

RELATO DE CASO



Artrite Reacional após Infecção por Vírus da Dengue: Relato de Caso

Reactional Arthritis After Dengue Virus Infection: Case Report

Beatriz Gusmão Azevêdo^{1*}, Mateus Santana do Rosário¹

¹Serviço de Residência em Clínica Médica do Hospital Santa Izabel; Salvador, Bahia, Brasil

A artrite reativa (ReA) é uma das doenças do grupo das espondiloartrites. A sua relevância clínica reside na necessidade de um diagnóstico precoce que permita desenvolver estratégias que minimizem as complicações motoras e funcionais dos segmentos articulares afetados. Apesar de inicialmente ter sido descrita como relacionada com infecções bacterianas, é possível que outros agentes etiológicos, incluindo patógenos virais, também desencadeiem o processo imunomediado à distância. Este trabalho descreve um caso de artrite reativa causada por uma infecção pelo vírus da dengue, uma arbovirose comumente relacionada com mialgia e artralgia, mas com pouca referência na literatura como causa de artrite reativa.

Palavras-chaves: Artrite Reativa; Artrite Reacional; Oligoartrites; Arboviroses; Dengue.

Correspondence addresses:

Dra. Beatriz Gusmão Azevêdo
beatrizazevedo18.1@bahiana.edu.br

Received: September 17, 2024

Revised: November 28, 2024

Accepted: December 4, 2024

Published: December 31, 2024

Data Availability Statement:

All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding: This work was the result of authors' initiative. There was no support of research or publication funds.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Copyright

© 2024 by Santa Casa de Misericórdia da Bahia.
All rights reserved.
ISSN: 2526-5563
e-ISSN: 2764-2089

Reactive arthritis (ReA) belongs to the group of spondyloarthropathies. Its clinical relevance arises from the need for early diagnosis to develop strategies aimed at minimizing motor and functional complications in the affected joint segments. Although initially described as being associated with bacterial infections, it is possible that other etiological agents, including viral pathogens, may also trigger this distant immune-mediated process. This paper reports a case of reactive arthritis caused by dengue virus infection, an arbovirus commonly associated with myalgia and arthralgia but rarely described in the literature as being linked to cases of reactive arthritis.

Keywords: Reactive Arthritis; Reactive Arthritis; Oligoarthritis; Arboviruses; Dengue.

A artrite reativa é uma condição inflamatória não supurativa que acomete articulações após um processo infeccioso à distância. Historicamente tem sido associada a infecções bacterianas, especialmente por patógenos como *Chlamydia trachomatis* e *Salmonella*.¹ Contudo, infecções virais também têm sido descritas como desencadeantes potenciais, embora os relatos na literatura sejam limitados. Entre as arboviroses, a dengue, devido a sua ampla disseminação em regiões tropicais e subtropicais, representa um possível fator de risco para complicações articulares.^{2,3} A literatura documenta predominantemente casos de mialgia e artralgia em pacientes com dengue, sendo raros os relatos de artrite reativa.³ Este estudo descreve um caso raro de artrite reativa associado à infecção pelo vírus da dengue, destacando seus achados clínicos e a importância de sua identificação precoce para o manejo adequado.

Relato de Caso

Paciente do sexo masculino, 23 anos, previamente hígido, apresentou episódio de febre com temperatura corpórea aferida em 38,8°C associada a queixa de cefaleia intensa, dor retro-ocular, mialgia difusa e fadiga severa. Com base na epidemiologia local e nos sintomas apresentados, foi realizado teste para pesquisa de arbovirose, sendo a pesquisa de antígeno NS1 para dengue com resultado positivo. Inicialmente, o paciente foi tratado com antipiréticos e orientado a manter hidratação oral.

Apesar da melhora parcial dos sintomas constitucionais ao uso de sintomáticos, evoluiu após sete dias com queixa de dor intensa nas articulações do joelho direito e quadril esquerdo, com limitação grave da movimentação ativa e passiva do membro, além de surgimento de sinais inflamatórios locais de edema, rubor e aumento de temperatura local. Relatada dor de caráter incapacitante, graduada em 9/10 na escala visual analógica, com redução da amplitude de movimento e prejuízo significativo à deambulação e realização de atividades da vida diária em vigência de quadro algico. Diante do agravamento, foi internado em unidade hospitalar para investigação diagnóstica.

Exames laboratoriais admissionais mostraram leucocitose neutrofílica (13.670/mm³), elevação importante de proteína C reativa (37,68mg/dL) e de velocidade de hemossedimentação (84,6mm/h). Testes sorológicos para HIV, sífilis e hepatites foram negativos. Devido à persistência das queixas articulares, foi realizada ultrassonografia, que revelou derrame articular em região articular do joelho e do quadril. Realizada ressonância magnética, demonstrou sinovite moderada e edema em partes moles pericapsulares em ambas as articulações (Figura 1, Tabela 1).

