

# Artrite idiopática juvenil: relato de caso

*Juvenile idiopathic arthritis: a case report*

Adriana Queiroga Sarmiento Guerra<sup>1</sup>, Guilherme Saeger Cavalcanti de Albuquerque<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Professora da Disciplina de Pediatria do Departamento de Pediatria e Genética da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil

<sup>2</sup> Estudante de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil

## **Informações para contato:**

Adriana Queiroga Sarmiento Guerra

Departamento de Pediatria e Genética – Centro de Ciências Médicas - Campus I, s/n, Cidade Universitária - João Pessoa, PB - CEP: 58050-000

E-mail: [aq-guerra@hotmail.com](mailto:aq-guerra@hotmail.com)

## **Resumo**

**Objetivo:** Descrever um caso de artrite idiopática juvenil manifestando-se com quadro de doença poliarticular com fator reumatoide positivo destacando a importância do diagnóstico precoce.

**Descrição do caso:** Criança do sexo feminino, um ano e sete meses, com história de artralgia, edema articular e rigidez matinal em seis articulações. A avaliação clínica e laboratorial evidenciou quadro de artrite idiopática juvenil na forma poliarticular com fator reumatoide positivo. Foram afastadas as complicações associadas, como uveíte anterior e deformidades articulares e iniciada terapêutica com metotrexato e corticosteroide. Durante acompanhamento ambulatorial, houve regressão progressiva e normalização do quadro clínico inicial. Porém após um ano de terapia ocorreu recidiva e foi reiniciado esquema terapêutico com as mesmas drogas. No momento, paciente evoluiu em remissão clínica e laboratorial da doença.

**Comentários:** O diagnóstico de artrite idiopática juvenil deve ser preciso, com objetivo de instituir tratamento específico precoce, a fim de evitar as complicações e morbidades associadas à doença.

**Palavras-chave:** artrite idiopática juvenil; diagnóstico; prognóstico.

## **Abstract**

**Objective:** To describe a case of juvenile idiopathic arthritis presenting with disease picture with polyarticular rheumatoid factor positive highlighting the importance of early diagnosis.

**Case description:** A girl, one year and seven months, with a history of arthralgia, joint swelling and stiffness in six joints. The clinical and laboratory evaluation showed frame in juvenile idiopathic arthritis with polyarticular rheumatoid factor positive. Were excluded by associated complications such as anterior uveitis and joint deformities and initiated therapy with methotrexate and corticosteroids. During follow-up, there was progressive improvement and normalization of the clinical picture. But after a year of therapy and relapse occurred was restarted regimen with the same drugs. At present, patient developed clinical and laboratory remission of the disease.

**Comments:** The diagnosis of juvenile idiopathic arthritis should be precise, in order to establish specific treatment early in order to avoid complications and morbidities associated with the disease.

**Keywords:** juvenile idiopathic arthritis, diagnosis, prognosis.

## Introdução

Artrite idiopática juvenil (AIJ) é um termo amplo que descreve um grupo clinicamente heterogêneo de artrites de causa desconhecida, que se iniciam até os 16 anos de idade e com mais de seis semanas de duração <sup>(1)</sup>. A incidência da AIJ é de 10 / 100.000 nos países desenvolvidos e ocorre predomínio no sexo feminino <sup>(2)</sup>. A inexistência de estudos com a população brasileira nos faz desconhecer a prevalência e incidência da doença em nosso meio<sup>(3)</sup>.

De acordo com as manifestações clínicas, resultados do tratamento e prognóstico, classificam-se a AIJ em sete subtipos: artrite sistêmica, oligoartrite, poliartrite fator reumatóide negativo e positivo, artrite psoriásica, artrite relacionada a entesite e artrites indiferenciadas<sup>(4)</sup>. No entanto, todos os subtipos compartilham manifestações clínicas comuns, tais como artralgia, rigidez matinal, edema articular, limitação das atividades por causa de dor, e períodos caracterizados por remissão da doença intercalados com recidivas <sup>(5)</sup>.

Descreve-se a seguir uma criança de um ano e sete meses com quadro de artralgia e edema articular acometendo seis articulações, na qual baseado na história clínica e exames complementares foi diagnosticado com Artrite Idiopática Juvenil na forma poliarticular com Fator Reumatóide (FR) positivo.

O reconhecimento desta doença é de suma importância, pois o diagnóstico precoce reputa em instituição de terapêutica precoce, na qual resultará em melhor resposta ao tratamento e, assim, evita as possíveis complicações e morbidade associadas.

## Descrição do caso

Paciente de um ano e sete meses, sexo feminino, branca, natural e procedente de João Pessoa (Paraíba), previamente hígida, apresentou há dois meses quadro de artralgia e edema articular no cotovelo direito. Procurou serviço de ortopedia, no qual após radiografia simples levantou hipótese de fratura da articulação em questão. Foi prescrita imobilização gessada por 15 dias. Não apresentou melhora e associado ao quadro, manifestou artralgia e edema articular nas interfalângianas proximais, metacárpicas do quarto e quinto dedos da mão esquerda, e também o punho esquerdo. Assim, acompanhante da paciente procurou um serviço de reumatologia, na qual foi aventada a possibilidade de febre reumática. Após 10 dias, a articulação do tornozelo direito foi acometida, e nesta ocasião a paciente buscou o serviço de pediatria.

