

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ARTRITE REATIVA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS
Nº 6, DE 22 DE ABRIL DE 2021

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito pela anamnese, exame físico e raciocínio clínico adequado, com auxílio dos exames complementares, já que não existem marcadores laboratoriais ou de imagem que sejam específicos para o diagnóstico da ARE.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Clinicamente são indetectadas as seguintes manifestações:

Articulares (95% dos casos): Oligoartrite aguda e assimétrica de membros inferiores, principalmente em joelhos, tornozelos e articulações metatarsofalângicas.

Mucocutâneas: Úlceras orais indolores e autolimitadas, ceratodermia blenorragica, pústulas palmo-plantares e balanite circinada.

Inespecíficas: Mal-estar geral, febre e fadiga. (Dentro do grupo das EpA, a ARE é a que pode cursar com febre.

O **American College of Rheumatology** (ACR) estabeleceu **critérios diagnósticos** para a ARE, sendo considerado um diagnóstico definitivo quando tanto os critérios maiores quanto os menores estão presentes, e provável quando há apenas os maiores ou um critério maior acompanhado de pelo menos um critério menor. Veja no quadro abaixo.

Critérios maiores	Critérios menores
<p>1. Artrite com pelo menos 2 de 3 características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • assimétrica; • mono ou oligoarticular; • envolvimento de membros inferiores. 	<p>1. Evidência de infecção uretral ou cérvix uterina por <i>Chlamydia trachomatis</i>.</p>
<p>2. Infecção sintomática precedendo o quadro articular com pelo menos uma das características:</p> <p>Enterite – diarreia por ao menos um dia entre 3 dias a 6 semanas do início da artrite; Uretrite – disúria ou descarga uretral por ao menos um dia entre 3 dias a 6 semanas do início da artrite).</p>	<p>2. Cultura de fezes positiva para patógenos entéricos do grupo acima mencionado e reação em cadeia de polimerase positiva para <i>Chlamydia</i> no líquido sinovial.</p>

A comprovação da infecção anterior por meio de cultura, presença de DNA do agente causal ou anticorpos não é prática devido à possibilidade de infecções serem assintomáticas e a sensibilidade dos testes ser insuficiente. O diagnóstico deve focar na detecção da presença da infecção, sem a necessidade de comprovação do agente causador.

Os **critérios classificatórios para espondiloartrite** propostos pelo ASAS (**Assessment on SpondyloArthritis International Society**) auxiliam no raciocínio clínico para o diagnóstico, pois são mais abrangentes e contemplam tanto as queixas predominantemente axiais (EpA-ax) quanto aquelas predominantemente periféricas (EpA-p). Os critérios ASAS são utilizados e recomendados na prática assistencial, mas não devem ser usados isoladamente para o diagnóstico da ARE. Esses critérios aglutinam características clínicas articulares e extra-articulares, além de achados em exames laboratoriais e de imagem.

Consulte os Critérios de Classificação ASAS item 3. **Diagnóstico** do PCDT Artrite Reativa PT nº 6, de 22 de abril de 2021

AVALIAÇÃO LABORATORIAL

Infecção Genitourinária	Infecção Gastrointestinal	Quadro Intestinal:	HLA-B27
<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa de clamídia em pacientes com histórico de infecção genitourinária. • Sorologia para <i>Chlamydia trachomatis</i> IgM indica infecção recente; IgG não tem valor clínico. • Investigação direta por PCR em amostras de secreção uretral ou cérvix uterina em pacientes sintomáticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do agente relacionado à infecção gastrointestinal é um fator de risco para cronificação da ARE, mas não é comum na prática assistencial. • Dificuldades incluem baixa positividade da coprocultura e perda da oportunidade de coleta entre o gatilho intestinal e a queixa musculoesquelética. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evolução autolimitada em 7 a 10 dias. • O paciente frequentemente não associa a queixa intestinal à articular, perdendo oportunidade de comprovar o agente etiológico. • Queixas intestinais prolongadas podem ser diferenciadas de colite crônica e artrite enteropática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Marcador de risco para artrite e acometimento axial. Relacionado ao maior risco de cronificação da doença. • Importante fator genético nas EpA. • Pesquisa por PCR-RT indicada em pacientes com suspeita clínica de ARE, com valor diagnóstico e prognóstico.

