ARTRITES REATIVAS OU REACIONAIS (AR)

Conceito: ocorrem apenas com dor - artralgia ou apresentando sinais inflamatórios locais como dor, calor, rubor e dificuldade à mobilização da articulação - artrite, que acontecem na vigência ou secundariamente à processos infecciosos ou parasitários à distância, com o microorganismo ou parasita detectado ou não no foco primário, mas indetectável na articulação, que através de um mecanismo imunológico irá desencadear uma artropatia inflamatória estéril em indivíduos geneticamente suscetíveis.

Aspectos gerais: as AR(s) tem como característica um período de latência variável de 1 semana a 3 meses, podendo ocorrer antes, durante ou após o quadro clínico do processo infeccioso das vias aéreas superiores(VAS) e dos tratos geniturinário e gastrointestinal. Mono, oligo e eventualmente poliartrite de articulações distais podem ocorrer (joelhos e mãos), com sinovite discreta, que num período de 2 a 12 semanas desaparecem sem deixar sequelas. A recorrência pode acontecer, secundária a nova agressão antigênica. Na infância, o agente etiológico é variável de acordo com a faixa etária, sendo as infecções virais de VAS e antígenos vacinais as mais comuns em lactentes e pré-escolares; as enteroinfecções predominam nos escolares e, nos adolescentes, as infecções genitais por clamídia.

* **Etiologia:**
* **Bactérias:**

Estreptococo beta-hemolítico do grupo A

Enterobactérias: Yersinia, Campilobacter, Shigela, Salmonela, Klebisiela,

Clostridium sp., E. coli, Estreptococo sp., Pseudomonas, H. pilori

Lactobacilus sp.

Estafilococo aureus

Hemofilus influenza

Neisseria meningitidis

Micobacterium leprae / tuberculosis

* **Atípicos:**

Micoplasma pneumoniae

Clamidia trachomatis

Ureaplasma urealiticum

* **Vírus:**

Rubéola (doença e pós-vacinação;)

Caxumba;

Varicela;

Mononucleose;

Adenovírus;

Enteroviroses (Coxsakie e Echovirus);

Herpes simples tipo 1;

Parvovírus B19;

Hepatite B e C (adulto).

* **Fungos:**

Candida albicans;

Histoplasma capsulatum;

Paracoccidioides brasiliensis;

* **Parasitas:**

Ascaris lumbricoidis;

Estrongiloidis estercolaris;

Giardia lamblia;

E. histolitica;

Taenia saginata;

* **Diagnóstico:**

É clínico, baseado numa boa anamnese e exame físico, corroborado por exames complementares que nos auxiliam a definir o agente etiológico, afastando outras causas de artrite.

* **Exames complementares:**

HC : normal na maioria das vezes ou pode apresentar leve anemia e leucocitose, dependendo do quadro da infecção primária.

Provas de atividade inflamatória: VHS, PCR, alfa1 glicoproteína aumentadas.

ASLO: pode ser positiva nos casos deflagrados por contato com o estreotococo.

Sorologias: a depender de cada caso, de acordo com a suspeita clínica levantada pela anamnese e o exame físico.

Culturas : de orofaringe, de secreção uretral e de fezes (assim como o EPF), dependendo da história clínica e do exame físico.

Outros exames poderão ser necessários para afastar outras possibilidades diagnósticas, como por exemplo, radiografias ou outros exames imunológicos (pesquisa de HLA-B27) ou de imagem.

* **Tratamento:**

Repouso, analgésicos (paracetamol ou ibuprofeno) nas doses habituais.

AINH: geralmente por 2 a 4 semanas no total. Usamos o cetoprofeno (2 a 4mg/Kg/dia em 3 ou 4 doses, máximo de 300mg/dia), o ibuprofeno em dose anti-inflamatória (30 a 50mg/Kg/dia em 3 ou 4 doses, máximo de 2.400mg/dia), o diclofenaco (2 a 3mg/Kg/dia em 3 doses, máximo de 150mg/dia), naproxeno (10 a 20mg/Kg/dia em 2 doses, máximo de 1.000mg/dia), nimesulida (4 a 5mg/Kg/dia em 2 doses).

Evolução e prognóstico:

Na maioria dos casos, o quadro se resolve em 2 a 12 semanas, sem deixar sequelas. Todos os pacientes devem ser acompanhados ambulatorialmente por, pelo menos, 1 ano após a alta hospitalar, desde que não apresentem outra recidiva ou uma evolução atípica.

* **Referências Bibliográficas:**

1-Oliveira, SKF.; Azevedo, ECL. Reumatologia Pediátrica. 2.ed .Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

2-Cassidy, JT(coord). Textbook of Rheumatology. 2.ed.Philadelphia: Elsevier, 2010.

3-Sampaio, B. el al. Síndrome de Reiter e Artrites Reativas. Rev Bras Reumatol, v47.n.4.p: 243-250. jul/ago, 2007.

4-Flores, D.MD. et al. Reactive arthritis: newer developments. Rheu Dis Clin of North America, v29.n.1. feb, 2003.

5- Oliveira, SKF.Reumatologia para Pediatras. 1.ed .Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

6- Oliveira, SKF; Rodrigues, MCF. Reumatologia na Prática para Pediatras. 1.ed .Rio de Janeiro: Revinter, 2010

7-Terreri, MTRA; Sacchetti, SB. Reumatologia para o Pediatra. Sociedade de Pediatria de São Paulo, Departamento de Pediatria. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

Responsável pela elaboração da rotina:Dra. Dania Lemos Dionízio