóstico é clínico, sendo assim, a partir do momento que houver a suspeita da DB. Por fim, Diante da complexidade do diagnóstico da doença, é de suma importância que este seja diagnosticado de forma precoce, sendo de suma importância a investigação de manifestação nos órgãos do paciente.

**Palavras-chave:** Doença de Behçet; diagnóstico; tratamento.

## ABSTRACT

Behçet's disease – BD – is a complex disease consisting of multisystemic, chronic inflammation of uncertain etiology, initially described by the Turk Hulûsi Behçey, in 1937. BD can be identified through the observation of ulcers on the skin and mucosa mouth, as well as with the perception of inflammation outbreaks, characterized by their recurrence. However, the diagnosis is complex, therefore, the present work aims to address the challenges encountered in diagnosing the disease, given the fact that the disease is unpredictable and manifests itself differently in patients. A bibliographical review was used as a method, with research in Scielo and Google Scholar. BD can manifest in ocular, vascular, gastrointestinal, cardiac, among others. In this aspect, the diagnosis becomes complex. Therefore, the diagnosis of BD will be made through the symptoms presented in question. In general, this diagnosis is clinical, therefore, from the moment BD is suspected. Finally, given the complexity of diagnosing the disease, it is extremely important that it be diagnosed early, with the investigation of manifestations in the patient's organs being of paramount importance.

**Keywords:** Behcet's disease; diagnosis; treatment.

## INTRODUÇÃO

A doença de Behçet – DB – é uma doença complexa que consiste na inflamação multissistêmica, crônica e de etiologia incerta, sendo inicialmente descrita pelo turco Hulûsi Behçey, em 1937. Diante disso, a DB é uma doença que apresenta uma inflamação vascular diante vários fenótipos, caracterizando-se como úlceras orais. A DB pode ter outras manifestações, como afecções pulmonares, cardiovasculares, dentre outros. A doença está presente mundialmente e na maioria dos casos é encontrado na Ásia ao Mediterrâneo.

A DB também é denominada como “doença da Rota da Seda”, pois a sua prevalência é nos países do Mediterrâneo, Oriente Médio e no Extremo Oriente. A doença pode ocorrer na faixa etária 20 a 40 anos de idade, podendo acometer homens e mulheres. Destaca-se que ao decorrer da doença, pode-se apresentar diversos quadros clínicos, diante à vasculite e o desenvolvimento de vasos sanguíneos de todos os tamanhos. Outrossim, para haver um diagnóstico não há exames ambulatoriais, sendo necessário ser com base em achados

clínicos, exames laboratoriais e de imagem. Com isso, o diagnóstico é de complexo, diante o curso imprevisível da DB, devendo o tratamento ser feito individualmente, levando em consideração diversos fatores.

Neste contexto, o presente trabalho irá abordar acerca dos desafios encontrados para o diagnóstico da doença, diante o fato da doença ser imprevisível e se manifestar de forma diferente nos pacientes. A partir disso, o trabalho será dividido em três partes para melhor ilustrar a doença, trazendo os aspectos da fisiopatologia; após os desafios encontrados para o diagnóstico; e no último tópico os tratamentos para esta doença. Para a realização do trabalho utilizou-se o método bibliográfico, de natureza básica, de forma indutiva; através de pesquisa na literatura acerca da doença com artigos selecionados do *Google Acadêmico* e *Scielo*.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **DOENÇA DE BEHÇET: FISIOPATOLOGIA**

A Doença de Behçet (DB) consiste em uma afecção inflamatória multissistêmica, possui causa desconhecida e é de acometimento vascular, sendo caracterizada por úlceras oral e genitais, além de uveíte e lesões na pele (NEVES; MORAES; GONÇALVES, 2006, s.p.). Esta doença foi descrita em 1937 por Hulûsi Behçet, um dermatologista turco, como tríada clássica, por conta de seus sintomas, sendo estes descritos acima. Além do acometimento vascular, a doença também pode possuir envolvimento articular, do sistema nervoso, pulmonar, trato gastrointestinal, cardíaco e cutâneo (BARADELLI; SILVA, 2020, p. 303).