O paciente foi submetido à artrocentese do joelho direito, sendo aspirado líquido sinovial de aparência clara e não purulenta. Análises microbiológicas não identificaram crescimento bacteriano e a pesquisa de cristais foi negativa.

Cultura para patógenos comuns e pesquisa de arboviroses foram negativas. A exclusão de causas infecciosas associada aos achados clínicos e de imagem foi determinante para o diagnóstico de artrite reativa.

O tratamento incluiu anti-inflamatório não esteroides para controle algico, além de analgesia com opioides em caráter hospitalar. Após 12 dias de internação, o paciente apresentou melhora significativa das queixas articulares e recuperação funcional parcial. Recebeu alta hospitalar em uso de analgésicos simples e com encaminhamento para seguimento ambulatorial.

Após 180 dias da alta hospitalar foi realizado follow-up de seguimento via ligação telefônica. Paciente referiu ter apresentado por cerca de 30 dias, após a alta, persistência do quadro algico e da rigidez articular levando a limitações motoras e articulares. Após esse período, relata ter evoluído com melhora gradativa dos sintomas até à resolução completa das sequelas mecânicas e funcionais.

Discussão

As espondiloartrites constituem um grupo maior de doenças que compartilham características clínicas e laboratoriais em comum, dentre elas, a Artrite Reativa (ReA) foi descrita em 1969 como uma condição reacional e inflamatória das articulações de caráter imunomediado, desencadeado por uma infecção à distância.^{1,4}

A difícil caracterização da doença no início da sua descoberta trouxe controvérsias quanto aos critérios mínimos e obrigatórios para o diagnóstico. A documentação de infecções entéricas e urogenitais comumente causadas por bactérias como *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia* e *Chlamydia trachomatis*, além das manifestações clínicas e a correlação com o gene HLA-B27 fazem parte do escopo de critérios para definição da doença.^{5,6}

Manifestações articulares associadas ao vírus da dengue são descritas predominantemente como artralgia e mialgia, sendo a artrite reativa um

Figura 1. Ressonância magnética da articulação do joelho direito e quadril esquerdo.



Figura demonstra derrame articular, ressaltando ainda tênue edema subcortical em margens periféricas femorais e edema discreto em partes moles pericapsulares.

achado excepcionalmente raro.³ Sendo poucos os casos que contemplam todos os aspectos inicialmente envolvidos na definição da Artrite Reativa, as infecções virais têm ganhado destaque como possíveis desencadeantes de reações inflamatórias reacionais a distância após um processo infeccioso prévio, especialmente em áreas endêmicas para Dengue e Chikungunya.^{2,7,8}

Estudos pré-clínicos sugerem que antígenos virais podem estimular uma resposta inflamatória persistente mesmo após a resolução da infecção primária. Em arboviroses, a carga viral e a resposta inflamatória intensa podem resultar na ativação de células T autorreativas e na liberação de citocinas inflamatórias, fomentando um estado inflamatório crônico nas articulações.²

A Artrite Reativa é uma doença com um baixo número de casos, portanto, a sua descrição e detalhe na literatura médica carecem de estudos robustos que abordem a correlação com outros agentes desencadeantes, sobretudo agentes virais, o que torna este relato relevante. É plausível que o

seu mecanismo fisiopatológico inclua mimetismo molecular e ativação exacerbada do sistema imunológico inato e adaptativo, impulsionando assim os primeiros relatos de casos deflagrados por outros microrganismos.^{9,10}

Dessa forma, o diagnóstico de artrite reativa permanece desafiador devido à ausência de biomarcadores específicos. Casos de monoartrites ou oligoartrites reacionais a infecções prévias por agentes virais, como o SARS-CoV-2 e os vírus relacionados com as arboviroses, são descritos na literatura.^{2,8,11} Para um diagnóstico mais assertivo, critérios clínicos, achados de imagem compatíveis e exclusão de causas infecciosas são essenciais. O manejo inclui anti-inflamatórios, fisioterapia e monitoramento periódico para evitar complicações, como rigidez articular e perda funcional a longo prazo.¹² Não há tratamento específico para o vírus da dengue em nenhum cenário, seja ele agudo ou crônico. A disponibilidade da vacina contra o vírus da dengue permite supor que complicações relacionadas com esta doença possam ser evitadas.¹³

Tabela 1. Principais resultados de exames laboratoriais.

