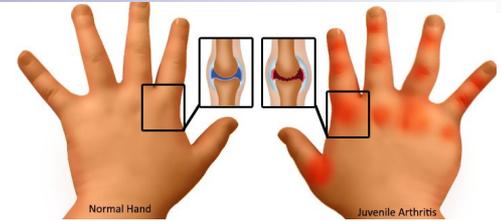


# Artrite reumatóide juvenil

Daniele Ho (N° USP:  
8540800)

# Artrite reumatóide juvenil



- >> Também conhecida como **Artrite Idiopática Juvenil** ou Artrite Crônica na Infância.
- >> Acomete crianças e adolescente. Os sintomas possuem duração mínima de 6 meses e surgem antes dos 16 anos.
- >> É uma doença inflamatória crônica que acomete as articulações e outros órgãos, como a pele, os olhos e o coração.
- >> Sintomas: Dor (pode ser pouco intensa), edema e aumento de temperatura de uma ou mais articulações, rigidez matinal.

# Epidemiologia



- É a doença reumática crônica mais frequente em crianças.
- No Brasil, a incidência e a prevalência da doença são desconhecidas.
- Mundo: As taxas de prevalência variam de 20 a 86/100.000 crianças por ano. As taxas de incidência divulgadas variam entre 0,83 e 22,6/100.000 crianças.
- Picos de incidência: um pico entre 1 e 3 anos e outro entre 8 e 10 anos

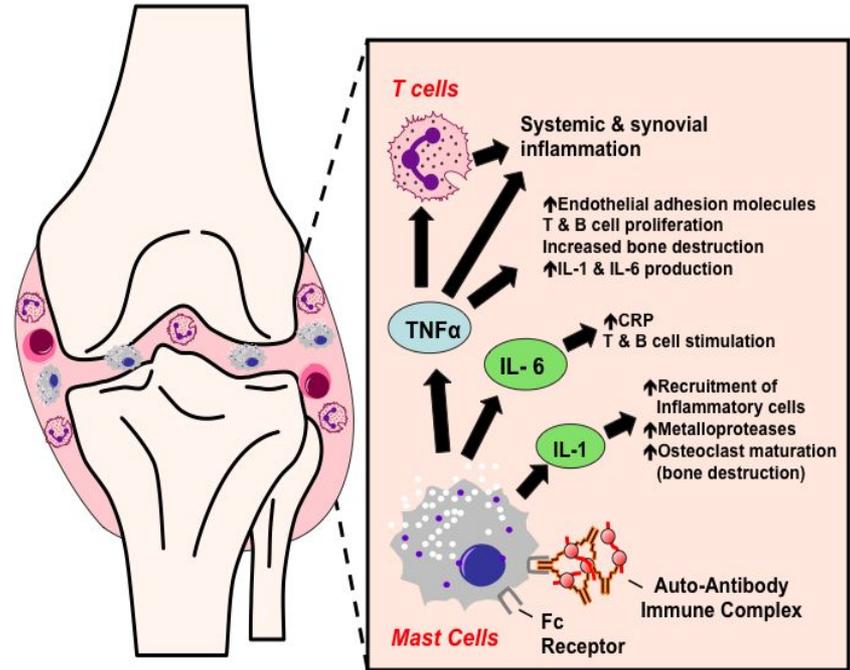
# Etiologia e Fisiopatologia

➤ Etiologia desconhecida. A resposta inflamatória é desencadeada em crianças geneticamente predispostas após estresse psicológico, alteração hormonal, trauma articular, infecção viral ou bacteriana.

O curso clínico da AIJ é altamente variável. Em muitos casos, a doença pode ser caracterizada por recidivas seguidas de intervalos de remissão. O prognóstico a longo prazo, geralmente, é bom.

# Etiologia e Fisiopatologia

- Líquido sinovial contém células T CD4+, elevados níveis de citocinas pró-inflamatórias (IL-1, IL-6 e TNF- $\alpha$ ). A atividade osteoclástica é exacerbada e contribui para a destruição da articulação.
- Presença de hipergamaglobulinemia, anticorpos antinucleares, fator reumatóide e imunocomplexos circulantes



# Diagnóstico

- A menor percepção dolorosa da criança retarda a procura por ajuda médica.
- A inexistência de marcadores laboratoriais específicos e a grande variabilidade de seu quadro clínico contribuem adicionalmente para a dificuldade de identificação precoce da doença.  
O diagnóstico é clínico e de exclusão. Muitas outras doenças podem causar artrite em crianças e adolescentes.
- O diagnóstico precoce e o tratamento adequado reduzem o impacto físico, emocional e social da AIJ.

# Classificação

## 1. Artrite Sistêmica:

Artrite em uma ou mais articulações acompanhada ou precedida por febre de duração mínima de duas semanas, e acompanhada por pelo menos uma das seguintes manifestações:

- exantema evanescente (não fixo); adenomegalia generalizada; hepato e/ou esplenomegalia;
- serosite.

## 2. Oligoartrite:

Artrite em uma a quatro articulações durante os 6 primeiros meses de doença.

## 3. Poliartrite fator reumatóide negativo:

Artrite em cinco ou mais articulações durante os 6 primeiros meses de doença; teste para fator reumatóide (FR) negativo

## 4. Poliartrite fator reumatóide positivo:

Artrite em cinco ou mais articulações durante os 6 primeiros meses de doença; dois ou mais testes para FR positivos, com intervalo de pelo menos 3 meses, durante os primeiros 6 meses de doença.