De acordo com Neves, Moraes e Gonçalves (2006, s.p.), a doença possui o seu início médio de 25 a 30 anos de idade, ou seja, entre adultos jovens, no entanto, existem relatos da doença em questão se iniciar tanto na casa dos 80 anos, quanto em neonatos. Já Souza (2022, s.p.) discorre que o início dos sintomas pode variar de 20 a 40 anos de idade, podendo acometer homens e mulheres, mas, cabe ressaltar que homens jovens que possuem origem asiática possuem uma tendência maior de ter manifestações mais graves da doença. Isso ocorre porque a Doença de Behçet “é bastante comum em países que fazem parte da antiga rota da seda, que se estende da Ásia ao Mediterrâneo, afetando principalmente gregos, turcos, árabes e israelenses, além de coreanos, chineses e japoneses” (SOUZA, 2022, s.p.).

A DB não consiste em uma doença que possui inflamação crônica persistente, mas sim reage através de surtos de ativação, sendo estes intercalados entre períodos de remissão,

podendo ser curtos ou longos. Mesmo que estes surtos sejam marcados por manifestações benignas, “surtos repetidos de inflamação ocular podem levar à amaurose, que representa principal morbidade da DB” (NEVES; GONÇALVES, 2010, s.p.).

Ademais, cumpre destacar que a doença não encontra uma fisiopatologia bem esclarecida, mas pode estar relacionada a alguns fatores, como: genéricos, ambientais, infecciosos e imunitários. Em se tratando de casos genéticos, pode-se dizer que há um predomínio familiar em países do Oriente médio, como árabes, israelitas e turcos, por isto da doença também ser chamada de “Rota da Seda”, por ter uma prevalência no Mediterrâneo, Oriente Médio e Extremo Oriente. Para tanto, nos fatores genéricos há presente a positividade do HLA-B51, na literatura, há o consenso acerca da relação entre a susceptibilidade destes povos à doença. No mais, “o HLA-B51 associa-se a manifestações graves nomeadamente oculares e neurológicas mas para outros não existe qualquer relação de causa-efeito entre um e outras”. (CATORZE, s.d., p. 17).

Em se tratando de fatores ambientais, a prevalência está em diversos países, sendo que a doença pode se manifestar de acordo com uma situação. Alguns agentes infecciosos podem desencadear a doença de behcet, sendo eles: a herpes simplex, parvovírus B19, dentre outros. Diante os fatores imunológicos, pode-se dizer que foram encontrados nos pacientes com a doença “anticorpos no sangue periférico e no liquor contra a *heat shock protein*-HSP60, uma proteína humana análoga do peptídeo HSP65 do *Micobacterium tuberculosis*”. (CATORZE, s.d., p. 17). Há presente também nos doentes as células T-cell receptor, sendo este tipo de receptor uma população minoritária de linfócitos que acabam por carecer as moléculas da superfície CD4 e CD8. Ademais, as respostas imunitárias podem desencadear os sintomas da doença, pois alguns pacientes “valores aumentados de anticorpos antifosfolípidos e imunocomplexos circulantes”. (CATORZE, s.d., p. 18).

## **SINTOMAS E DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE BEHÇET**

Por conta de seus diversos sintomas e estes variarem de acordo com cada paciente, o diagnóstico da DB nunca foi muito preciso. No entanto, de maneira geral, este pode ser identificado através de da observação de úlceras na pele e na mucosa oral, bem como com a percepção de dos surtos de inflamação, caracterizados por sua recorrência. É necessário ressaltar que não existe um exame laboratorial que determine o diagnóstico, necessitando que o médico analise os sintomas de maneira singular, de acordo com cada paciente (SOUZA, 2022, s.p.). O diagnóstico pode ser feito através da análise dos seguintes sintomas que podem surgir de acordo com o avanço da DB, sendo estas manifestações: mucocutâneas; oculares;

articulares; do sistema nervoso central; vasculares; gastrointestinais; cardíacas; renais; pulmonares; havendo também outras manifestações, como febre, mal-estar e disfunção erétil (BARADELLI; SILVA, 2020, p. 304-305).

