

# A ARTRITE E A HISTÓRIA CLÍNICA

Lígia SILVA, Luzia SAMPAIO, José PINTO, Francisco S. VENTURA

## RESUMO

Perante um doente com artrite, diz-nos o bom-senso clínico que os diagnósticos mais prováveis serão os mais prevalentes. No entanto, devemos excluir uma multiplicidade de outras etiologias, menos frequentes, mas cujo diagnóstico tem implicações fulcrais na orientação terapêutica. As infeções por *Brucella* e por *Borrelia* são causas raras de artrite crónica, mas são diagnósticos a considerar, mesmo quando a apresentação clínica não é a mais típica, já que existem ainda zonas endémicas destes agentes em Portugal. Aqui reportamos dois casos clínicos de doentes com artrite com mais de um ano de evolução, sujeitos à realização de exames e tratamentos ineficazes. Só a história clínica conseguiu evidenciar dados clinico-epidemiológicos sugestivos de Brucelose e Doença de Lyme, nomeadamente o contacto profissional com animais infectados, e a história de provável eritema migrante, que orientaram o estudo até o diagnóstico. Assim se instituiu terapêutica dirigida, com resolução da sintomatologia inflamatória.

## SUMMARY

### ARTHRITIS AND CLINICAL HISTORY

In front of a patient with arthritis, clinical good-sense tells that the most probable diagnosis are the most prevalent ones. Nevertheless, we have to exclude a multiplicity of other aetiologies, less frequent, but with highest implications in the therapeutic conduct. Infections by *Brucella* and by *Borrelia* are rare causes of chronic arthritis, yet are diagnosis to consider, even when the clinical manifestations aren't the most typical, as there still exist endemic areas in Portugal. Here we report two clinical cases about patients with arthritis for more than one year, subject to ineffective exams and treatments. Only the clinical history could put on evidence clinical-epidemiological data, suggestive of Brucellosis and Lyme Disease, namely the professional contact with infected animals, and the history of probable erythema migrans, that pointed toward the correct diagnosis. So, with directed therapeutic, there was complete resolution of the inflammatory symptoms.

L.S., L.S., J.P., F.V.: Serviços de Reumatologia do Hospital de São João e da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto

© 2011 CELOM

## INTRODUÇÃO

Para estabelecer um diagnóstico etiológico relativo a um caso de artrite com o intuito de implementar um plano terapêutico adequado, assumimos que foram excluídos os seus diagnósticos diferenciais. Algumas causas só são encontradas se as procurarmos activamente, e o pedido de exames auxiliares de diagnóstico (EAD) de forma indiscriminada não é solução. É fundamental fazer um percurso na caracterização da artrite, que só é possível, se orientado por uma história clínica detalhada e sistematizada. O pedido de EAD será então criterioso, conduzido por um alto índice de suspeição clínica. O diagnóstico correcto e precoce evita iatrogenia e progressão de lesão articular. Aqui pretendemos demonstrar a importância fulcral da história clínica, a propósito de dois casos clínicos, orientados para consulta de Reumatologia após mais de um ano de evolução de artrite. O primeiro caso revelou tratar-se de Brucelose, e o segundo, de Doença de Lyme. Ambos referiram história clínico-epidemiológica sugestiva, quando especificamente interrogados sobre a questão.

## CASOS CLÍNICOS

### Caso 1

Doente de 41 anos, caucasiano, sem antecedentes patológicos relevantes, trabalhador agro-pecuário. Cerca de um ano e meio antes, iniciou oligoartrite assimétrica migratória, inicialmente na tibio-társica direita e ombro esquerdo, depois afectando também os punhos e joelhos. Referiu emagrecimento de 15 kg nos primeiros meses, sem febre ou outros sintomas associados. Recorreu a consultas médicas várias, e realizou múltiplos EAD, inconclusivos. À excepção da elevação discreta dos níveis de proteína C reactiva (0,8 mg/l; normal <0,6), os restantes parâmetros analíticos avaliados, como hemograma, transaminases, creatinina, cálcio, fósforo, ácido úrico, ferritina, TSH, PTH, serologias de HIV, hepatite B e C, VDRL, anticorpos anti-nucleares e factor reumatóide, eram normais/ negativos. A radiografia dos pés mostrava diminuição da interlinha articular da tibio-társica direita; sem alterações radiológicas nas mãos, ombros, joelhos e tórax. Foi medicado com anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), depois corticosteróide, sem resposta significativa. Foi orientado para consulta de Reumatologia; apresentava artrite da tibio-társica direita e bursite pré-patellar esquerda, sem outras alterações ao exame objectivo. Foi pedido estudo microbiológico com pesquisa de *Brucella* e *Mycobacterium tuberculosis* no líquido aspirado (da bursite), e serologia de *Brucella* (Reacção de Wright), que se veio a constatar ser positiva, em título > 1/5120. Repetiu serologia, colheu hemoculturas, e foi medicado

com doxiciclina 200 mg/dia e rifampicina 600 mg/dia, seis semanas. Os estudos microbiológicos foram negativos; o diagnóstico foi confirmado pela segunda serologia positiva, mas sobretudo pela resolução sintomática ao terceiro dia de antibioterapia. Mantém, no entanto, artralgia de ritmo mecânico na tibio-társica diteita.

