

Casos Clínicos

Clinical Cases

Artropatia inflamatória como forma de apresentação de hepatite C – um caso clínico

Inflammatory arthropathy as the presenting form of hepatitis C infection – a clinical case

Rui Garcia*, Paulo Ferreira**, Jorge Velez***, Adriano Rodrigues***, Conceição Reis§, Armando Porto§§

Resumo

Apresenta-se um caso clínico de artrite do ombro como primeira manifestação clínica de infecção por vírus da hepatite C. Discute-se a terapêutica e a evolução clínica, e faz-se a comparação com a literatura publicada.

Palavras chave: artrite, hepatite C, manifestação extra-hepática.

Abstract

The authors present a patient with shoulder arthritis as the first presentation of hepatitis C virus infection, one of the extra-hepatic manifestations of this infection, comparing therapy and results with similar cases.

Key words: arthritis, hepatitis C; extra-hepatic manifestation.

Introdução

As dores osteo-articulares são das situações clínicas mais frequentes no recurso a auxílio médico. As suas causas e mecanismos fisiopatológicos são variados, tais como traumatismos, doenças reumatismais, patologia metabólica ou infecções.

O atingimento articular na infecção por vírus da hepatite C (VHC) é raro e difícil de estabelecer, por falta de características patognomónicas, sendo muitas vezes um diagnóstico de exclusão.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, casado, 63 anos de idade, “raça” caucasiana, natural e residente em Águeda, talhante de profissão, observado em Consulta Externa de Medicina, desde 2001, no seguimento de um internamento por omalgias de carácter inflamatório.

Em Março de 2001 iniciou queixas de omalgias bilaterais de carácter inflamatório com impotência funcional. Em simultâneo, apresentava descompensação de diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), emagrecimento (16 kg em 4 meses) e reacção de Wright positiva. O doente foi medicado com antidiabéticos orais, anti-inflamatórios não esteróides (AINE) e ansiolíticos.

Como antecedentes de relevo destacavam-se DMT2 diagnosticada em 1980, doença osteoarticular degenerativa em 1992, e elevação das aminotransferases e artrite do tarso direito em 1997.

Em Julho de 2001 iniciou terapêutica com insulina, com bom controlo metabólico e recuperação de peso. No entanto, mantinha omalgias inflamatórias e apresentava bursite do cotovelo esquerdo, pelo que foi medicado com deflazacort e internado para estudo complementar.

Foram colocadas as seguintes hipóteses de diagnóstico: periartrite do ombro, pseudo-gota, doença osteoarticular degenerativa, brucelose e artrite reactiva.

Do estudo complementar destacavam-se a elevação dos marcadores de actividade inflamatória, como a velocidade de sedimentação (VS) (42 mm 1ª hora), a PCR (7,3 mg/dL) e a ferritina (1536 ng/ml), e a elevação das aminotransferases séricas (AST - 199 U/L e ALT - 274 U/L). Não tinha hiperuricemia (2,5 mg/dL). Os doseamentos de HbA1c (6,5 %) sérica e da microalbuminúria (54mg/24h) eram normais.

* Interno Complementar de Medicina Interna

** Assistente Hospitalar de Medicina Interna

*** Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna

§ Chefe de Serviço de Medicina Interna

§§ Director de Serviço de Medicina Interna

Serviço de Medicina III dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Recebido para publicação a 20.01.05

Aceite para publicação a 16.10.07

A telerradiografia do tórax não mostrou alterações, e o estudo radiológico osteoarticular revelou sinais de osteopenia com artrose dos ombros, sem calcificações dos tecidos moles, artrose em ambos os cotovelos, alterações sugestivas de entesopatia a nível da bacia, e gonartrose bilateral.

O cintigrama osteo-articular mostrou sinais de hiperfixação nas articulações escapulo-umerais envolvendo os contornos das cápsulas articulares, sugestivos de processo inflamatório, e alterações no restante esqueleto compatíveis com patologia degenerativa.

Na tomografia computadorizada dos ombros detectaram-se erosões marginais e para-articulares a nível das cabeças dos úmeros e articulações acromioclaviculares com sinovite bilateral, concluindo-se por artropatia inflamatória multifocal, acompanhada de sinovite, atingindo a cintura escapular.

As pesquisas de factor reumatóide eram negativas, e a imunoelectroforese sérica e a complementemia eram normais. A reacção de Wright era positiva (1/80) e a VDRL não reactiva. O estudo serológico era fracamente positivo para Chlamydia e negativo para Coxiella, CMV, HSV e EBV. Os marcadores de VHB e VHA foram negativos e os anticorpos anti-VHC positivos.

O estudo microbiológico da medula óssea foi negativo para Brucella.

A biopsia hepática mostrou aspectos de hepatite crónica moderada a grave, com fibrose septal completa compatível com a etiologia de hepatite por VHC.

