

# Artrite séptica e gota – a propósito de um caso clínico

S Serra<sup>1</sup>, P Monteiro<sup>2</sup>, A Vaz<sup>3</sup>, E Pires<sup>4</sup>, R Monteiro<sup>5</sup>,  
L Inês<sup>6</sup>, MJ Salvador<sup>6</sup>, J Bernardo<sup>7</sup>, A Malcata<sup>8</sup>

ACTA REUMATOL PORT. 2012;37:70-74

## RESUMO

Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino, de 54 anos de idade, internado por oligoartrite aguda, com atingimento dos ombros, tibiotársica (TT) e esterno-clavicular direitas, com uma semana de evolução. Apresentava-se apirético e referiu drenagem purulenta do coto de uma amputação traumática do polegar esquerdo, ocorrida uns dias antes. Antecedentes de artrite gotosa e etilismo moderado. Em termos analíticos tinha elevação dos marcadores de fase aguda, com neutrofilia marcada.

A artrocentese da TT direita identificou líquido purulento, cuja análise revelou presença de cristais de monourato de sódio e cultura positiva para *Staphylococcus aureus* meticilino-sensível, para o qual iniciou tratamento. Ao 5º dia de internamento desenvolveu abscesso cervical com extensão ao mediastino, com microbiologia semelhante. Foi submetido a cirurgia cardiorácica para drenagem do abscesso, constatando-se destruição das articulações esterno-clavicular e 1ª costochondral direitas.

Os autores salientam a ocorrência concomitante, embora rara, de artrite séptica e gota e discutem os mecanismos desta associação e algumas particularidades deste caso.

**Palavras-Chave:** Artrite séptica oligoarticular; Artrite gotosa; Líquido sinovial

## ABSTRACT

The authors describe a 54 year-old male patient, admitted after presenting in the emergency room with acute oligoarthritis affecting the shoulders and right tibiotarsal and sternoclavicular joints, with a week's duration. He was non-febrile and related a purulent discharge from the stump of a traumatic amputation of the left thumb, starting a few days prior to the presenting complaints. There was a previous history of gouty arthritis and moderate alcoholism. Lab work revealed an elevation of the acute phase markers, with marked neutrophilia.

Upon admittance, the patient underwent arthrocentesis, revealing a purulent discharge with sodium monourate crystals, which cultured positively for methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus*. Besides antibiotherapy, on Day 5 the patient presented with a cervical abscess with extension to mediastinum; the abscess was drained by a cardiothoracic surgeon, and the right sternoclavicular and first costochondral articulations were found to be destroyed.

The authors note that, although it is a rare occurrence septic arthritis can coexist with gout, while discussing the possible mechanisms of this association, as well as particular details of the clinical case presented.

**Keywords:** Oligoarticular septic arthritis; Gout; Synovial fluid

## INTRODUÇÃO

A artrite séptica é uma emergência médica relativamente rara, que pode provocar sequelas articulares importantes e ser potencialmente fatal. O *Staphylococcus aureus* é o agente etiológico mais frequentemente isolado. Em 15% dos casos é descrito um atingimento poliarticular. Embora rara, a coexistência entre artrite séptica e gota, tem sido descrita na literatura, sendo na maioria dos casos o envolvimento oligoarticular.

Os autores realçam neste caso a forma invulgar de

1. Interna do Internato Complementar de Reumatologia, Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra
2. Assistente Hospitalar de Reumatologia, Serviço de Reumatologia, Hospital de S. Teotónio de Viseu
3. Interna do Internato Complementar de Medicina Interna do Hospital de S. Teotónio de Viseu
4. Interna do Internato Complementar de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Infante D. Pedro, Aveiro
5. Interna do Internato Complementar de Medicina Interna, Serviço de Medicina Interna, Hospitais da Universidade de Coimbra
6. Assistente Hospitalar de Reumatologia, Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra
7. Chefe de Serviço, Serviço de Cirurgia Cardiorácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra
8. Chefe de Serviço, Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

apresentação clínica da artrite séptica, e a necessidade de, perante um quadro de artrite aguda, independentemente de ser mono ou poliarticular se proceder à artrocentese, para avaliação e confirmação diagnóstica, e iniciar tratamento o mais precocemente possível. A semelhança de apresentação clínica entre a artrite séptica e a gota e/ou a identificação de cristais no líquido articular, não deve excluir a hipótese de infecção articular concomitante.

## CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 54 anos, raça branca que, inicia de modo súbito, artralguas inflamatórias atingindo os ombros e, de modo aditivo, as articulações esterno-clavicular e tibiotársica direitas, quadro este com uma semana de evolução. Referiu um único pico de febre (38°C) no início do quadro clínico, e drenagem purulenta do coto de uma amputação traumática antiga do polegar esquerdo, ocorrida uns dias antes ao início das queixas. Negava outra sintomatologia sistémica, assim como contexto epidemiológico relevante. Antecedentes pessoais de gota mono/oligoarticular desde há 5 anos, medicada apenas sintomaticamente durante as crises, HTA e EAM (7 anos). Medicado em ambulatório com AAS 100 mg, 1id, captopril 25 mg, ½ + ½ id e Atenolol 50 mg, ½ + ½ id.

Feito o diagnóstico de tendinite dos ombros no Serviço de urgência, foi submetido a infiltrações com corticóide e medicado com Diclofenac 75 mg 2id, com melhoria significativa das queixas. Por posterior agra-

vamento, sobretudo da dor e incapacidade funcional da tibiotársica direita, foi internado no Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC).

Ao exame objectivo apresentava-se apirético, com bom estado geral, e com artrite dos ombros, esterno-clavicular e tibiotársica direitas (Figura 1), sem outras alterações relevantes.

O coto amputado do polegar esquerdo evidenciava uma ferida recente em cicatrização (Figura 2).

Os resultados analíticos revelaram uma leucocitose 29,8 G/L, com neutrofilia de 89%, velocidade de eritrossedimentação de 67 mm/h, PCR de 12,6 mg/dl, e elevação das provas hepáticas, < 2x o normal (alanina aminotransferase – 73 U/L, aspartato aminotransferase – 52 U/L) e uricémia de 8 mg/dl. Procedeu-se à artrocentese da TT direita, com aspiração de 2 cm<sup>3</sup> de líquido piossanguinolento muito espesso. A análise do líquido sinovial evidenciou cristais de ácido úrico e a cultura foi positiva para *Staphylococcus aureus* meticulo-sensível (SAMS). As hemoculturas indicaram bacteriémia pelo mesmo agente.

Iniciou antibioterapia com Vancomicina 1gr, 12/12h, e Naproxeno 500 mg, 2id.

Apesar da apirexia, bom estado geral e antibioterapia instituída, posteriormente surge uma massa cervical anterior (Figura 3), descrita pela TAC cervico-torácica como: «uma colecção heterogénea, multiloculada, sugestiva de abscesso, centrada na articulação entre a 1ª costela direita e o esterno, envolvendo também a esterno-clavicular direita, contactando em cima com



**FIGURA 1.** Artrite da tibiotársica direita



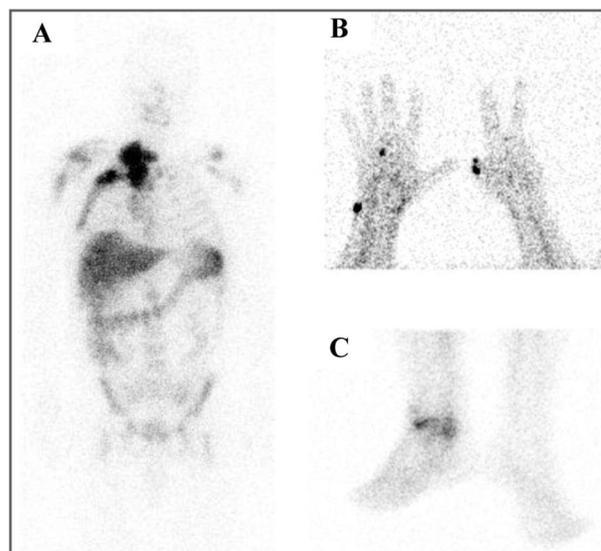
**FIGURA 2.** Sinais inflamatórios do coto amputado do polegar esquerdo