As úlceras aftosas orais fazem parte de 86% dos casos de manifestações orais da DB, e, mesmo que não seja de início, afetam todos os pacientes de acordo com a evolução da doença. No geral, as úlceras aftosas aparecem antes das demais manifestações da DB em alguns anos, sendo “lesões dolorosas, de fundo branco, com bordas hiperemiadas e bem definidas, medindo até 1 cm de diâmetro. Curam em até 10 dias, sem deixar cicatrizes” (NEVES; GONÇALVES, 2010, s.p.), assim como mostra a Figura 1:



**Figura 1 – úlcera aftosa oral**  
Fonte: Manual MSD, Villa-Forte, 2022

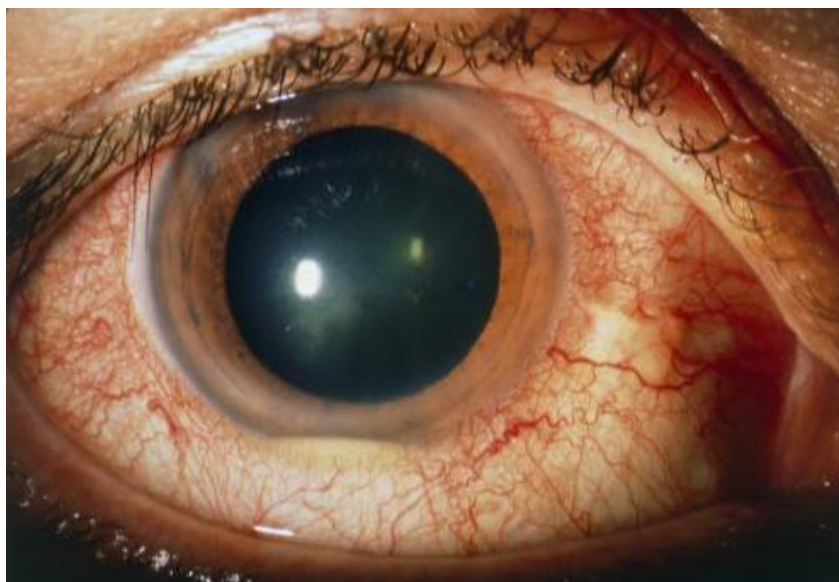
Além das úlceras aftosas orais, também é característico da DB, as úlceras genitais, que podem aparecer no pênis ou no escroto, bem como na vulva ou na vagina (VILLA-FORTE, 2022, s.p.), que estão presentes de 80 a 90% dos casos da doença, possuem o aspecto semelhante das úlceras aftosas orais, no entanto, podem ser maiores e deixam a cicatriz após a cura, auxiliando no diagnóstico da doença. Ademais, possuem as lesões cutâneas, que aparece em 80% dos casos da DB, sendo “o eritema nodoso (nódulo hiperemiado, doloroso, profundo, mais comum na face anterior das pernas) e a pseudofoliculite (lesões acneiformes, pustulares, em localizações não típicas de acne vulgar)” (NEVES; GOLVAÇVES, 2010, s.p.).



**Figura 2 – lesões cutâneas**

Fonte: Manual MSD, Villa-Forte, 2022

Seguindo em diante, as manifestações oculares, de acordo com Baradelli e Silva (2020, p. 304) abrangem cerca de metade dos pacientes, sendo a sua maior parte os jovens do sexo masculino. Já de acordo com Villa-Forte (2022, s.p.), as manifestações oculares afetam cerca de 25 a 75% dos pacientes. Na maioria das vezes essa irritação nos olhos pode estar vinculada a manifestações neurológicas. Das manifestações oculares, a uveíte é a mais comum, “recorrente, bilateral e crônica, resultando em alterações estruturais, cicatrizes na retina” (BARADELLI; SILVA, 2020, p. 304), apresentando dor fotofobia e olhos avermelhados, podendo não ser curada totalmente entre os episódios da DB (VILLA-FORTE, 2022, s.p.). Além da uveíte, a DB ainda pode causar o hipópio, que consiste em uma inflamação intensa, apresentando “exsudado, espesso e branco, hemorragias, edema de papila e doença macular importar causa de morbidade levando a cataratas e, menos constante, a glaucoma” (BARADELLI; SILVA, 2010, p. 304).



