

**Behçet Syndrome: a case  
report in Southwest of Bahia,  
Brazil**

**| Síndrome de Behçet: um relato de  
caso no Sudoeste da Bahia, Brasil**

**ABSTRACT | Introduction:** *Behçet's Syndrome (SB) is a rare syndrome characterized by multisystemic vasculitis of unknown etiology. The diagnosis is made on a clinical basis and the treatment comprises several strategies still indicated in an empirical way. Objective: To report the case of an individual with Behçet's Syndrome from the period 2012 to 2016. Methods: The present study describes a case of SB by means of information obtained retrospectively directly with the subject involved, using a questionnaire validated on the Activity Scale of Behçet's Syndrome per semester and the observation of medical exams and reports from the second half of 2012 to June 2016. Results: It was noticed that the highest level of activity of the disease comprised the 2nd semester of 2012, corresponding to the onset of clinical manifestations. There was a decrease in this activity with the establishment of targeted therapy. In this way, it is understood that, during the period evaluated, the therapy was well conducted, since the disease activity was in regression and the treatment was not aggressive, not implying in important adverse effects. Conclusion: Due to the scarcity of evidence-based information in the area, more one case report may provide insights for a better understanding of the pathology, since it presents several clinical manifestations and some situations pointed out in this study may aid in diagnosis and treatment.*

**Keywords |** *Behçet's Syndrome; Diagnosis; Clinical evolution; Therapy.*

**RESUMO | Introdução:** A síndrome de Behçet (SB) é uma síndrome rara caracterizada por vasculite multissistêmica e de etiologia desconhecida. O diagnóstico é feito com base clínica, e o tratamento compreende diversas estratégias ainda indicadas de forma empírica. **Objetivo:** Relatar o caso de um indivíduo com síndrome de Behçet do período de 2012 a 2016. **Métodos:** O presente estudo descreve um caso de SB por meio de informações obtidas de modo retrospectivo diretamente com o sujeito envolvido, utilizando um questionário validado sobre Escala de Atividade da Síndrome de Behçet por semestre e pela observação de exames e relatórios médicos do período compreendido entre o segundo semestre de 2012 e junho de 2016. **Resultados:** Percebeu-se que o maior nível de atividade da doença compreendeu o 2º semestre de 2012, correspondendo ao início das manifestações clínicas. Observou-se diminuição dessa atividade com o estabelecimento da terapêutica direcionada. Dessa forma, entende-se que, no período avaliado, a terapêutica foi bem conduzida, já que a atividade da doença esteve em regressão e o tratamento não foi agressivo, não implicando efeitos adversos importantes. **Conclusão:** Devido à escassez de informação baseada em evidências na área, mais um relato de caso pode trazer subsídios para melhor entendimento sobre a patologia, visto que apresenta manifestações clínicas diversas e algumas situações apontadas neste estudo podem auxiliar no diagnóstico e tratamento.

**Palavras-chave |** Síndrome de Behçet; Diagnóstico; Evolução clínica; Terapêutica.

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista/BA, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

A síndrome de Behçet (SB) é uma síndrome rara caracterizada por vasculite multissistêmica de etiologia desconhecida<sup>1</sup>. A prevalência para cada 100 mil habitantes é de 11,9 no Japão, 14 na China, 1,5 em Portugal, 6,4 na Espanha e 3,8 na Itália<sup>2</sup>, apresentando ocorrência muito menor nos países ocidentais, onde varia de 0,12 a 0,64/100.000<sup>3</sup>. No Brasil, ainda não foram realizados estudos de base populacional para incidência e prevalência da SB<sup>4</sup>. Observa-se um aumento na prevalência mundial ao longo das décadas, o que pode ser devido a um melhor conhecimento sobre a doença, realizando-se mais diagnósticos<sup>5</sup>.

A Síndrome de Behçet se manifesta com inflamações recidivantes<sup>6</sup>. Em seu quadro clínico, é muito comum a aparição de lesões orais, genitais, cutâneas e oculares, podendo ocorrer acometimentos em outros locais<sup>2</sup>. No trato gastrointestinal, podem ocorrer perfurações que trazem, por vezes, a necessidade de remoção de segmentos dos órgãos<sup>2</sup>. A cegueira é a principal morbidade da doença, ocorrendo devido a ataques repetidos de inflamação ocular<sup>6</sup>. Já os envoltimentos do sistema nervoso central (SNC) e de grandes vasos podem gerar desde déficits neurológicos até a fatalidade, especialmente quando ocorre formação de aneurismas arteriais<sup>2</sup>, constituindo a maior causa de mortalidade<sup>6</sup>.

