

Artrite reumatoide do tipo EORA com trombocitose significativa: relato de caso

Elderly-onset rheumatoid arthritis with significant thrombocytosis: a case report

Maria Eduarda Videira Macedo da Costa Lopes¹, Maria Fernanda Vilar Ribeiro¹, Mariana Preato Fernandes¹, Marcela Lordello Alonso¹, Maria Clara Eccard Faria¹, Marina Siqueira Teixeira¹, Luiz Clovis Bittencourt Guimarães²

RESUMO

Este relato teve como objetivo apresentar um caso de *elderly onset rheumatoid arthritis* associada à trombocitose reacional significativa. À admissão, o paciente apresentava quadro de poliartrite de pequenas e grandes articulações associado à rigidez matinal. Após exames solicitados, evidenciaram-se trombocitose de 1.697.000 cel./mm³ e anticorpos anti-peptídeos citrulinados positivos, sendo diagnosticado com artrite reumatoide do tipo *elderly onset rheumatoid arthritis*.

Descritores: Artrite reumatoide; Trombocitose; Anticorpos anti-peptídeo citrulinado

ABSTRACT

This report aimed at presenting a case of elderly-onset rheumatoid arthritis associated with significant reactive thrombocytosis. On admission, the patient presented polyarthritis of small and large joints associated with morning stiffness. After the performance of the requested tests, thrombocytosis of 1,697,000 cells/mm³ and positive anti-CCP were evidenced, and the patient was diagnosed with elderly-onset rheumatoid arthritis.

Keywords: Arthritis, rheumatoid; Thrombocytosis; Anti-citrullinated protein antibodies

INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide (AR) é uma patologia autoimune inflamatória crônica, que possui influência genética e hormonal, sendo ainda modulada por fatores ambientais, como o tabagismo. É marcada por sinovite periférica que, se não tratada, pode evoluir com erosões ósseas e deformidades irreversíveis. Acomete simetricamente pequenas articulações das mãos (metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais), pés (metatarsofalangeanas) e/ou punhos. Embora menos frequente, articulações maiores podem ser acometidas. A incidência é maior no sexo feminino.¹

Indivíduos com AR frequentemente podem apresentar cisto na região posteromedial do joelho, denominado cisto de Baker, que representa a distensão líquida da bolsa sinovial gastrocnêmio-semimembranácea. Esse cisto pode sofrer uma rotura, levando à síndrome pseudotromboflebitica, quadro agudo com clínica semelhante a da trombose venosa superficial ou profunda, sendo necessário realizar ultrassonografia com Doppler para distingui-las.^{2,3}

A forma clássica de apresentação da AR é a *younger-onset rheumatoid arthritis* (YORA), que acomete indivíduos jovens, porém, existe também a *elderly-onset rheu-*

¹ Faculdade de Medicina de Campos, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

² Médico Especialista em Reumatologia, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

Data de submissão: 31/7/2020. **Data de aceite:** 14/8/2020.

Autor correspondente: Marina Siqueira Teixeira. Faculdade de Medicina de Campos – Avenida Alberto Torres, 217 – Centro – CEP: 28035-581 – Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil – Tel.: 55 (22) 2101-2929 – E-mail: marina.siqueira.teixeira@gmail.com

Fonte de auxílio à pesquisa: nenhuma. **Conflitos de interesse:** nenhum.

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: CAAE 33923120.9.0000.5244.

Contribuição dos autores: Concepção e delineamento do projeto: LCBG.

Coleta, análise e interpretação de dados: MEVMCL e MPF.

Redação e revisão crítica do manuscrito: MEVMCL, MFVR, MPF, MLA, MCEF e MST.

Aprovação da versão final do manuscrito a ser publicada: MEVMCL, MFVR, MPF, MLA, MCEF e MST.

matoid arthritis (EORA), que surge em pacientes idosos com idade igual ou acima de 60 anos. Pacientes com EORA aparentam possuir uma patologia mais aguda e associada a fenômenos sistêmicos, como febre, astenia, perda ponderal, acometimento de grandes articulações, maior prevalência de formas atípicas e formas que simulam a polimialgia reumática.⁴

Doenças que cursam com processo inflamatório crônico podem gerar uma trombocitose reacional. A trombocitose reativa ocorre devido ao aumento dos níveis endógenos de trombopoietina, interleucina 6, outras citocinas ou catecolaminas, que são produzidas em processos inflamatórios.⁵

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 64 anos, pardo, solteiro, serralheiro, ex-tabagista (15 maços/ano) com histórico de hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*. Há 2 anos, iniciou quadro de poliartrite de pequenas e grandes articulações (mãos, punhos, joelhos e tornozelos) associado à rigidez matinal. Fez automedicação com anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e analgésicos com melhora clínica transitória. Há 1 ano, procurou o reumatologista, o qual iniciou tratamento com hidroxiquina e corticoterapia, sem obtenção de êxito, culminando no retorno do paciente 6 meses depois.

Foram solicitados novos exames, que evidenciaram trombocitose (1.697.000 cel./mm³). O paciente foi encaminhado ao ambulatório de hematologia, onde foram solicitadas as pesquisas de mutação V617F do gene JAK-2 e de anticorpos antipeptídeos citrulinados. Os resultados foram, respectivamente, não detectado e positivo (251,7U/mL). O paciente foi, então, diagnosticado com AR e encaminhado a um novo reumatologista.