**Figura 3 – hipópio**

Fonte: Manual MSD, Villa-Forte, 2022

As manifestações articulares se dão através de artrite que, no geral, não são erosivas. Estas manifestações podem estar presentes em grandes ou pequenas articulações na DB, sendo os joelhos os mais afetados de forma recorrente (BARADELLI; SILVA, 2020, p. 304). Essas manifestações podem ocorrer em até 50% dos casos, sendo transitórias, e, de acordo com Neves e Gonçalves (2010, s.p.), são mais comuns em grandes articulações dos membros inferiores. Já os acometimentos ao sistema nervoso central consistem em uma manifestação de mobilidade e mortalidade, que varia de 3 a 44% dos acometidos pela DB (BARADELLI; SILVA, 2020, p. 304). São considerados menos comuns, no entanto, são bem graves, podendo ter o seu início de forma gradual ou repentina, sendo que “as primeiras manifestações podem ter envolvimento parenquimatoso, com sinais piramidais e doença dos pequenos vasos com padrão semelhante à esclerose, envolvimento não parenquimatoso com meningite asséptica ou meningoenfalite, ou trombose do seno dural” (VILLA-FORTE, 2022, s.p.).

Envolvem o parenquimatoso (80% dos casos), que compromete preferivelmente o tronco cerebral, gânglios da base, estruturas diencefálicas e cápsulas internas, provocando sintomas piramidais ou motores, mutações cognitivas, ataxia e distúrbios esfinterianos, ou trombose de seio venoso (20% dos casos) com edema de papila com ou sem cefaleia. Elevação de proteínas no LCR foram relacionadas ao pior prognóstico como meningites e compressões medulares (BARADELLI; SILVA, 2020, p. 308).

As manifestações vasculares se manifestam, nos membros inferiores, através da tromboflebite e da trombose venosa profunda (TVP), sendo raro a ocorrência de oclusão ou

obstrução de outros vasos, como a veia cava e veias supra-hepáticas (BARADELLI; SILVA, 2019, p. 308-309). Estas manifestações acometem de 3 a 5% dos pacientes da DB, sendo que um terço desses pacientes possuem evidências de comprometimento de grandes vasos de forma assintomática durante toda a vida (VILLA-FORTE, 2022, s.p.).

Já Neves e Gonçalves (2010, s.p.) afirmam que o acometimento de grandes vasos acomete 25% dos casos de DB, sejam venosos ou arteriais. No que tange as manifestações gastrointestinais, podem manifestar diversos sintomas, como hiperêmese, a anorexia, lesões ulcerativas, além de outras porções do cólon e sistema digestivo (BARADELLI; SILVA, 2010, p. 309). Além disso, podem acometer em até 25% dos casos por úlceras aftosas no decorrer do tubo digestivo, causando dores abdominais, perfuração e até hemorragia digestiva (NEVES; GOLÇALVES, 2010, s.p.).

As manifestações cardíacas também fazem parte da DB, no entanto, são consideradas incomuns. Essas manifestações se dão através de “lesões valvulares, pericardite, miocardite, trombose intracardíaca, endomiocardiofibrose, trombose/aneurisma coronarianas, angina, insuficiência cardíaca, aneurisma do ventrículo e infarto do miocárdio” (BARADELLI; SILVA, 2010, p. 309). Outras manifestações raras incluem as renais e as pulmonares, que, respectivamente, podem apresentar infecções pulmonares, doenças vasculares, derrame pleural, dentre outros (BARADELLI; SILVA, 2020, p. 309).

Neste sentido, o diagnóstico da DB será feito através dos sintomas apresentados em questão. No geral, esse diagnóstico é clínico, sendo assim, a partir do momento que houver a suspeita da DB, o paciente deve procurar imediatamente ajuda médica, principalmente com a aparição de úlceras aftosas, pois é considerado como o primeiro sintoma a aparecer (VILLA-FORTE, 2022, s.p.). Com isso, para que haja a maior probabilidade de precisão no diagnóstico, “em 1990, foram publicados os critérios diagnósticos do *International Study Group for Behçet’s Disease*, que logo se converteram em padrão para estudos clínicos mundialmente” (NEVES; GONÇALVES, 2010, s.p.), assim como mostra a tabela a seguir:

**Tabela 1 – Critérios de classificação da Doença de Behçet (DB)**

|                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Ulcerações orais recorrentes (pelo menos três vezes no período de 12 meses)                     |
| 2. Ulceração genital recorrente                                                                    |
| 3. Lesões oculares (uveíte anteriores, uveíte posterior, células no vítreo ou vasculite retiniana) |
| 4. Lesões cutâneas (eritema nodoso, pseudofoliculite, lesões papulopustulares ou acneiformes)      |
| 5. Teste de patergia positivo                                                                      |

Fonte: *International Study Group for Behçet’s Disease*, 1990 *apud* Baradelli e Silva, 2010.