O tratamento da SB compreende diversas estratégias ainda indicadas de forma empírica, devido à escassez de informações baseadas em evidências na área. A Liga Europeia contra o Reumatismo (EULAR) desenvolveu recomendações baseadas em evidências para o tratamento da SB suplementadas com a opinião de especialistas nos casos em que há falta de evidência científica<sup>7</sup>. O tratamento depende da condição clínica do paciente, podendo compreender diferentes tipos de medicamentos, tais como: corticosteroides tópicos, corticosteroides sistêmicos, azatioprina, ciclosporina A, infliximab, ciclofosfamida, Interferon- $\alpha$ , metotrexato, antagonistas do Fator de Necrose Tumoral  $\alpha$ , colchicina, talidomida e sulfasalazina<sup>7</sup>.

O presente estudo descreve um caso de SB por meio de informações obtidas de modo retrospectivo diretamente com o sujeito envolvido, utilizando um questionário validado sobre Escala de Atividade da Síndrome de

Behçet por semestre e pela observação de exames e relatórios médicos do período compreendido entre o segundo semestre de 2012 e junho de 2016. O estudo foi realizado com consentimento, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, informado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, sob o parecer de número 1.806.789.

## RELATO DE CASO |

Trata-se de um indivíduo do sexo masculino, que, aos 21 anos, em julho de 2012, iniciou quadro de acnes disseminadas, predominando em couro cabeludo. Após uma semana, passou a ter febre diária, contínua, que cedia com uso de antitérmico, associada a aumento das provas inflamatórias e úlceras dolorosas em mucosa oral, que impunham dificuldade extrema para se alimentar, gerando perda de peso. Ainda, apresentou cefaleias e úlcera em bolsa escrotal sem bolhas. Em setembro do mesmo ano, cursou com episódios de turvação visual, com redução da acuidade e hiperemia em olho direito.

Acreditou-se se tratar de um processo infeccioso, havendo tentativas de tratamentos com antimicrobianos e com aciclovir, sem sucesso. A apresentação de úlcera de córnea e uveíte determinou a suspeição de SB. Realizou-se teste de patergia, que foi positivo no paciente estudado. O teste é feito com pelo menos três perfurações de pele com agulha, de modo que uma reação  $\geq 2$  mm de diâmetro papular, cercada por eritema, ou uma reação com pústula após 24 a 48 horas são consideradas reações positivas<sup>8</sup>.

O paciente foi considerado portador de SB, e para ele foram prescritas prednisona 20 mg/dia e colchicina 1 mg/dia, além dos colírios prednisolona e tropicamida 1%, a partir do que obteve melhora parcial. No fim do mesmo mês, houve a introdução de azatioprina 100 mg/dia para melhor controle.

Após o diagnóstico e início da terapia direcionada, as manifestações clínicas apresentadas no paciente estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Manifestações clínicas apresentadas no paciente de outubro de 2012 ao primeiro semestre de 2016