### Caso 2

Doente de 58 anos, sem antecedentes patológicos relevantes. Cerca de um ano antes, iniciou poliartalgias de ritmo misto, simétricas e aditivas, afectando as articulações tibio-társicas, joelhos, cotovelos e ombros. Apresentou também bursite dos cotovelos; o líquido aspirado num serviço de urgência, foi descrito como *citrico, amicrobiano*. Nega ter apresentado qualquer sintomatologia sistémica, neuromuscular ou torácica associada. Recorreu a consultas médicas, e foi medicado com AINEs. Como mantinha artralguas inflamatórias, foi orientado para consulta de Reumatologia. Quando questionado especificamente sobre lesões cutâneas, referiu que meses antes, tinha observado uma mácula eritematosa com cerca de 7 cm de diâmetro na região dorsal do tronco, que regrediu espontaneamente. O doente deslocava-se frequentemente a uma área florestal em Moimenta da Beira, mas não recordava mordedura de pulga. Já não apresentava sinais de artrite, lesões cutâneas ou qualquer outra alteração ao exame físico. O estudo analítico revelou anemia (hemoglobina: 11,6 g/dl) normocrómica normocítica, velocidade de sedimentação: 95 mm/1ª hora (normal <20), proteína C reactiva: 42,8 mg/dl (normal <3), e imunoglobulinas (Igs) M e G específicas de *Borrelia burgdorferi* positivas. Os restantes parâmetros analíticos avaliados, as radiografias osteoarticulares e o electrocardiograma eram normais. Repetiu serologias de *Borrelia* (por Western blot), que se confirmaram positivas; as hemoculturas foram negativas. Iniciou terapêutica com doxiciclina 200 mg/dia, 30 dias, com regressão progressiva das artralguas inflamatórias.

## DISCUSSÃO

### Caso 1

A brucelose é a zoonose bacteriana mais prevalente no mundo<sup>1</sup>, e é endémica em muitas áreas do globo, incluindo algumas regiões de Portugal<sup>2,3,4</sup>. A forma de apresentação típica no adulto, é aguda, com febre (cerca de 75%) e artralguas (30-80%) predominantemente axiais<sup>5-8</sup>. A artrite periférica é geralmente monoarticular, e afecta sobretudo a anca e joelho; a bursite é rara. Mas o diagnóstico pode ficar comprometido pelo vasto espectro clínico e limitações técnicas analíticas<sup>6</sup>. Nas formas crónicas, as hemoculturas são geralmente negativas, e

a microbiologia do líquido sinovial, mesmo em meio de cultura adequado, é positiva em apenas 50% dos casos<sup>7</sup>. A serologia (reação de Wright) com título superior a 1:160, associada ao quadro clínico-epidemiológico, pode fazer o diagnóstico definitivo<sup>3</sup>, mas há falsos positivos<sup>8</sup>. Todo o processo fica simplificado pela colheita detalhada da história clínica. Nas zonas endémicas, 20-40% dos doentes têm história profissional de contacto com gado, e em 60-85%, de ingestão de produtos lácteos não pasteurizados<sup>1</sup>. O doente em causa é criador de gado bovino numa região endémica, facto que motivou o pedido de serologia específica, apesar de a sua forma de apresentação não ter sido a mais habitual.

## Caso 2

A doença de Lyme é causada pela *Borrelia burgdorferi sensu lato*, transmitida ao indivíduo por inoculação por uma pulga *Ixodes* portadora da espiroqueta. As manifestações clínicas variam grandemente com a área geográfica, já que existem diferentes espécies de *Borrelia*, cada qual com a sua forma de apresentação mais típica, que habitam zonas florestais específicas (inclusive zonas endémicas em Portugal)<sup>4,9</sup>. A artrite, que surge em cerca de 5% dos doentes infectados, está mais associada a infecção por *B. burgdorferi sensu stricto*, que é mais prevalente nos Estados Unidos da América<sup>9-11</sup>. É geralmente mono ou oligoarticular, afectando grandes articulações (joelho, tibio-társica e cotovelo). Ocasionalmente associa-se a bursite ou dactilite. Cursa com fases de agudização, com duração de dias a semanas, e remissão. Os sintomas sistémicos associados são geralmente ligeiros, e raramente causa erosão osteoarticular<sup>12</sup>. Já na Europa, onde predominam as *B. garinii* e *afzelii*, são mais frequentes as manifestações sistémicas (temperatura sub-febril, artralhas migratórias nas pequenas articulações, mialgias e fadiga, em 30-50%), e a neuroborreliose (3-15% dos doentes)<sup>10</sup>. O eritema migrante é a manifestação mais frequente e típica, comum a todas as espécies de *Borrelia*; a sua presença, face a contexto epidemiológico sugestivo, faz o diagnóstico<sup>10</sup>. No entanto, surge em apenas 60-70% dos casos, e muitas vezes não é valorizado/recordado pelo doente<sup>10,11</sup>. Na sua ausência, só podemos estabelecer o diagnóstico perante serologia positiva (método de ELISA, confirmado depois por Western blot), e exclusão de outras causas (mais frequentes) de artrite. Este processo pode tornar-se extremamente complexo e controverso. Os anticorpos IgM e IgG podem persistir durante anos, e a sua presença, mesmo após tratamento adequado, não significa infecção activa ou persistente<sup>11,12</sup>. Acresce a problemática da selecção do antígeno a pesquisar em Portugal, na ausência de isolamento de uma estirpe específica local<sup>9</sup>. A cultura e a pesquisa de DNA por PCR em fluidos e tecidos