Além disso, é possível que o paciente realize um questionário padronizado, chamado *Behçet's Disease Current Activity Form* (BDCAF), que foi aprovado para uso no Brasil, como demonstra a figura 4 e 5 (NEVES; GONÇALVES, 2010, s.p.).

**BR-DDCAF**  
 Formulário de atividade atual da doença de Behçet (Brasil)

**Instruções**

---

**Escala de bem-estar nas últimas 4 semanas**  
(Paciente deve marcar o rosto escolhido)

**Escala de bem-estar hoje**  
(Paciente deve marcar o rosto escolhido)

---

| DADOS CLÍNICOS                                                                                                                                       | ATIVIDADE <small>(faça as questões do item 2)</small> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Fadiga</b> (cansaço fora do normal)                                                                                                               | 0 1 2 3 4                                             |
| <b>Cefaleia</b> (dor de cabeça)                                                                                                                      | 0 1 2 3 4                                             |
| <b>Úlceras orais</b> (boca)                                                                                                                          | 0 1 2 3 4                                             |
| <b>Úlceras genitais</b> (região pênis/vagina)                                                                                                        | 0 1 2 3 4                                             |
| <b>Lesões cutâneas</b> (da pele) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eritema nodoso ou tromboflebite superficial</li> <li>• Pústulas</li> </ul> | 0 1 2 3 4<br>0 1 2 3 4                                |
| <b>Articulações</b> (juntas) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artralgia (dor)</li> <li>• Artrite (inchaço quente)</li> </ul>                 | 0 1 2 3 4<br>0 1 2 3 4                                |
| <b>Gastrointestinal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Náuseas, vômitos ou dor abdominal</li> <li>• Diarreia com sangue</li> </ul>         | 0 1 2 3 4<br>0 1 2 3 4                                |

**Ocular**

Há atividade ocular? ( ) Sim ( ) Não (faça as questões do item 3)

Índice de Oculopatia de Behçet (0) (1) (2) (3) (preenchido por oftalmologista)

**SNC**

Há nova atividade em sistema nervoso central? ( ) Sim ( ) Não (faça as questões do item 4)  
(Se "sim", responder as questões abaixo)

**Q1.** ( ) Sim ( ) Não

**Q2.** ( ) Sim ( ) Não

**Q3.** ( ) Sim ( ) Não

**Q4.** ( ) Sim ( ) Não

**Q5.** ( ) Sim ( ) Não

**Grandes vasos**

Há nova atividade em grandes vasos? ( ) Sim ( ) Não (faça as questões do item 5)  
(Se "sim", responder as questões abaixo)

**Q1.** ( ) Sim ( ) Não

**Q2.** ( ) Sim ( ) Não

**Q3.** ( ) Sim ( ) Não

**Q4.** ( ) Sim ( ) Não

**Atividade da Doença de Behçet nas últimas 4 semanas**  
(Impressão do médico)

**Sistema de pontuação do formulário de atividade**

Toda pontuação depende dos sintomas presentes nas últimas 4 semanas. Apenas os dados clínicos que o médico julga serem devidos à Doença de Behçet devem ser considerados.

(1) Para completar a **escala de bem-estar nas últimas 4 semanas**, faça a seguinte pergunta ao paciente: "Aqui estão alguns rostos. Eles representam vários sentimentos, desde muito bem a muito mal-estar. Pensando apenas na sua Doença de Behçet, qual destes rostos representa melhor como você tem se sentindo nas últimas 4 semanas?"

Para completar a **escala de bem-estar hoje**, faça a seguinte pergunta ao paciente: "Aqui estão alguns rostos. Eles representam vários sentimentos, desde muito bem a muito mal-estar. Pensando apenas na sua Doença de Behçet, qual destes rostos representa melhor como você está se sentindo hoje?"

(2) Pontos para fadiga, cefaleia, úlceras orais, úlceras genitais, lesões cutâneas, sintomas articulares e sintomas gastrointestinais são baseados na duração dos sintomas (em semanas). Faça a seguinte pergunta, completando com o sintoma a ser avaliado, e marque o número correspondente de semanas: "Nas últimas 4 semanas, durante quantas semanas no total você teve .....?"