PERÍODO	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
<b>Outubro de 2012</b>	Quadros de febre e cefaleia intensa, persistente e pulsátil. Foi encaminhado ao serviço de urgência onde, por meio de exame de imagem, descartou-se comprometimento do SNC por vasculite. Avaliou-se presença de infecção (paciente imunossuprimido), sendo prescrito levofloxacino 500 mg/dia durante 10 dias. No mesmo mês, em exame oftalmológico, constatou-se a total resolução da uveíte, suspendendo-se o uso dos colírios.
<b>Janeiro de 2013</b>	Queixas de cefaleia e febre recorrentes, além de episódios de diarreia e aparecimento de úlceras orais e anais. Foi, então, reajustada a dose da azatioprina para 150 mg/dia.
<b>Abril de 2013</b>	Manifestações gastrointestinais tornaram-se mais intensas, havendo dor abdominal, aumento dos episódios de diarreia e aparecimento de hematoquezia, limitando-o para as atividades habituais.
<b>Mai de 2013</b>	Optou-se por trocar azatioprina por ciclosporina (2,5 mg/kg/dia- 150 mg/dia). O paciente não suportou os efeitos colaterais do medicamento, relatando sensação de queimação por todo o corpo. Após 18 dias, suspendeu-se a ciclosporina e foram introduzidos: Omeprazol 20 mg/dia; prednisona 20 mg/dia; 600mg de cálcio + 400 UI de Vitamina D/dia; metotrexato 15 mg/semana; ácido fólico 10 mg/semana; dipirona 1,0 g até de 6/6 horas em caso de dor.
<b>Julho de 2013</b>	No início do mês, deu entrada em um hospital com cefaleia intensa. Realizou-se exame líquórico, que apresentou alterações compatíveis com meningite viral ou acidente vascular cerebral (AVC), sendo este confirmado por exame de imagem. Iniciou-se pulsoterapia com ciclofosfamida, além de doses elevadas de corticoide (prednisona 80 mg/dia). Recebeu alta após 12 dias, mantendo tratamento ambulatorial por 14 meses com pulsoterapia mensal de 1,0 g de ciclofosfamida. Após este período, iniciou-se uso de azatioprina 150 mg/dia para manter controle da doença. Ao final do mês, apresentou um episódio de trombose retal.
<b>Janeiro e Abril de 2014</b>	Episódios de hiperemia e ardor nos olhos, sendo prescrito colírio contendo carmelose sódica 0,5%.
<b>Outubro de 2014</b>	Uveíte. Tratamento com prednisolona (colírio).
<b>Primeiro semestre de 2015</b>	Dois casos de uveíte. Tratamento com prednisolona (colírio). Em janeiro, o paciente iniciou uso de azatioprina 100mg/dia, colchicina 1 mg/dia e prednisona 5mg e 10 mg. Em maio, a dose da prednisona passou a ser 5 mg/dia.
<b>Primeiro semestre de 2016</b>	Dois casos de uveíte. Tratamento com prednisolona (colírio).

## DISCUSSÃO |

O diagnóstico da síndrome de Behçet é feito com base clínica, pois nenhum achado laboratorial ou de imagem é patognomônico<sup>9</sup>. Para padronizar os diagnósticos, têm sido desenvolvidos aspectos específicos, e, de acordo com os Critérios Internacionais para a Doença de Behçet (ICBD), o diagnóstico é feito utilizando seis ou sete critérios (teste de patergia é opcional). É necessário que o paciente apresente um somatório de quatro ou mais pontos para ser diagnosticado como portador. Os critérios e suas respectivas pontuações estão descritos no Quadro 2<sup>8</sup>.

Ao diagnóstico, o paciente deste relato obteve nove dos 10 pontos, não apresentando apenas manifestações vasculares. O diagnóstico ocorreu aos 21 anos, correspondendo ao que a literatura traz sobre início da doença, geralmente até os 30 anos<sup>10</sup>.

As lesões ativas da SB são infiltradas por linfócitos T e B, citocinas, como Interferon- $\gamma$ , Interleucina-2

Quadro 2 - Critérios Internacionais para a Doença de Behçet<sup>8</sup>

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Lesões genitais	2 PONTOS
Lesões oculares: uveíte anterior, uveíte posterior e vasculite de retina	2 PONTOS
Aftose oral	2 PONTOS
Manifestações cutâneas: pseudofoliculites e eritema nodoso	1 PONTO
Manifestações neurológicas	1 PONTO
Manifestações vasculares: trombose arterial, trombose venosa profunda, flebite ou flebite superficial	1 PONTO
Teste positivo de patergia*	1 PONTO

\* Opcional: Onde o teste de patergia é disponível, um ponto adicional pode ser atribuído.

e interleucina-12, além de neutrófilos considerados hiperreativos, sendo responsáveis pelas lesões teciduais<sup>11</sup>. Indivíduos com a SB frequentemente podem apresentar flutuações em seus níveis de leucócitos e proteínas inflamatórias, a exemplo da Proteína C reativa (PCR),

em decorrência do próprio quadro inflamatório agudo característico da doença ou em decorrência de processos infecciosos, que podem ocorrer com a imunossupressão terapêutica. O paciente estudado vem sendo acompanhado laboratorialmente desde o diagnóstico. Em relação ao leucograma e à PCr, o paciente apresentou, na maior parte do período, controle inflamatório, exceto nos períodos apontados no Gráfico 1.