O doente foi medicado com insulina, naproxeno, tramadol e omeprazole, obtendo um adequado controlo da diabetes mellitus, e uma melhoria ligeira da sintomatologia articular, com evolução flutuante.

O VHC era do genótipo 1a e a carga viral era elevada.

Iniciou terapêutica com peg-interferon e ribavirina, assistindo-se a melhoria sintomática e analítica.

Discussão

Este caso mostra a situação de um doente com DMT2, que iniciou quadro de omalgias de tipo inflamatório com astenia e emagrecimento. Apresentava reacção de Wright positiva e elevação da enzimologia hepática.

Face à hipótese de brucelose, apesar da positividade inicial da reacção de Wright e de se tratar de um indivíduo com profissão de risco (talhante), nunca se confirmou a presença de germens do género Brucella nem actividade de doença.

No doente diabético é frequente o surgimento de lesões osteoarticulares, nomeadamente a osteoartropatia diabética que atinge mais frequentemente as articulações de carga e, muitas vezes, surge associada à neuropatia diabética. A periartrite do ombro é outra dessas manifestações de atingimento osteoarticular.¹ Na maioria das complicações diabéticas regista-se uma melhoria clínica com o equilíbrio metabólico. No entanto, no caso apresentado e apesar do melhor controlo das glicemias, não se observou uma evolução favorável das queixas articulares.

Apresentava também infecção por vírus da hepatite C (VHC), confirmado pela serologia, com alterações histológicas hepáticas típicas.^{2,3}

A hepatite C pode apresentar manifestações extra-hepáticas, visto o vírus infectar linfócitos circulantes. Entre estas manifestações encontram-se a crioglobulinemia mista essencial, vasculite, porfíria cutânea tarda, glomerulonefrite membranoproliferativa, tiroidite auto-imune, diabetes e artrite.^{3,4,5}

A artrite relacionada com o VHC está descrita em dois padrões de apresentação:

1. Envolvimento mono ou oligoarticular, de evolução intermitente, que afecta grandes e médias articulações, sem destruição articular acentuada; associado frequentemente a crioglobulinemia.
2. Atingimento poliarticular, crónico e destrutivo, semelhante a artrite reumatóide, com afecção predominante de pequenas articulações; cursando muitas vezes com elevação do Factor Reumatóide com subida moderada da velocidade de sedimentação.

O doente apresentava lesões articulares localizadas em grandes e médias articulações, como os joelhos, cotovelos e, particularmente, os ombros. O Factor Reumatóide era negativo e o estudo do Complemento e a imunoelectroforese eram normais. Desta forma, pensamos que este caso se enquadra no primeiro tipo.

O tratamento ideal para a poliartrite relacionada com o VHC não está determinado, mas o repouso e o uso de anti-inflamatórios não-esteróides e/ou de corticóides são os elementos mais recomendados.^{2,4} Em caso de não se registar melhoria, o uso de anti-maláricos, em associação com corticóides em baixas doses, é uma alternativa e, em última opção, pode ponderar-se a utilização de agentes imunossuppressores (metotrexato e azatioprina) nos casos mais refractários, sempre com apertado controlo da função hepática, da carga viral e do hemograma.

Além do controlo das manifestações sistémicas auto-imunes, como a artrite, recomenda-se também a erradicação do vírus, ou, pelo menos, a diminuição da carga viral.^{2,4} Os esquemas terapêuticos baseiam-se no uso de alfa-interferon e ribavirina, preferencialmente em associação.⁴

O nosso doente apresentou franca melhoria com o uso de agentes anti-inflamatórios e analgésicos, mas o controlo da proliferação do vírus é que demonstrou clara eficácia, com o desaparecimento das queixas articulares relacionado com a redução franca da carga viral.

Da análise do caso apresentado, concluímos tratar-se de uma poliartrite secundária a infecção por VHC associada a descompensação diabética. ■

Bibliografia

1. Mavrikakis, ME, Sfikakis PP, Kontoyannis SA, Antoniadis LG, Kontoyannis DA, Mouloupoulou DS. Clinical and laboratory parameters in adult diabetic with and without calcific shoulder periarthritis; *Calcif. Tissue Int* 1991;49(4):288-291.
2. Oliveri I, Palazzi C, Padula A. Hepatitis C virus and arthritis; *Rheum Dis Clin N Am* 2003;29:111-122.
3. Mayo MJ. Extra-hepatic Manifestations of Hepatitis C Infection; *Am J Med Sci* 2002;325(3):135-148.
4. Ramos-Casals M, Trejo O, Garcia-Carrasco M, Font J. Therapeutic management of extra-hepatic manifestations in patients with chronic hepatitis C virus infection; *Rheumatology* 2003;42: 818-828.
5. Vassilopoulos D, Calabrese LH. Rheumatic Manifestations of hepatitis C infection; *Cur Rheumatology Rep* 2003;5(3): 200-204.