**FIGURA 3.** Massa cervical

o lobo direito da tiróide e em baixo com a aorta e veia cava superior, estendendo-se até ao mediastino anterior». (Figura 4)

Realizou ainda Cintigrama com leucócitos marcados, para melhor avaliação da extensão dos focos sépticos e este confirmou hiperfixação da TT direita, ombro direito, 1º dedo da mão esquerda e da massa cervical em causa, não havendo referência a outras localizações de hiperfixação (Figura 5). A punção aspirativa da massa cervical revelou microbiologia idêntica à en-



**FIGURA 5.** Hiperfixação anómala de leucócitos a nível cervical e torácico direitos, com extensão mediastínica, ombro direito (A), 1º dedo da mão esquerda (B) e TT direita (C)



**FIGURA 4.** Abcesso cervical com extensão ao mediastino superior

contrada nas culturas anteriores.

Foi submetido a drenagem cirúrgica do abcesso, apresentando destruição da articulação esterno-clavicular e sinais de osteíte com envolvimento do esterno e 1ª costela à direita. Manteve antibioterapia endovenosa durante as 3 semanas seguintes, apresentando boa evolução clínica e laboratorial, com hemoculturas subsequentes negativas e resolução imagiológica do abcesso. No entanto, inicia dor mecânica e impotência funcional marcadas, da TT direita. Realizou radiografia da articulação referida que revelou redução da interlinha articular da tibiotársica e sub-astragalina (Figura 6).

Manteve seguimento posterior na Consulta de Reumatologia, encontrando-se actualmente medicado com Alopurinol 300 mg, 1 id e profilaxia com Colchicina 1mg, 1id, mantendo valores de uricémia dentro da normalidade e sem evidência de novas crises de gota.



**FIGURA 6.** Sequelas artrósicas da TT e subastragalina direitas

## DISCUSSÃO

A Artrite séptica é uma emergência médica, associada a significativa morbimortalidade. O atraso diagnóstico ou o tratamento inadequado podem conduzir a destruição articular irreversível com conseqüente incapacidade funcional<sup>1</sup>.

A via de infecção mais comum é a hematogénica, sendo menos frequentes a invasão directa, osteomielite ou infecção de tecidos moles adjacentes, ou trauma local. Factores de risco para artrite séptica incluem: idade avançada, doença reumática preexistente, próteses articulares, bacteriémia recente, úlceras cutâneas, alcoolismo, abuso de drogas injectáveis ou estados de imunossupressão<sup>2</sup>.

Classicamente apresenta-se como uma artrite aguda febril, com sinais inflamatórios locais e marcada limitação do movimento, sendo o envolvimento monoarticular com predomínio de grandes articulações, o mais comum. Não existem marcadores clínicos/ laboratoriais específicos que permitam um diagnóstico definitivo e/ou a diferenciação face a outras artrites agudas como a artrite gotosa<sup>3</sup>.

O estudo do líquido sinovial é mandatório para o diagnóstico definitivo, com identificação do agente patogénico. Contagens celulares elevadas com predomínio de neutrófilos, apesar de sugestivos, não são específicos<sup>4,5</sup>.

O *Staphylococcus aureus* é o agente bacteriano mais frequentemente isolado, sendo encontrado em 2/3 dos casos. Outros agentes podem ser identificados, estando associados a presença de determinados factores de risco<sup>2,6</sup>.