O ano de 2012 marcou o início das manifestações da doença, contudo somente em 20 de setembro ocorreu o diagnóstico, com início de terapia direcionada. O Gráfico 1 mostra resultados dos leucogramas que, até essa data, revelam, de modo geral, um estado inflamatório agudo, apresentando neutrofilia. Em alguns momentos, ocorre elevação de PCr, característica da SB. Do início da terapêutica até janeiro de 2013, o paciente continuou sendo acompanhado, mas todos os resultados de leucograma e PCr apontam inexistência de quadro inflamatório agudo, delineando controle. Em janeiro de 2013, o paciente apresenta várias queixas compatíveis com estado inflamatório, mas sem reflexo nos exames laboratoriais, sendo importante lembrar que o paciente já fazia uso de mielossuppressores como azatioprina e colchicina. Em julho de 2013, o leucograma e a PCr estavam alterados, correspondendo ao período de internamento devido à ocorrência de AVC isquêmico, que ocorreu após substituição de ciclosporina por metotrexato, diminuindo a imunossupressão e facilitando

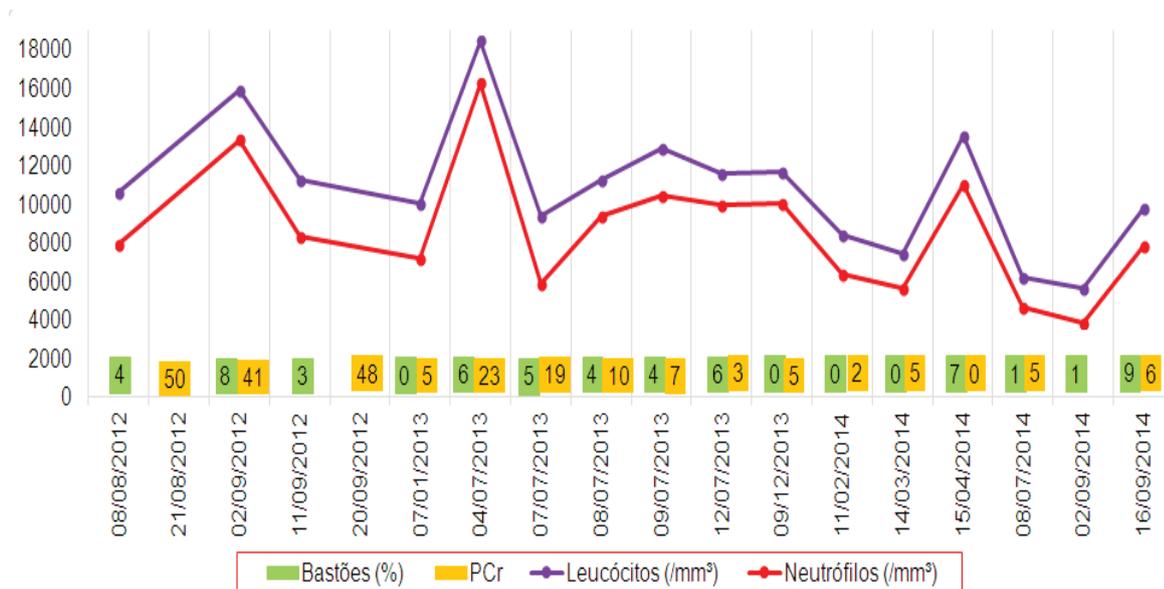
danos vasculares. A partir daí, em todos os leucogramas, observou-se leucocitose à custa de neutrofilia sem desvio à esquerda e PCr normal, relacionadas ao uso prolongado de prednisona, que promove retenção de neutrófilos na circulação<sup>12</sup>.