Na consulta, encontrava-se lúcido, orientado, hipocorado (++/4+), acianótico, anictérico, hidratado e com proteína C-reativa <3 segundos. Ao exame articular, constatou-se dor à palpação de punhos, de interfalangeanas proximais e de metacarpofalangeanas, associada à edema, bilateralmente. Aparelho cardiovascular, abdome e aparelho respiratório estavam sem alterações. Havia edema unilateral em membro inferior esquerdo (+++/4+), com panturrilha empastada, e pulsos eram palpáveis bilateralmente. Foram solicitados ultrassonografia com Doppler do membro inferior esquerdo, um novo hemograma, dosagem de fator reumatoide, velocidade de hemossedimentação e proteína C-reativa. Foi iniciada terapia com 0,8mg de metotrexato injetável, ácido fólico e 20mg de predisona. A ultrassonografia com Doppler não evidenciou sinais de trombose venosa profunda e interrogou cisto de Baker roto. O hemograma eviden-

ciou 18.400/uL de leucócitos, 11,4g/dL de hemoglobina e 1.104.000/uL de plaquetas. Fator reumatoide foi de 1150 uL/mL, a velocidade de hemossedimentação de 61mm e proteína C-reativa, de 1,35.

DISCUSSÃO

A AR é uma doença autoimune, inflamatória, sistêmica e crônica, determinada por sinovite periférica e numerosas apresentações extra-articulares, como miocardite e vasculite. O diagnóstico da AR é determinado por achados clínicos e exames complementares, porém, nenhum exame, seja laboratorial (fator reumatoide, anticorpos antipeptídeos citrulinados, velocidade de hemossedimentação e proteína C-reativa), de imagem ou histopatológico, estabelece o diagnóstico, isoladamente.⁶

Os fatores relacionados a um pior prognóstico são sexo feminino, tabagismo, baixo nível socioeconômico, início precoce da doença e fator reumatoide ou anticorpos antipeptídeos citrulinados em títulos elevados, provas inflamatórias (velocidade de hemossedimentação ou proteína C-reativa) persistentemente altas, elevado número de articulações edemaciadas, manifestações extra-articulares, grande atividade inflamatória da doença e aparecimento precoce de erosões no decorrer da doença. Devido à clássica apresentação dos sintomas, apesar da idade mais tardia, foi solicitada a dosagem de anticorpos antipeptídeos citrulinados, que evidenciou altos níveis desse anticorpo, fato que confirmou a EORA.⁶

Como a maioria das doenças crônicas, a AR pode levar ao aumento do número de plaquetas, o que é chamado de trombocitose reativa, sendo esta definida pela contagem elevada de plaquetas (>450.000/ μ L) secundária a outra doença e, normalmente, não ultrapassa a contagem de 1.000.000/ μ L. Devido a essa característica, foi solicitada, primeiramente, a pesquisa de mutação V617F do gene JAK-2, para excluir causa primária. O resultado foi negativo, concluindo o diagnóstico de trombocitose reativa à AR.⁷

O caso apresentado enfatiza a importância do diagnóstico precoce da EORA, mesmo que em apresentações incomuns, como a trombocitose exacerbada descrita. Assim, pode-se atingir uma terapêutica mais eficiente e capaz de evitar a evolução da própria AR, o surgimento de complicações posteriores e possíveis iatrogenias provocadas por medidas sustentadas por um diagnóstico errôneo. Diante disso, é importante que os profissionais de saúde estejam alertas quanto à necessidade de incluir a AR dentre as possibilidades diagnósticas de uma trombocitose, mesmo que esta esteja acima do padrão esperado nessa patologia reumatológica.

REFERÊNCIAS

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (TelessaúdeRS). TeleCondutas. Artrite reumatoide. Rio Grande do Sul: UFRGS; 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_artrite_reumatoide.pdf
2. Botter LA, Oliveira GR, Suenaga E, Tanaka RM, Yonezaki RT, Germano MA, et al. Diagnóstico ultra-sonográfico diferencial entre as causas de dor na panturrilha. *Einstein*. 2008;6(11):229-33.
3. Demange MK. Cisto de Baker. *Rev Bras Ortop*. 2011;5(6):630-3. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-36162011000600002>
4. Horiuchi AC, Pereira LH, Kahlow BS, Silva MB, Skare TL. Artrite reumatoide do idoso e do jovem. *Rev Bras Reumatol*. 2015;57(5):49-4. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2015.06.002>
5. Schafer AI. Thrombocytosis. *N Engl J Med*. 2004;350(12):1211-9. doi: 10.1056/NEJMra035363
6. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Artrite reumatoide. Relatório de recomendação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2021 Mar 26]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_PCDT_Artrite_Reumatoide_CP21_2019.pdf
7. Liesveld J, Reagan P. Trombocitose reativa (trombocitemia secundária). Manual MSD. Versão para Profissionais da Saúde. 2017 [citado 2021 Mar 26]. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/hematologia-e-oncologia/disturbios-mieloproliferativos/trombocitose-reativa-trombocitemia-secundaria>