INTRODUÇÃO

A **Artrite Reativa (ARE)** pertence ao grupo das espondiloartrites (EpA) - doenças reumáticas crônicas que afetam articulações periféricas e axiais, com características clínicas, radiológicas e genéticas semelhantes. As EpA integram um grupo constituído das seguintes doenças: Espondilite Anquilosante, Artrite Psoriática, Espondiloartrite Enteropática, Artrite Relacionada à Entesite (e a Espondiloartrite Indiferenciada).

Definição de ARE: sinovite estéril imunomediada que se desenvolve em até 4 semanas após infecções gastrointestinais ou genitourinárias, causadas por um dentre os seguintes patógenos: *Chlamydia trachomatis*, *Yersinia* (principalmente *Y. enterocolitica* e *Y. pseudotuberculosis*), *Salmonella* sp., *Shigella* (particularmente *S. flexneri*), *Campylobacter jejuni*, *Escherichia coli* e *Clostridioides difficile*. Classicamente se manifesta por quadro de mono ou oligoartrite (até 4 articulações acometidas) assimétrica estéril, em particular de membros inferiores, e que na maioria das vezes é transitória. A evolução clínica da ARE pode seguir diversos padrões: curso autolimitado, recorrente ou contínuo (crônico).

Artrites decorrentes de infecções estreptocócicas, virais, ou por borrelias não são classificadas como ARE, sendo denominadas artrites reacionais. Exemplos incluem quadros articulares após infecção por chikungunya, artrite pós-terapia intravesical com BCG, e também têm sido relatadas artrites após a infecção por Covid-19.

CID 10

M03.2 Outras artropatias pós-infecciosas em doenças classificadas em outra parte

M03.6 Artropatia reacional em outras doenças classificadas em outra parte.

M02.1 Artropatia pós-desintética

M02.3 Doença de Reiter

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que apresentarem quadro clínico articular periférico ou axial com história comprovada ou sugestiva de infecção genitourinária ou gastrointestinal dentro do intervalo de até 4 semanas antes do aparecimento dos sinais articulares.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que não tenham o diagnóstico de Artrite Reativa (ARE) ou apresentem intolerância, hipersensibilidade, contraindicação ao uso de algum dos medicamentos preconizados neste documento.

DIAGNÓSTICO (continuação)

AValiação Radiológica

Os exames de imagem, incluindo radiografia, ultrassonografia e ressonância magnética, são complementares para a confirmação clínica, diagnóstico diferencial e avaliação da progressão do dano estrutural ao longo do tempo.

- Radiografias simples nas áreas afetadas são indicadas. Principalmente para sacroilíte ou articulações sacroilíacas.
- Inicialmente, os achados podem ser inespecíficos.
- Ultrassonografia com *Power Doppler* é recomendada, especialmente em casos de dúvida, para avaliação das enteses nas EpA-p.
- Em casos normais ou incertos, a ressonância magnética (RM) das sacroilíacas sem contraste, com sequências específicas, é apropriada.
- Achados na RM incluem alterações agudas (edema, derrame, capsulite, entesite) e estruturais (esclerose óssea subcondral (ES), metaplasia gordurosa (MetG), erosões (ER), sindesmófitos/anquilose).
- Cintilografia Óssea: Não é recomendada para avaliação da atividade axial ou periférica. Falta validação científica para este exame em casos de EpA.

DIAGNÓSTICO - OBSERVAÇÕES FINAIS

1. Intervalo da infecção pode variar de 4 a 6 semanas. Este PCDT adotou consensualmente o período de até 4 semanas.
2. Importante considerar a queixa articular (periférica ou axial) e infecção genitourinária ou gastrointestinal prévia.
3. Exames complementares (laboratoriais e de imagem) não são mandatórios, mas auxiliam na investigação etiológica, diagnóstico diferencial e acompanhamento do dano estrutural em casos crônicos.

TRATAMENTO

BENEFÍCIOS ESPERADOS:

- Melhora da dor,
- Melhora dos sinais e sintomas de inflamação articular,
- Melhora da qualidade de vida; e
- Redução da morbidade e incapacidade nos pacientes.

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

- Exercícios físicos e técnicas de fisioterapia.
- Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis nos casos de ARE induzida por infecção genitourinária.
- Cessação do tabagismo.
- Perda de peso.
- Educação do paciente.
- Participação em grupos de ajuda.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Tratamento de infecções precedentes:

- Infecções genitourinárias por *Chlamydia trachomatis*: Macrolídeos ou tetraciclina para o paciente parceiro sexual.