# Classificação

## **5. Artrite psoriásica:**

Artrite e psoríase, ou artrite e pelo menos dois dos seguintes critérios: dactilite; sulcos ou depressões ungueais (“nail pitting”) ou onicólise; ou psoríase em um parente de primeiro grau

## **6. Artrite relacionada à entesite:**

Crianças maiores, principalmente meninos, podem apresentar artrite em poucas articulações, e inflamação em enteses (pontos de inserção de tendão, ligamentos no osso), como no calcânhar, em torno da patela (joelho)

# Tratamento Farmacológico



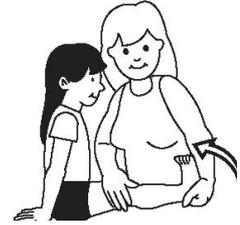
O tratamento é individualizado e depende do tipo de apresentação da doença (cada um possui um esquema terapêutico diferente).

<b>Classe</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Via de Adm.</b>	<b>Posologia</b>
<b>AINE</b>	Naproxeno	VO	Em crianças menores de 2 anos de idade, iniciar com 10 mg/kg/dia, dividido em duas administrações, até a dose máxima de 1.000mg/dia.
	Ibuprofeno	VO	Posologia varia conforme faixa etária

<b>Classe</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Via de Adm.</b>	<b>Posologia</b>
<b>Medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos (MMCD)</b>	Metotrexato	VO ou IM	A partir dos 2 anos de idade: iniciar com 10 mg/m <sup>2</sup> /semana. Deve-se utilizar a menor dose eficaz e associar a ácido fólico, por via oral, 5 a 10 mg/semana
	Hidroxicloroquina	VO	A partir dos 6 anos de idade: 6,5 mg/kg, 1 vez ao dia, com dose máxima diária de 400 mg.
	Sulfassalazina	VO	A partir dos 6 anos de idade: iniciar com 10 mg/kg/dia, divididos a cada 12 horas. Manutenção com 30 a 50 mg/kg/dia, divididos a cada 12 hs.
<b>Glicocorticoide</b>	Prednisona	VO	Iniciar com até 0,3 mg/kg/dia, divididos em duas a três administrações, e reduzir, gradativamente, conforme melhora sintomática
	Metilprednisolona (acetato)	Intra ou periarticular	0,5 a 1,0mg/kg/articulação.
	Metilprednisolona (succinato)	EV	1000mg/dia, administrados durante pelo menos 2 horas), por 3 dias consecutivos (pulsoterapia).

<b>Classe</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Via de Adm.</b>	<b>Posologia</b>
<b>Imunossupresores</b>	Azatioprina	VO	Iniciar com 1 mg/kg/dia, 1 a 2 x dia
	Ciclosporina	VO	A partir de 1 ano de idade: Iniciar com 2,5mg/kg/dia, divididos em duas doses diárias
<b>Medicamentos modificadores do curso da doença - biológicos antiTNF (MMCD-bio)</b>	Etanercepte 25 mg	SC	2 anos de idade: dose de 0,8 mg/kg, a cada semana.
	Infliximabe	EV	6 anos de idade: 3 mg/kg, nas semanas 0, 2, 6. Após, dose de manutenção de 3mg/kg a cada 2 meses.
	Tocilizumabe	EV ou SC	Esquema posológico varia em função da idade, do peso e da classificação (sistêmica ou poliarticular).
	Abatacepte	EV	Para crianças >6 anos. Dose varia com seu peso.

# Tratamento não Farmacológico



- O tratamento do paciente deve ser multidisciplinar, incluindo promoção da saúde, reabilitação, controle de comorbidades e imunizações.
- Educação em Saúde
- A fisioterapia é muito importante, desde as fases iniciais da doença.
- Aspecto emocional da criança: acompanhamento psicológico.
- Prática de esportes supervisionada: esportes com impacto, como o futebol e o vôlei, devem ser evitados nas fases iniciais do tratamento. A natação pode ser sempre estimulada

# Monitorização

- Acompanhamento regular com o médico.
- Revisões periódicas para a avaliação de eficácia e segurança do tratamento devem fazer parte do tratamento dos pacientes com AIJ.
- A Artrite Reumatóide é uma doença crônica e, em geral, seu tratamento é para a vida toda. Quando ocorre remissão sustentada da doença, ou seja, por mais de 6 a 12 meses, pode-se tentar a retirada gradual do MMCDbio ou do tofacitinibe, mantendo-se o uso de MMCDs. Caso haja piora de atividade de doença, deve-se reiniciar o esquema terapêutico anterior.

# Bibliografia

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA CONJUNTA Nº 16, DE 05 DE NOVEMBRO DE 2019- Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide. Brasília, 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/novembro/08/SITE-Portaria-Conjunta-PCDT-Artrite-Reumatoide.pdf> Acesso em: 04/11/2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Artrite Idiopática Juvenil- Cartilha para pacientes. 2011.

SOARES, ARS. Artrite Idiopática Juvenil: da etiologia ao tratamento. Tese de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa- Faculdade de Ciências da Saúde. Porto, 2015. Disponível em: [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5091/1/PPG\\_23508.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5091/1/PPG_23508.pdf) Acesso em: 04/11/2020.

VOLTARELLI, JC, *et al.* Artralgia e artrite. São Paulo: Atheneu. 2012. p.635- 647.