corporais, são métodos pouco sensíveis<sup>10</sup>. Apesar do bom prognóstico global, com cura espontânea frequente, a antibioterapia encurta o curso da doença, e previne complicações e evolução para infecção crónica<sup>10</sup>.

A artrite crónica é uma manifestação rara de Brucelose e Borreliose, sobretudo em regiões do mundo ditas desenvolvidas, onde estas infecções são menos prevalentes. Segundo a Direcção Geral de Saúde em Portugal, a taxa de incidência destas infecções em 2004 foi de 1,06/10<sup>5</sup> habitantes no caso da Brucelose humana, e de 0,01/10<sup>5</sup> no caso da Borreliose<sup>4</sup>. Talvez justifique o tempo de demora no diagnóstico. Ambos os doentes tinham sintomas há mais de um ano, realizado vários EAD e terapêuticas ineficazes. No primeiro caso, a radiografia apresentava já secura articular irreversível. Como aqui ficou claro, o recurso a uma bateria de EAD, não dá resposta capaz, quer por limitações técnicas na sensibilidade e especificidade de muitos deles<sup>9,10</sup>, quer porque não é viável do ponto de vista económico. A história clínica é um investimento; a sua colheita sistematizada e detalhada, obvia as maiores dificuldades na Medicina. Ao longo dos séculos, continua a afirmar-se como método privilegiado na economia de vida e recursos. Apesar disso, verifica-se uma cada vez maior pressão exercida sobre os clínicos, no sentido de reduzir os tempos de consulta.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

## BIBLIOGRAFIA

- BUZGAN T, KARAHOCAGIL MK, IRMAK H, BARAN AI, KARSEN H, EVIRGEN O: Clinical manifestations and complications in 1028 cases of brucellosis: a retrospective evaluation and review of the literature. *Int J Infect Dis* Published Online First:10 Nov 2009. doi:10.1016/j.ijid.2009.06.031.
- WERNERS P, HANDELBERG F: Brucellar arthritis of the knee: a case report with delayed diagnosis. *Acta Orthop Belg* 2007;73:795-8
- MARQUEZ J, ESPINOZA L: Infection-related rheumatic diseases: musculoskeletal involvement in Brucellosis. In: Hochberg M, Silman A, Smolen J, Weinblatt M, Weissman M. *Rheumatology*. Philadelphia. Mosby-Elsevier 2008;1032-33
- PINA A: Manual de controlo de doenças infecciosas de declaração obrigatória- Portal de Saúde Pública, 1998, act.2005. <http://www.saudepublica.web.pt/DTDOmanual/manual.htm>. [Acedido em 19 Dezembro de 2009]
- DEMIROGLU YZ, TURUNÇ T, ALISKAN H, COLAKOGLU S, ARSLAN H: Brucellosis: retrospective evaluation of the clinical, laboratory and epidemiological features of 151 cases. *Mikrobiyol Bul* 2007;41:517-527
- KOCHAR DK, GUPTA BK, GUPTA A, KALLA A, NAYAK KC, PUROHIT SK: Hospital-based case series of 175 cases of serologically confirmed brucellosis in Bikaner. *J Assoc Physicians India* 2007;55:271-5

7. AYDOSLU B, CELIK AD, KOLUGLU F, TANSEL O, AKATA F, TUGRUL M: Evaluation of brucellosis patients in Trakya University Hospital. Mikrobiyol Bul 2006;40:257-263
8. PASCUAL E, SIVERA F, TEKSTRA J, JACOBS J: Brucellosis. EULAR on-line Course on Rheumatic Diseases 2008;9:42-43
9. PEREIRAM, FRANCA I: Borreliose de Lyme: ocorrência em Portugal. Trab Soc Port Dermatol Venereol 2000;58:107-117
10. NAU R, CHRISTEN H-J, EIFFERT H: Lyme disease- Current State of Knowledge. Dtsch Arzteblatt Int 2009;106:72-82
11. HELLER J, SHADICK N: Infection-related rheumatic diseases: Lyme disease. In: Hochberg M, Silman A, Smolen J, Weinblatt M, Weissman M. Rheumatology. Philadelphia. Mosby-Elsevier 2008;1039-45
12. LEIRISALO-REPO M, DIJKMANS B, EKLUND K: Lyme Arthritis. EULAR on-line Course on Rheumatic Diseases 2008;11:22-26