Em momento algum, o paciente cursou com anemia, tendo valores de hemoglobina situando-se entre 12,8 e 16,4 g/dL, apesar da possibilidade de anemia multifatorial (perdas, depleção de elementos essenciais e status inflamatório frequente). Neste contexto, quando houve introdução do metotrexato, foi introduzido ácido fólico, que, segundo as evidências, diminui efeitos depletórios sem perda da eficácia imunossupressora<sup>13</sup>.

Dentro do acompanhamento laboratorial, sempre foi monitorada a funcionalidade renal por meio da realização de determinações seriadas de ureia e creatinina séricas, que em todo momento estavam normais. Tal monitoramento ocorreu não somente pelo fato de a própria doença promover expectativa de lesão renal<sup>14</sup>, mas também em consequência da utilização de medicamentos nefrotóxicos como metotrexato e ciclosporina<sup>15</sup>, mesmo tendo sido utilizados por um período breve.

Durante o curso terapêutico, o paciente fez uso de azatioprina e ciclofosfamida que são sabidamente hepatotóxicos<sup>13</sup>. Portanto, foi monitorado com marcadores

Gráfico 1 - Relação do leucograma com Proteína C Reativa (PCr) em paciente com doença de Behçet



de lesão (VGT, ALT, AST) e função hepática (albumina, bilirrubina, TP). Apenas em julho de 2013, verificaram-se alterações típicas de lesão incipiente, com níveis elevados de ALT e VGT associados à pulsoterapia com ciclofosfamida em face da ocorrência do AVC.

O presente relato traz a avaliação da atividade da SB por semestre, que foi feita a partir da aplicação do questionário validado demonstrado no Quadro 3.

As perguntas foram aplicadas para cada semestre de 2012 a 2016, a começar pelo segundo semestre de 2012 por ser o período do início dos sintomas e do diagnóstico. Os somatórios dos questionários aplicados ao paciente deste relato de caso estão demonstrados no Quadro 4.

Percebe-se que o maior nível de atividade da doença situa-se no 2º semestre de 2012, correspondendo ao início das manifestações clínicas. Observa-se diminuição dessa atividade com o estabelecimento da terapêutica direcionada.

Dessa forma, entende-se que a terapêutica está sendo bem conduzida, já que a atividade da doença está em regressão e o tratamento não tem sido agressivo, não implicando efeitos adversos importantes.

Apesar da influência do recordatório ao responder ao questionário e de que conclusões maiores poderiam ser extraídas em estudo de acompanhamento por maior tempo, fica claro que relatos como esse são de particular relevância, tendo em vista que a SB é uma condição com uma ampla manifestação clínica e grande impacto de morbimortalidade. Ademais, trata-se de uma síndrome com diagnóstico e tratamento ainda não claramente estabelecidos na literatura científica por existirem lacunas a elucidar. Apesar de rara, é importante o devido conhecimento sobre a doença para que seja realizado diagnóstico rápido com tratamento efetivo. Um manejo adequado da SB diminui riscos de morbimortalidade e custos, uma vez que suas complicações tendem a ser complexas e demandam internamentos com atenção mais especializada e mais onerosa aos serviços de saúde.

Quadro 3 - Questionário validado sobre Escala de Atividade da Síndrome de Behçet/ Behçet's Syndrome Activity Scale- BSAS<sup>16</sup>

PERÍODO:	RESPOSTA	LEGENDA
1	O quanto as úlceras bucais o incomodaram?	<b>0 a 10</b>
2	Quantas úlceras você teve em sua boca?	<b>0; 5 ou 10</b> 0: Nenhuma ocorrência 5: 1 a 3 ocorrências 10: Mais do que 3 ocorrências.
3	O quanto as úlceras genitais o incomodaram?	<b>0 a 10</b>
4	Quantas úlceras você teve em sua genitália?	<b>0; 5 ou 10</b> 0: Nenhuma ocorrência 5: 1 a 3 ocorrências 10: Mais do que 3 ocorrências.
5	O quanto as acnes ou nódulos acneiformes o incomodaram?	<b>0 a 10</b>
6	Quantas acnes ou nódulos acneiformes você teve em sua pele?	<b>0; 5 ou 10</b> 0: Nenhuma ocorrência 5: 1 a 3 ocorrências 10: Mais do que 3 ocorrências.
7	Você teve dor abdominal e diarreia na maior parte do dia, na maioria dos dias da semana, em algum dos meses?	<b>0 ou 10</b> 0: Sem sintomas 10: Com sintomas
8	Você teve dor nos olhos, ou olhos avermelhados e/ou visão turva ou reduzida?	<b>0 ou 10</b> 0: Sem sintomas 10: Com sintomas
9	Você teve algum inchaço / descoloração de suas extremidades inferiores ou um coágulo de sangue?	<b>0 ou 10</b> 0: Sem sintomas 10: Com sintomas
10	Em termos da atividade da Síndrome de Behçet (úlceras orais, úlceras genitais, problemas de pele, dor nas articulações, problemas oculares ou problemas neurológicos), quão ativas você diria que foram suas condições ao longo desses meses?	<b>0 a 10</b>
<b>TOTAL:</b>		<b>Máximo: 100</b>

