

# Artrite do joelho – entidade singular ou plural?

Georgina Monteiro<sup>1</sup>, Lígia Ferreira<sup>1</sup>, Joana Pimenta, <sup>1</sup> Gabriela Laranjo<sup>2</sup>, Elisabete Santos<sup>2</sup>, Susana Loureiro<sup>2</sup>, Cristina Faria<sup>3</sup>.  
<sup>1</sup>Interna Complementar de Pediatria, <sup>2</sup>Assistente de Pediatria, <sup>3</sup>Assistente Graduada de Pediatria  
**Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.**  
Diretora de Serviço: Dr<sup>a</sup> Luísa Tavares



## Introdução

**Introdução:** A artrite pode representar uma manifestação localizada ou sistémica de doença. Os sintomas articulares constituem a manifestação extra-intestinal mais comum em doentes com doença inflamatória intestinal (DII). Denominada artrite enteropática, existem dois padrões de envolvimento articular: 1) periférico, habitualmente associado aos períodos de atividade da doença intestinal e sem associação com o antígeno HLA B27, e 2) axial, caracterizado por espondilite e sacroilíte, com curso clínico e radiográfico independentes da doença intestinal e associado ao HLA B27

1

### Caso Clínico

**Identificação**  
PS, sexo masculino, 13 anos

### Antecedentes pessoais/familiares

Pé boto bilateral; Pai com hipertensão arterial

### História da doença atual

- Dor, edema e calor do joelho direito com 24h
- Sem história de traumatismo
- Febre com 3 dias máx 39,6°C sem má perfusão
- Sem outras queixas ou doença recente**

### Exame objetivo

- Aspeto emagrecido, peso: 42,5 kg, (IMC:14 kg/m<sup>2</sup> <P5)
- Palidez cutâneo-mucosa
- Orofaringe: sem alterações
- Edema e calor do joelho direito que comprometia parcialmente a mobilidade articular
- Auscultação cardiopulmonar: sem alterações
- Abdómen: mole, depressível, sem massas ou organomegalias palpáveis, indolor à palpação.

Nada mais???

### Artrite reativa? Artrite sética?

### Internado para estudo

**Alterações gastrointestinais?** Dejeções líquidas nº3/4 dia, desde há 2 meses com sangue nos últimos dias  
+ Vómitos alimentares esporádicos+ sem aftas

**Perda de peso ?** 12% em 3 meses

**Antecedentes pessoais/familiares?** Mãe com uveítes. Sem antecedentes de DII

Não valorizado??

### DII? Artrite sética? Dç Celíaca?

### D1

### Exames complementares de diagnóstico

- Hemograma:** 10x10<sup>9</sup> leucócitos/L, 68,9% neutrófilos, 16,5 % linfócitos, hemoglobina: **10 g/dL**, VGM: 77,5fl (80-95), HCM: 25,9pg (23-32), Plaquetas- 509x10<sup>9</sup>/L;
- PCR:** 8,69mg/dL; **VS:** 64mm;
- Cinética do ferro:** Ferro: 8,9 ug/dL (45-182); ferritina:200ug/dL (22-322) transferrina:154ug/dL (154-400)
- Função renal e hepática, LDH, transaminases, ionograma,Wright, Widal, ASCA, ANCA, ANA, Serologias CMV, EBV, Anticorpos anti-tranglutaminase, Imunoglobulinas, complemento (C3, C4), T3 livre, T4 livre e TSH: sem alterações
- Artrocentese do joelho direito**→ 50cc líquido citrino: glicose 70 mg/dL, Proteínas 4,8 g/dL, albumina 2,1 g/dL, citobacteriológico: negativo
- Hemocultura:** negativa
- Citobacteriológico e parasitológico de fezes (3x):** sem alterações
- Ecografia abdominal:** ligeira esplenomegalia (12cm de maior diâmetro) e aumento do peristaltismo intestinal, sem outras alterações
- Sumária de urina:** cristais de oxalato de cálcio

Artrite sética / Dç Celíaca

### D3

- Colonoscopia:** *sugestivo de **colite de Crohn** confirmado por biópsias.*

### D5

- Mantoux:** negativa e **Rx tórax:** normal
- Tratamento:** Messalazina 500 mg 8/8 horas + Metilprednisolona: 40 mg+20 mg+e dieta pobre em fibras e isenta de lactose

### Δ – Doença Inflamatória Intestinal

### Evolução

- Observação por oftalmologia – discreta episclerite temporal esquerda → dexametasona tópica
- ↑ dejeções (sem sangue) → Messalazina 1000 mg+500 mg+500 mg
- D19→ melhoria clínica e analítica → **ALTA** sob Messalazina 1000 mg+500 mg+500 mg Metilprednisolona: 40 mg+20 mg
- Seguimento em consulta de Gastroenterologia

**Conclusão:** a evidência de uma artrite associada a sintomas constitucionais, gastrointestinais e oculares indica a possibilidade de uma DII. O diagnóstico assenta na clínica e exames complementares de diagnóstico e o tratamento em aminossalicilados e eventualmente corticóides, numa primeira fase. O acompanhamento seriado destes doentes é fundamental para o controlo da doença e evicção de comorbilidades, numa fase tão importante para o crescimento como é a infância e a adolescência.