0 Sem sintomas  
1 Sintomas durante 1 semana (1-7 dias no total)  
2 Sintomas durante 2 semanas (8-14 dias no total)  
3 Sintomas durante 3 semanas (15-21 dias no total)  
4 Sintomas durante 4 semanas (22-28 dias no total)

(3) **Comprometimento ocular**  
Atividade ocular pode estar presente se algum dos seguintes sintomas está presente: (1) olho vermelho, (2) visão borrada, (3) dor ocular.  
Faça então a seguinte pergunta (assinale na frase quais os sintomas presentes): "Nas últimas 4 semanas você teve: olho vermelho ( ), dor no olho ( ), visão borrada ( )?"  
Se qualquer um desses sintomas estiverem presentes ou se você acha que pode haver atividade ocular, encaminhe o paciente ao oftalmologista qui e determinará o escore ocular (Índice de Oculopatia de Behçet).

(4) **Sistema nervoso central**  
Faça então a seguinte pergunta (assinale na frase quais os sintomas presentes): "Nas últimas 4 semanas você teve algum desmaio, perda da consciência e da visão ( ), dificuldade para falar ou ouvir ( ), enxaqueira em duplo ( ), fraqueza ou perda da sensibilidade no rosto, braço ou perna ( ), perda de memória ( ) ou perda do equilíbrio ( )?"  
Se todas as respostas forem "não" as questões Q1 a Q5 serão consideradas negativas, caso contrário tente determinar o seguinte:  
Q1. Há novos sinais ou sintomas compatíveis com comprometimento **meníngeo**?  
Q2. Há novos sinais ou sintomas compatíveis com comprometimento de **par craniano**?  
Q3. Há novos sinais ou sintomas compatíveis com comprometimento de **tronco cerebral ou cerebelar**?  
Q4. Há novos sinais ou sintomas compatíveis com comprometimento de **hemisfério cerebral**?  
Q5. Há novos sinais ou sintomas compatíveis com comprometimento da **medula espinhal**?

(5) **Grandes vasos**  
Faça então a seguinte pergunta (assinale na frase quais os sintomas presentes): "Nas últimas 4 semanas você teve dor no peito ( ), falta de ar ( ), tosse com sangue ( ), teve alguma dor ( ), inchaço ou discoloração de alguma parte do rosto ( ), braço ( ) ou perna ( )?"  
Se todas as respostas forem "não" as questões Q1 a Q4 serão consideradas negativas, caso contrário tente determinar o seguinte:  
Q1. Há novos sinais ou sintomas compatíveis com **trombose venosa profunda periférica**?  
Q2. Há novos sinais ou sintomas compatíveis com **trombose venosa profunda central**?  
Q3. Há novos sinais ou sintomas compatíveis com **trombose arterial periférica ou aneurisma**?  
Q4. Há novos sinais ou sintomas compatíveis com **trombose arterial pulmonar ou aneurisma**?

**Figura 4 - Versão brasileira do questionário para avaliação de atividade da DB(BR-BDCAF). As porções em destaque correspondem às questões sobre manifestações gerais, muco-cutâneas e articulares da DB, nas quais se obtém boa confiabilidade de resultados. O conjunto destas questões produz um escore variável entre zero e 32, associado à atividade da doença.**

Fonte: Neves, et al, 2009.



pacientes com antagonistas do TNF- $\alpha$  (Infliximabe, Etanercepte, Adalimumabe) se baseia no controle da resposta inflamatória, eficiente em manifestações graves e refratárias da DB7. A terapia com IFN, sobretudo o INF- $\alpha$ , tem demonstrado benefícios no tratamento habitual da doença, com atividades antiviral, antitumoral e imunomoduladora eficazes no manejo da DB1. (VARGAS *et al.*, 2021, p. 6).