Tratamento das manifestações musculoesqueléticas:

- AINE (Ibuprofeno e naproxeno) são a primeira linha de tratamento para a fase aguda de dor e inflamação da artrite. São usados nas suas doses máximas e de forma contínua por pelo menos 2 semanas.
- Glicocorticoide intra ou periarticular pode ajudar de forma segura e eficaz o tratamento de uma única articulação periférica acometida e com sintomas incapacitantes, nos casos em que o AINE não controlou os sintomas satisfatoriamente, bem como no controle dos sintomas nas entesites.
- Raramente o glicocorticoide sistêmico (prednisona) é indicado, sendo empregado apenas nos raros casos de doença grave, prolongada ou sistêmica em que ocorre resistência aos AINE.
- Os MMCD estão indicados quando não há controle satisfatório dos sintomas com AINE e glicocorticoide intra ou periarticular, ou se a doença se torna crônica, recorrente ou erosiva e agressiva.

Fármacos - Esquema de Administração

Fármaco	Via de administração	Apresentação	Posologia
Ibuprofeno	Via oral	Comprimidos de 200, 300 e 600 mg; suspensão oral de 50 mg/mL	600 a 2.700 mg/dia, divididas em três administrações (8h/8h).
Naproxeno	Via oral	Comprimidos de 250 e 500 mg	500 a 1000 mg/dia, divididas em duas administrações (12/12h) (usar a menor dose pelo menor tempo possível).
Prednisona	Via oral	Comprimidos de 5 mg e 20 mg	5 a 20 mg, 1 a 2x/dia, pelo menor tempo necessário para controle das manifestações articulares e extra-articulares agudas.
Acetato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona	Via intramuscular; ou periarticular	Suspensão injetável 3 mg/mL + 3 mg/mL	1 ampola intramuscular a cada 4 semanas, pelo menor tempo necessário para controle das manifestações articulares e extra-articulares agudas; ou 1 ampola periarticular em dose única.
Acetato de metilprednisolona	Via intra-articular	Solução injetável 40 mg/mL	1 a 2 mL intra-articular em dose única.
Sulfassalazina*	Via oral	Comprimidos de 500 mg	500 a 3000 mg/dia, 1 a 3x/dia, por 3 a 6 meses ou até a remissão da doença articular inflamatória.

*Pela possibilidade de hipersensibilidade cruzada a salicilatos e sulfonamidas, o uso de sulfassalazina está contraindicado em pacientes com hipersensibilidade a esses medicamentos.

MONITORAMENTO

O tratamento deve ser mantido ou interrompido (em casos de remissão, caracterizada pela ausência de sinais e sintomas) com base na avaliação do médico sobre os sintomas e sinais do paciente.

A avaliação da velocidade de hemossedimentação (VHS) e a dosagem da proteína C reativa (PCR) são úteis na avaliação da atividade inflamatória inicial e auxiliam o monitoramento da atividade de doença.

Medicamento	Avaliação
Prednisona, acetato de betametasona + fosfatodissódico de betametasona, acetato de metilprednisolona.	Glicemia: após 4 semanas e se necessário uso mais prolongado, a cada 3 meses. Monitorar a pressão arterial e peso corporal.
Ibuprofeno e naproxeno.	Hemograma, creatinina, AST/ TGO e ALT/TGP, análise de urina: a cada 3 meses. Monitorar a pressão arterial e sintomas dispépticos.
Sulfassalazina	Hemograma, creatinina, AST/TGO e ALT/ TGP, análise de urina: a cada 3 meses.

REGULAÇÃO E CONTROLE

Todos os pacientes com dificuldades diagnósticas, refratários ao tratamento clínico ou com intolerância medicamentosa devem ser atendidos em serviços especializados. O acompanhamento dos pacientes deve ser preferencialmente realizado pelo reumatologista. Pacientes que apresentarem evolução para Espondilite Anquilosante ou Artrite Psoriásica devem ser tratados conforme os respectivos PCDT, mediante comprovação dos critérios de elegibilidade.

► As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde a Portaria Conjunta SCTIE/SAES/MS nº 6, de 22 de abril de 2021 e pode ser acessada em https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20210428_pcdt_artrite_reativa.pdf

DISQUE
SAÚDE
136

SUS+

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
Governo
Federal