Data	Exames	Resultado
08.07.2024	Hemograma externo	Hemoglobina 14mg/dL Hematócrito: 44,5% Leucócitos: 14.000/mm ³ [Neutrófilos: 67% Linfócitos: 16%] Plaquetas: 102 mil/microL
14.07.2024	Hemograma admissional	Hemoglobina: 13,6mg/dL Hematócrito: 39,1% Leucócitos: 13.670/mm ³ Plaquetas: 334mil/microL
	Provas inflamatórias	Velocidade de hemossedimentação (VHS): 120mm/h Proteína C Reativa (PCR): 37,68mg/dL
15.07.2024	Análise do líquido cavitário de artrocentese de joelho direito – celularidade, bioquímica e cultura	Celularidade e Bioquímica: • Proteínas: 6,25mg/dL • Glicose: 61mg/dL • Raras células epiteliais • Ausência de leucócitos Cultura: • Negativa para crescimento de bactérias aeróbias e anaeróbias Bacterioscopia: • Ausência de bastonetes, cocos bacilos ou cocos gram positivos ou Gram-negativos
	Análise de sangue periférico – pesquisa para arboviroses	Método PCR: • Negativo para Vírus da Dengue, Zika e Chikungunya • Negativo para Febre de Oropouche

Observada presença de leucocitose e trombocitopenia no primeiro hemograma realizado antes da admissão hospitalar. Durante internamento, visto aumento dos valores séricos das provas inflamatórias (VHS e PCR). A análise do material da artrocentese do joelho direito demonstrou ausência de crescimento bacteriano e pesquisa negativa para as arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya e Oropouche) através do método PCR.

Conclusão

As doenças de caráter endêmico possibilitam um amplo espectro observacional de complicações e acometimentos outros não tão comuns em vigência da sua alta prevalência em uma determinada localidade.

Relatamos um caso raro de artrite reativa associada à infecção por vírus da dengue. Embora as manifestações articulares em arboviroses sejam geralmente limitadas a artralgia e mialgia, este caso destaca a possibilidade de complicações mais

graves e persistentes. A identificação precoce e o manejo adequado foram fundamentais para a recuperação do paciente, reforçando a necessidade de atenção a sinais articulares incomuns em áreas endêmicas para arboviroses.

Referências

1. Schmitt SK. Reactive arthritis. Infect Dis Clin North Am. 2017 Jun;31(2):265–77.
2. Suhrbier A, Mahalingam S. The immunobiology of viral arthritides. Pharmacology & Therapeutics 2009;124(3). 301-8

3. Ministério da Saúde (BR). Guia prático de arboviroses urbanas - Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde 2020.
4. Misra R, Gupta L. Time to revisit the concept of reactive arthritis. *Nat Rev Rheumatol*. 2017 Jun 11;13(6):327–8.
5. Hannu T, Inman R, Granfors K, Leirisalo-Repo M. Reactive arthritis or post-infectious arthritis? *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2006 Jun;20(3):419–33.
6. Braun J, Kingsley G, van der Heijde D, Sieper J. On the difficulties of establishing a consensus on the definition of and diagnostic investigations for reactive arthritis. Results and discussion of a questionnaire prepared for the 4th International Workshop on Reactive Arthritis, Berlin, Germany, July 3-6, 1999. *J Rheumatol*. 2000 Sep;27(9):2185–92.
7. Kingsley G, Sieper J. Third International Workshop on Reactive Arthritis. 23-26 September 1995, Berlin, Germany. Report and abstracts. *Ann Rheum Dis*. 1996 Aug;55(8):564–84.
8. Zeidler H, Hudson AP. Reactive Arthritis Update: Spotlight on New and Rare Infectious Agents Implicated as Pathogens. *Curr Rheumatol Rep*. 2021 Jul 1;23(7):53.
9. Gallinaro AL, Ventura C, Barros PDS, Gonçalves CR. Espondiloartrites: análise de uma série Brasileira comparada a uma grande casuística Ibero-Americana (estudo RESPONDIA). *Rev Bras Reumatol*. 2010 Oct;50(5):581–9.
10. Cincinelli G, Di Taranto R, Orsini F, Rindone A, Murgio A, Caporali R. A case report of monoarthritis in a COVID-19 patient and literature review. *Medicine*. 2021 Jun 11;100(23):e26089.
11. Jubber A, Moorthy A. Reactive Arthritis: A Clinical Review. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*. 2021 Sep 1;51(3):288–97.
12. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para artrite reativa. 2020.
13. Cracknell Daniels B, Ferguson N, Dorigatti I. Efficacy, public health impact and optimal use of the Takeda dengue vaccine. *bioRxiv*. 2024 Aug 11.