Forbes C, Swearingen C, Yazici Y. Behçet's syndrome activity score (BSAS): a new disease activity assessment tool, composed of patient-derived measures only, is strongly correlated with the Behçet's Disease Current Activity Form (BDCAF). *Arthritis Rheum.* 2008 apud (16).

*Quadro 4 - Resultados do Questionário semestral sobre a Escala de Atividade da Síndrome de Behçet. As classificações da atividade são: Próximo à remissão= 0 a 10 pontos; atividade baixa= 10 a 30 pontos; moderada= 30 a 60 pontos; alta= 60 a 100 pontos<sup>17</sup>*

SEMESTRE	PONTUAÇÃO	MANIFESTAÇÕES DA SÍNDROME	CLASSIFICAÇÃO DA ATIVIDADE
2º semestre de 2012	84	Úlceras orais e em órgão genital, uveíte, úlcera de córnea, erupção cutânea	ALTA
1º semestre de 2013	41	Nódulos acneiformes, dor abdominal e diarreia, acometimento ocular	MODERADA
2º semestre de 2013	30	Uveíte, acidente cerebral vascular isquêmico e trombose retal	MODERADA
1º semestre de 2014	13	Hiperemia e ardor nos olhos	BAIXA
2º semestre de 2014	14	Uveíte	BAIXA
1º semestre de 2015	33	Úlceras orais, acnes, uveíte	MODERADA
2º semestre de 2015	55	Úlceras orais, úlceras genitais, acnes, acometimento ocular	MODERADA
1º semestre de 2016	23	Acnes e uveíte	BAIXA

## REFERÊNCIAS |

- Cinar M, Yilmaz S, Akay S, Bozlar U, Dinc A. Evolução clínica da doença de Behçet em paciente com atraso do diagnóstico e seguimento radiológico dos trombos com angiotomografia computadorizada: seguimento por 5 anos durante tratamento imunossupressor. Rev Bras Reumatol [Internet]. 2017 [acesso em]; 57(3):264-9. Disponível em: URL: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2013.08.004>>.
- Hatemi G, Yazici Y, Yazici H. Behçet's syndrome. Rheum Dis Clin N Am [Internet]. 2013 [acesso em]; 39(2):245-61. Disponível em: URL: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.rdc.2013.02.010>>.
- Zeidan MJ, Saadoun D, Garrido M, Klatzmann D, Six A, Cacoub P. Behçet's disease physiopathology: a contemporary review. Autoimmun Highlights [Internet]. 2016 [acesso em]; 7(1):1-12. Disponível em: URL: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s13317-016-0074-1>>.
- Sachetto Z, Mahayri N, Ferraz RH, Costallat LTL, Bertolo MB. Behçet's disease in Brazilian patients: demographic and clinical features. Rheumatol Int [Internet]. 2012 [acesso em]; 32(7):2063-7. Disponível em: URL: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00296-011-1921-z>>.
- Calamia KT, Wilson FC, Icen M, Crowson CS, Gabriel SE, Kremers HM. Epidemiology and clinical characteristics of Behçet's disease in the US: a population-based study. Arthritis Rheum [Internet]. 2009 [acesso em]; 61(5):600-4. Disponível em: URL: <<http://dx.doi.org/10.1002/art.24423>>.
- Sakane T, Takeno M, Suzuki N, Inaba G. Behçet's disease. N Engl J Med [Internet]. 1999 [acesso em]; 341(17):1284-91. Disponível em: URL: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199910213411707>>.
- Hatemi G, Silman A, Bang D, Bodaghi B, Chamberlain AM, Gul A, et al. EULAR recommendations for the management of Behçet disease. Ann Rheum Dis [Internet]. 2008 [acesso em]; 67(12):1656-62. Disponível em: URL: <<http://dx.doi.org/10.1136/ard.2007.080432>>.
- International Team for the Revision of the International Criteria for Behçet's Disease (ITR-ICBD); Davatchi F, Assaad-Khalil S, Calamia KT, Crook JE, Sadeghi-Abdollahi, et al. The International Criteria for Behçet's Disease (ICBD): a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. J Eur Acad Dermatol Venereol [Internet]. 2014 [acesso em]; 28(3):338-47. Disponível em: URL: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.12107/full>>.
- Elbendary AM, Elston DM. Dermatologic aspects of Behçet disease clinical presentation. Medscape [Internet]. 2016 [acesso em]; Disponível em: URL: <<http://emedicine.medscape.com/article/1122381-clinical#showall>>.
- Khairallah M, Accorinti M, Muccioli C, Kahloun R, Kempen JH. Epidemiology of Behçet disease. Ocul Immunol Inflamm [Internet]. 2012 [acesso em]; 20(5):324-35. Disponível em: URL: <<http://dx.doi.org/10.3109/09273948.2012.723112>>.

