

A artrite psoriática é uma artrite inflamatória associada à psoríase, que afecta 4-30% destes doentes.¹ Estima-se que tenha uma incidência de cerca de 6/100000/ano e prevalência de 1-2/1000.² Geralmente apresenta-se como uma oligoartrite seronegativa, que pode atingir articulações do esqueleto axial e/ou periférico. O aparecimento de lesões cutâneas costuma preceder a artrite, mas em 13-17% ocorre o inverso.³ Em 15% dos doentes, as lesões cutâneas estão presentes, mas não diagnosticadas.³ Pode, em até 40%, ser erosiva e deformativa.

Identificação: MCM, sexo masculino, 55 anos, carpinteiro, casado e residente em Braga.

História da Doença Actual:

Recorreu ao serviço de urgência por **dor cervical**, que impedia rotação lateral do pescoço, **lombalgias, artralguas dos pés e tornozelos e gonalgia esquerda intensa**, de agravamento progressivo, com um mês de evolução, muito incapacitantes para as actividades de vida diária. Negava emagrecimento, febre, hipersudorese nocturna e traumatismo recente.

Antecedentes Patológicos:

- **Quadro de dor lombar e em ambos os pés, com duração de cerca de uma semana, que impediam a marcha e a actividade profissional e que desapareceram após toma de medicação intra-muscular (cujo nome o doente desconhecia), em 2004.**
- Acidente de trabalho (queda) em 2010, com queixas localizadas ao esqueleto axial.
- Sem antecedentes pessoais de doença inflamatória intestinal, psoríase ou doenças auto-imunes.
- Sem medicação habitual.
- Sem antecedentes familiares relevantes

Exame Físico:

Sem alterações de relevo, excepto **discretas lesões cutâneas descamativas nas articulações interfalângicas das mãos, cotovelos e joelhos, correspondendo a lesões psoriáticas (desvalorizadas até então pelo doente). Membros inferiores com sinais inflamatórios (calor e edema) de ambas as articulações tibio-társicas; joelho esquerdo com derrame articular, sem tensão e sem outros sinais inflamatórios locais.** Força: grau 5/5 membros superiores, grau 3+/5 membros inferiores. **Temperatura auricular: 38°C.**

Exames complementares de diagnóstico

Hemograma	
Hemoglobina	13.5g/dl
Leucócitos	13400/uL (83% N)
Plaquetas	252000/uL

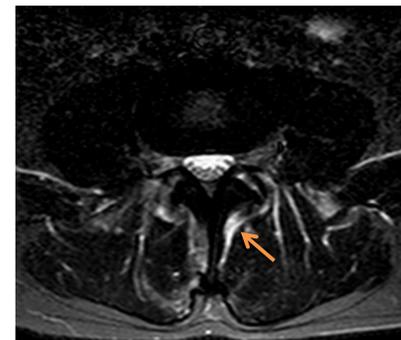
Bioquímica	
Ureia	30mg/dL
Creatinina	0.9mg/dL
K ⁺	4.4mmol/L
Na ⁺	136mmol/L
Cl ⁻	98mmol/L
AST	24U/L
ALT	33U/L
Fosfatase alcalina	114U/L
Gama GT	68U/L
Bilirrubina total	1.62mg/dL
Bilirrubina directa	0.34mg/dL
Proteínas totais	8.0g/dL
Albumina	3.6g/dL
LDH	200U/L
PCR	90.5mg/l
VS	57mm/h

Líquido sinovial (joelho esquerdo)	
Eritrócitos	:700/uL
Células	:42233/uL (linfócitos 1%, neutrófilos 84%, monócitos/macrófagos 15%)
Exame cultural	:amicrobiano

Estudo imunológico	
Factor Reumatóide	Negativo
Enzima conversora da angiotensina	
HLA-B27	
Anticorpos anti-nucleares (A.N.A.)	

Exames imagiológicos	
Ecografia abdominal superior	Sem alterações relevantes
TC tórax	
Radiografia da coluna cervico-dorso-lombar	
Radiografia da bacia	
Radiografia dos membros inferiores	

Estudo serológico e microbiológico	
Anti-HCV	Negativo
Anti-HIV I/II	
HBsAg, Anti-HBs Anti-HBc	
Anti-CMV	
Anti-HAV	Contacto prévio com antigénio
Anti-Borrelia	Negativo
Anti-Rickettsia	
Anti-Brucella	
Anti-Chlamydia trachomatis	
Anti-Leptospira	
Anti-Toxoplasma	
TASO	Negativo
VDRL	Não reactiva
Hemoculturas	Negativo



RMN coluna dorso-lombar	
Canal vertebral pouco amplo em L3-L5 por pedículos curtos e maciços articulares posteriores volumosos e com sinais degenerativos.	
Hipersinal na ponderação T2 STIR nos planos sagitais e axiais a interessar os ligamentos inter-espinhosos de L3-L4 e L4-L5.	
Alterações enquadradas num contexto de processo inflamatório agudo ligamentar e peri-articular.	

Evolução:

Doente com diagnóstico de artrite psoriática com atingimento de predomínio axial e articulações tibio-társicas. Inicialmente medicado com **anti-inflamatório não esteróide**, com melhoria parcial das queixas. Iniciou tratamento com **metotrexato 10mg 1x/semana e prednisolona 30 mg/dia e infiltração intra-articular de corticóide** nas articulações tibio-társicas. Evolução clínica e analítica favorável (descida da PCR para 19mg/L). À data da alta, clinicamente bastante melhor, sendo capaz de deambular com apoio bilateral. Foi orientado para a consulta externa de Reumatologia. Nos 2 meses seguintes, apesar da melhoria clínica, mantinha sinais de artrite tibio-társica, pelo que iniciou terapêutica com **adalimumab**, após a qual se verificou remissão quase completa do quadro.

Conclusão:

A artrite psoriática é uma doença sub-diagnosticada, que implica um elevado grau de suspeição. O seu diagnóstico é sobretudo clínico e exige uma história clínica e exame físico detalhados. A existência de lesões cutâneas psoriáticas, nem sempre presentes ou valorizadas, facilita o estabelecimento do diagnóstico. A gravidade do atingimento cutâneo não se correlaciona obrigatoriamente com a gravidade do atingimento articular. No caso apresentado, a um atingimento cutâneo muito discreto estava associada uma doença poliarticular significativa, que implicou escalada terapêutica até à utilização de terapêutica biológica com adalimumab.