No serviço de pediatria foi realizado o exame clínico que demonstrou a presença de edema articular e artralgia nas articulações de cotovelo direito, tornozelo direito, interfalângianas proximais e metacárpicas do terceiro, quarto e quinto dedos da mão esquerda e o punho esquerdo. A criança encontrava-se em estado geral regular, corada, hidratada, eupneia, acianótica, anictérica, afebril, consciente, irritada, agitada e chorosa ao exame físico. Peso de 10,52kg (escore  $Z=0,5$  desvios padrão) e comprimento de 85,2cm (escore  $Z=0,2$  desvios padrão). Sendo encaminhada ao reumatologista pediátrico com suspeita de AIJ. O mesmo solicitou exames específicos para o diagnóstico. O hemograma, bioquímica e eletrólitos foram normais. Os exames fator reumatoide (FR) foi reagente; velocidade de hemossedimentação (VHS) de 45mm/h; Proteína C-Reativa (PCR) de 25mg/dl, Fator Antinuclear (FAN) reagente com padrão homogêneo e anticorpos anti-DNA de cadeia dupla (dsDNA), anti-Sm, anti-Ro, anti-La, e anti-RNP, não reagentes.

De acordo com a apresentação clínica e resultado dos exames complementares, foi estabelecida o diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil. A conduta inicial foi com prednisolona, via oral, três dias por semana durante um mês, não apresentando melhora do quadro articular. Na consulta de retorno, foi introduzido metotrexato na dose de 15mg/m<sup>2</sup> de superfície corporal

por semana ao esquema terapêutico, e paciente apresentou melhora clínica satisfatória. No retorno do seguimento ambulatorial após três meses, o exame físico não mostrou sinais de artrite ativa, VHS com 6 mm/h, PCR de 0mg/dl e FR positivo, classificando a artrite na forma poliarticular com FR positivo. A conduta foi suspender a corticoterapia e manter o metotrexato. Após aproximadamente um ano, ela mantinha-se assintomática e com exames normais. Assim, foi suspenso o metotrexato.

A paciente foi investigada quanto a possíveis complicações associadas. Para tanto, foi encaminhada para consulta oftalmológica, que descartou uveíte anterior através do exame na lâmpada de fenda. Também foi solicitada avaliação ecocardiográfica, a fim de avaliar possível regurgitação aórtica, mas esta foi afastada. E analisados as medidas antropométricas, na qual não revelaram assimetrias e alterações articulares.

Após um ano da suspensão do tratamento, a paciente evoluiu com recidiva das manifestações inflamatórias nas articulações do joelho e cotovelo esquerdos. Foram realizados exames complementares: VHS 32 mm/h; PCR 18,3 mg/dL. Hemograma, eletrólitos, função hepática e renal normais. Foi instituído terapêutica com prednisolona 5mg, uma vez ao dia e metotrexato 15mg/m<sup>2</sup> de superfície corporal, uma vez por semana.

Depois de seis meses, paciente evoluiu com melhora das queixas articulares e com redução do VHS e PCR para níveis normais. Nesta consulta foi decidido suspender a prednisolona e manter terapêutica com metotrexato por mais dezoito meses.

## Discussão

A artrite idiopática juvenil (AIJ) pertence ao grupo de artropatias inflamatórias crônicas que acometem tipicamente adolescentes e crianças. Por definição, são quadros clínicos que se iniciam até os 16 anos de idade e com duração maior ou igual a seis semanas<sup>(1)</sup>. Em países desenvolvidos, estimasse uma incidência de 10 / 100.000<sup>(2)</sup>. E em geral, a doença é mais prevalente no sexo feminino <sup>(6)</sup>.

O paciente em questão é portador da forma poliarticular com FR positivo. Este subtipo tem como característica o comprometimento de cinco ou mais articulações durante os seis primeiros meses da doença associados a um título de FR positivo em pelo menos duas ocasiões com mais de três meses de intervalo. É mais comum no sexo feminino e guarda relação com a artrite reumatóide do adulto <sup>(7)</sup>.

Segundo Lurati *et al* <sup>(8)</sup>, a idade média do diagnóstico é de 6,25 anos. Fernandes *et al*<sup>(9)</sup>, em estudo nacional, encontrou média de 8,1 anos. Vale salientar, que a idade do paciente ao diagnóstico não corresponde ao início dos sintomas, já que o atraso no diagnóstico ocorre em média de 1,4 anos. O número de profissionais consultados entre o primeiro atendimento e a primeira consulta com o especialista variou de 1 a 20, com média de 3,6<sup>(10)</sup>. No caso em questão, a paciente foi diagnosticada com um ano e oito meses de idade e dois meses após início da sintomatologia. Foi consultada por três médicos antes do especialista. Portanto, o diagnóstico da paciente relatada foi precoce em relação à média nacional.