11. Neves FS, Moraes JCB, Gonçalves CR. Síndrome de Behçet: à procura de evidências. Rev Bras Reumatol [Internet]. 2006 [acesso em]; 46 (Supl 1):21-9. Disponível em: URL: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042006000700005>>.

12. Pereira ALC, Bolzani FCB, Stefan I M, Charlín R. Uso sistêmico de corticosteróides: revisão da literatura. Med Cutan Iber Lat Am [Internet]. 2007 [acesso em]; 35(1):35-50. Disponível em: URL: <<http://www.sauadedireta.com.br/docsupload/134442634406-091.pdf>>.

13. Bressan AL, Silva RS, Fontenelle E, Gripp AC. Immunosuppressive agents in dermatology. An Bras Dermatol [Internet]. 2010 [acesso em]; 85(1):9-22. Disponível em: URL: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962010000100002>>.

14. Akpolat T, Akkoyunlu M, Akpolat I, Dilek M, Odabas AR, Ozen S. Renal behçet's disease: a cumulative analysis. Semin Arthritis Rheum [Internet]. 2002 [acesso em]; 31(5):317-37. Disponível em: URL: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11965596>>.

15. Vial Letelier V, Hasbún Acuña P, Vial Letelier I, Soto Francesetti D. Efectos adversos de los fármacos inmunosupresores de uso común en dermatología. Piel (Barc) [Internet]. 2016 [acesso em]; 31(9):616-22. Disponível em: URL: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.piel.2016.03.006>>.

16. Choi HJ, Seo MR, Ryu HJ, Baek HJ. Validation and reliability of a Behçet's Syndrome Activity Scale in Korea. Korean J Intern Med [Internet]. 2016 [acesso em]; 31(1):170-5. Disponível em: URL: <<http://dx.doi.org/10.3904/kjim.2016.31.1.170>>.

17. Yazici Y, Bernstein H, Swearingen C. Proposed disease activity category thresholds for behçet's syndrome activity scale (BSAS) scores for a potential "treat to target" approach to Behçet's syndrome. Ann Rheum Dis [Internet]. 2015 [acesso em]; 74(Supl. 2):305. Disponível em: URL: <[http://ard.bmj.com/content/74/Suppl\\_2/305.2](http://ard.bmj.com/content/74/Suppl_2/305.2)>.

*Correspondência para/Reprint request to:*

**Jéssica Caline Lemos Macedo**

*Avenida Frei Benjamin, 1818, Condomínio Parque Serrano, Bloco 6, Apartamento 202,*

*Bairro Brasil, Vitória da Conquista/BA, Brasil*

*CEP: 45051-440*

*E-mail: [jcalinelm@gmail.com](mailto:jcalinelm@gmail.com)*

Recebido em: 26/05/2017

Aceito em: 23/08/2017