No entanto, não há informações suficientes para a melhor abordagem terapêutica, bem como falta de dados acerca de informações laboratoriais para o monitoramento da doença. (DUMONT *et al.*, 2022, p. 5) A partir disso, o tratamento deve ser direcionado para cada tipo de lesão, assim, lesões cutâneas, mucosas leves, a preparação de corticosteroides, lidocaína gel é uma indicação. Para aqueles que apresentam inflamação ocular, deve haver um tratamento com azatioprina e corticoides sistêmicos. Para tanto, ressalta-se não haver um tratamento guiado para a doença, bem como não há recomendações acerca do tratamento gastrintestinais, podendo ser utilizado os agentes já citados como corticosteroides, azatioprina e o anti-FNT (TNF- $\alpha$ ). (BRANDÃO NETO, 2017, s.p.).

O tratamento da DB visa não só o dano aos órgãos, mas também a fase precoce e ativa da DB, por este motivo o tratamento irá depender de cada paciente e do órgão atingido, bem como a gravidade. O tratamento com TNF- $\alpha$ , ou mesmo interferon (IFN), demonstraram em estudos eficácia como forma de melhorar os sintomas provenientes da doença. Contudo, “ainda há escassez de dados sobre essas abordagens terapêuticas ideais, e há falta de marcadores laboratoriais informativos para monitorar a progressão da doença”. (DUMONT, 2022, p. 3).

A falta de informações em evidências ao tratamento, a DB possui algumas estratégias empíricas para o tratamento. Ademais, A Liga Europeia contra o Reumatismo elaborou diretrizes pautadas em evidências para melhor aplicar o tratamento contra a doença. Ressaltando que o tratamento irá depender das manifestações clínicas do paciente, em síntese, os medicamentos utilizados são: corticosteroides tópicos e sistêmicos, “azatioprina cislosporina A, infliximab, ciclofosfamida, Interferon-  $\alpha$ , metotrexato, antagonistas do Fator de Necrose Tumoral  $\alpha$ , colchicina, talidomida e sulfasalazina”. (MACEDO; SOUZA; OLIVEIRA, 2018, p. 113).

Com isso, pode-se dizer que para as lesões mucocutâneas utiliza-se corticoides de uso tópico; nas manifestações articulares pode-se utilizar anti-inflamatórios, e se há crises uso de drogas antirreumáticas como sulfasalazina, por exemplo; nas manifestações oculares utilizar corticosteroides sistêmicos, tendo a azatioprina demonstrado efetividade para o tratamento; nas manifestações viscerais, com aparecimento de aneurismas utiliza-se agente imunossupressores e corticosteroides. Com isso, demonstra-se que a doença pode se manifestar em diversos sistemas, tendo o paciente, na maioria dos casos, um processo

benigno, contudo, podendo comprometer a qualidade de vida. (NEVES; GONÇALVES, 2010, s.p.).

Por fim, ao ter um diagnóstico da doença, deve-se utilizar os tratamentos para o controle da doença. Deve-se dizer que em casos oftalmológicos, é imperioso que haja uma avaliação, pois este “é a principal morbidade em médio e longo prazo, e a perda visual pode ser evitada com a imunossupressão de forma adequada”. (NEVES; GOLÇALVES, 2010, s.p.). Assim, os agentes imunossupressores serão indicados a partir da gravidade e manifestação da DB, tendo um acompanhamento com reumatologista é imprescindível para o manejo adequado desta doença. (NEVES; GONÇALVES, 2010, s.p.).

## CONCLUSÃO

Diante todo o exposto, compreende-se que a doença de Behçet desenvolve-se e evolui-se através de sustos, podendo ocorrer de diversas formas. O diagnóstico será clínico, mas sendo complexo diante as mudanças clínicas que podem ocorrer, além de não existir exames laboratoriais para confirmação da doença. Para o diagnóstico, serão observados os sintomas do paciente e através de protocolos clínicos. Ademais, ocorre diante diversos fatores, podendo ser genético, ambiental, imunológico e infeccioso. Diante o tratamento, mesmo não havendo um consenso acerca da aplicação do melhor procedimento, há terapias com imunossupressores e corticoides que podem auxiliar no tratamento.

Diante da complexidade do diagnóstico da doença, é de suma importância que este seja diagnosticado de forma precoce, sendo de suma importância a investigação de manifestação nos órgãos do paciente. Com isso, deve-se utilizar diagnósticos diferentes para que o tratamento seja aplicado de forma correta e segura.