A AIJ é considerada como doença inativa quando o quadro clínico do paciente não tem articulações com artrite ativa, VHS ou Proteína C-Reativa normais e ausência de uveíte aguda. A remissão clínica pode ser dividida em dois tipos: com medicação e sem medicação. A remissão com medicação é aceita quando por um período mínimo de seis meses consecutivos não aparecem sintomas enquanto o paciente está em uso de medicação. Já a remissão clínica sem medicação, o paciente deve ficar sem sintomatologia por um período mínimo de doze meses consecutivos sem uso de medicamentos <sup>(11)</sup>.

A forma poliarticular com FR positivo, apresenta as maiores taxas de recidiva. Fernandes *et al.*<sup>(9)</sup> analisando 108 pacientes, encontrou os maiores índices de recidivas, 52,7%, nos pacientes com o subtipo poliarticular e FR positivo. Lurati *et al.*<sup>(8)</sup>, em coorte com 761 pacientes, 3,4% foram diagnosticados com o subtipo em questão. Destes, nenhum apresentou critérios de remissão clínica ( $p < 0.001$ ). Porém, Fantini *et al.*<sup>(12)</sup> afirmou que a remissão completa foi mais observada em pacientes que tinham menos de um ano de idade ao diagnóstico.

Segundo Ravelli *et al.*<sup>(13)</sup>, a AIJ poliarticular com FR positivo é o subtipo que mais apresenta alterações articulares e ósseas, que culminam, em geral, em deformações e consequente disfunção articular. Está relacionado também, a mais danos de origem psicossocial, tanto nos pacientes quanto nos pais. April *et al.*<sup>(14)</sup> afirma que estes danos são mais tolerados nos casos diagnosticados mais cedo, pois ocorre uma aceitação maior da doença e consequente adaptação nas relações sociais, gerando menos ansiedade e prejuízos sociais.

A paciente relatada no caso, até o momento não apresentou as complicações associadas e a introdução da terapia com metotrexato demonstrou evolução favorável com paciente assintomática e marcadores de doença inflamatória normais por um ano, o que configura a remissão clínica com o uso da medicação.

Portanto, concluo que a instituição da terapêutica de forma precoce foi de suma importância na ausência das morbidades associadas à AIJ poliarticular com FR positivo. Apesar de se tratar de manifestação rara da doença, o diagnóstico deve ser reconhecido pelos pediatras, pois o diagnóstico e tratamento precoce resultam em melhor prognóstico, como observado na paciente aqui relatada.

## Referências

1. Prakken B, Albani S, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. *Lancet* 2011; 377(9783):2138-2149.
2. Davidson J, Cruikshank M. Outcome for juvenile idiopathic arthritis. *Paediatrics and Child Health* 2010; 20( 2), 73–78
3. Santos FT, Carvalho MAP, Pinto JAP, Rocha JH, Campos WB. Artrite idiopática juvenil em um serviço de reumatologia: Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(1): 48-53
4. Marzan KA, Shaham B. Early juvenile idiopathic arthritis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2012;38:355–372
5. A. Martini. Systemic juvenile idiopathic arthritis. *Autoimmunity Reviews* 2012; 12(1):56–59
6. Martini A, Lovell D. Juvenile idiopathic arthritis: state of the art and future perspectives. *Ann Rheum Dis.* 2010; 69: 1260–1263
7. Espinosa M, Gottlieb BS. Juvenile idiopathic arthritis. *Pediatr Rev.* 2012;33:303–312
8. Lurati A, Salmaso A, Gerloni V, Gattinara M, Fantini F. Accuracy of Wallace criteria for clinical remission in juvenile idiopathic arthritis: a cohort study of 761 consecutive cases. *J Rheumatol* 2009; 36: 1532–5
9. Fernandes TAP, Corrente JE, Magalhães CS. Seguimento do estado de remissão de crianças com artrite idiopática juvenil. *J. Pediatr.* 2007 Apr; 83(2): 141-148
10. Len CA, Liphaut B, Machado CS, Silva CAA, Okuda E, Campos LMA, et al. Artrite reumatóide juvenil: atraso no diagnóstico e encaminhamento ao especialista. *Rev Paul Pediatr.* 2002; 20:280-2.
11. Sawhney S. Juvenile idiopathic arthritis: Classification, clinical features, and management. *Indian Journal Of Rheumatology* 2012; 7(1):11-21

12. Fantini F, Gerloni V, Gattinara M, Cimaz R, Arnoldi C, Lupi E. Remission in juvenile chronic arthritis: a cohort study of 683 consecutive cases with a mean 10 year follow-up. *J Rheumatol* 2003, 30(3):579–584
13. Ravelli A, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. *Lancet*. 2007 ; 369:767–778
14. April KT, Cavallo S, Feldman DE. Children with juvenile idiopathic arthritis: are health outcomes better for those diagnosed younger? *Child: Care, Health and Development* 2012; 39(3):442-443