## REFERÊNCIAS

BARADELLI, Elisabete de Moura Godoy; SILVA, Emerson Barbosa da. **Síndrome de Behçet** – os desafios do diagnóstico: uma revisão sistemática. 2020. Disponível em: <<https://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2021/04/RBAC-vol-52-4-2020-ref-823.pdf>>. Acesso em: 09 de mai. 2023.

BRANDÃO NETO, Rodrigo Antonio. **Doença de Behçet**. 2017. Disponível em: <[https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/7024/doenca\\_de\\_behcet.htm](https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/7024/doenca_de_behcet.htm)>. Acesso em 11 de mai. 2023.

CATORZE, Maria Goreti. **Doença de Behçet**. S.d. p. 15.  
<<https://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/issue/download/22/21#page=12>>. Acesso em 11 de mai. 2023.

DUMONT, Lígia Sant'Ana et al. **Tratamento endovascular na doença de Behçet: uma revisão integrativa**. Jornal Vascular Brasileiro, 2022. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/vb/a/TvJdcdbZNK6dqCpDfNdy5Ym/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 12 de mai. 2023.

MACEDO, Jéssica Caline Lemos; SOUZA, Cláudio Lima; OLIVEIRA, Márcio Vasconcelos. Síndrome de Behçet: um relato de caso no Sudoeste da Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 20, n. 1, p. 112-118, 2018. Disponível em:  
<<https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/20615>>. Acesso em 12 de mai. 2023.

NEVES, Fabrício de Souza; CALDAS, Cezar Augusto Muniz; MEDEIROS, Danielle Martins de; MORAES, Júlio César Bertacini de; GONÇALVES, Célio Roberto. **Adaptação transcultural da versão simplificada (s) do Behçet's Disease Current Activity Form (BDCAF) e comparação do desempenho das versões brasileiras dos dois instrumentos de avaliação da atividade da Doença de Behçet: BR-BDCAF e BR-BDCAF(s)**. 2009. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/rbr/a/xYk79ZGqrJCgfJJDLx8pv8x/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 de mai. 2023.

NEVES, Fabrício de Souza; GONÇALVES, Célio Roberto. **Doença de Behçet**. 2010. Disponível em:  
<[https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2658/doenca\\_de\\_behcet.htm](https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2658/doenca_de_behcet.htm)>. Acesso em 12 de mai. 2023

NEVES, Fabrício de Souza; MOARES, Júlio César Bertacini de; GONÇALVES, Célio Roberto. **Síndrome de Behçet: à procura de evidências**. 2006. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/rbr/a/gpYDHJnbBdJzVh85ghS4Nbc/?lang=pt#>>. Acesso em: 09 de mai. 2023.

NEVEZ, Fabrício de Souza; GONÇALVES, Célio Roberto. **Doença de Behçet**. 2010. Disponível em:  
<[https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2658/doenca\\_de\\_behcet.htm](https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2658/doenca_de_behcet.htm)>. Acesso em: 09 de mai. 2023.

SOUZA, Alexandre Wagner S. de. **Doença de Behçet**. 2022. Disponível em:  
<<https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/doenca-de-behcet/>>. Acesso em: 09 de mai. 2023.

VARGAS, Raquelle Machado de et al. **Acometimento vascular na doença de Behçet: o processo imunopatológico**. Jornal Vascular Brasileiro, v. 20, 2021. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/vb/a/yjQzhWLCkwmVrRnbGHPGTBp/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 11 de mai. 2023.

VILLA-FORTE, Alexandra. **Doença de Behçet**. 2022. Disponível em:  
<<https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-dos-tecidos-conjuntivo-e-musculoesquel%C3%A9tico/vasculite/doen%C3%A7a-de-beh%C3%A7et>>. Acesso em: 09 de mai. 2023.

## **SOBRE OS AUTORES:**

**AUTOR 1:** Graduando do curso de Medicina na Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC, e-mail: Souza-davi@hotmail.com

**AUTOR 2:** Graduando do curso de Medicina na Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC e-mail jdeascanio@gmail.com

**AUTOR 3:** Graduanda do curso de Medicina na Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC, e-mail: larissapcosta90@gmail.com

**AUTOR 4:** Faculdade Metropolitana São Carlos FAMESC, e-mail roberta.santos.abreu@gmail.com

**AUTOR 5:** Docente do curso de medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, e-mail: lailaboechat@gmail.com