Perante um grau de suspeição clínica elevado deve ser iniciada antibioterapia tão precoce quanto possível com objectivo de erradicação da infecção e destruição articular<sup>7</sup>.

A associação entre artrite séptica e artrite gotosa não é frequente, existindo no entanto, algumas séries publicadas, a maior com 30 casos. O mecanismo exacto desta ocorrência simultânea é desconhecido, assim como da sua relação temporal. Várias hipóteses foram sugeridas sobretudo para explicar a ocorrência de artrite gotosa em articulações infectadas, entre eles: a descida do pH local pelo afluxo de neutrófilos com produção de ácido láctico, favorecendo a precipitação dos cristais de ácido úrico, a digestão articular da cartilagem pelas enzimas lizossómicas com libertação intra-articular de cristais de urato ou ainda, a potenciação do efeito inflamatório dos cristais de urato pelas endotoxinas e pelo aumento da temperatura local.

Contudo, também é possível que uma crise gotosa preceda uma infecção, sugerindo-se para tal que, a sinovial inflamada permita um acesso mais fácil de bactérias circulantes para o interior do espaço articular<sup>8,9,10</sup>.

A importância desta associação baseia-se no facto de ambas as formas de artrite poderem ter apresentações semelhantes, constituindo diagnóstico diferencial entre si. A identificação de cristais no líquido articular não exclui a presença de artrite séptica concomitante.

No presente caso clínico, as manifestações clínicas e laboratoriais referidas eram passíveis de ocorrer em ambas as situações, não permitindo afirmar ou excluir um dos diagnósticos. A presença de cristais positiva confirmou o diagnóstico de gota, e o exame directo do líquido foi positivo, confirmado posteriormente pela identificação de *S. aureus*.

A porta de entrada para esta artrite séptica foi uma bacteriémia com provável ponto de partida numa infecção de tecidos moles à distância, num coto de um dedo amputado traumáticamente. A bacteriémia, associada à fragilidade da barreira vascular provocada pelas articulações inflamadas pela gota, poderá ter favorecido este envolvimento poliarticular, que é raro numa situação de artrite séptica isolada. No entanto, pode a crise de gota ter sido desencadeada pela artrite séptica, sendo favorecida pelos mecanismos já acima expostos, ou ainda, terem ocorrido em simultâneo.

Os casos descritos de coexistência de artrite séptica e artrite gotosa, são na maioria poliarticulares, concordante com este caso.

Destaca-se ainda a raridade do envolvimento da articulação esterno-clavicular. É uma situação incomum (0,5 a 1%), mais frequente em toxicodependentes de drogas endovenosas, imunodeprimidos, diabéticos, situações de fractura da clavícula ou cateterização da veia subclávia, o que não se verificava no doente apresentado. Tal como neste caso, a bacteriémia está quase sempre presente e os principais riscos associados a esta situação são abscesso local com mediastinite e a trombose da veia subclávia, sendo a realização de TAC mandatória para detecção da destruição articular e sua extensão<sup>11,12</sup>.

No presente caso clínico foi identificado um abscesso com extensão para o mediastino superior, com necessidade de drenagem cirúrgica e ressecção de peças ósseas.

O presente caso ilustra bem a gravidade da artrite séptica. É uma emergência médica que, caso não reconhecida e tratada rapidamente, pode provocar destruição articular em poucos dias e ameaçar a própria vida do doente.

#### **CORRESPONDÊNCIA PARA**

Sara Serra  
Serviço de Reumatologia  
Hospitais da Universidade de Coimbra  
Praceta Mota Pinto  
3000 Coimbra  
Email: saramserra@hotmail.com

#### **REFERÊNCIAS**

1. Yang S, Ramachandran P, Hardick A et al. Rapid PCR-Based Diagnosis of Septic Arthritis by Early Gram-Type Classification and Pathogen Identification. *J Clin Microbiol* 2008; 46: 1386-1390.
2. Marsh RH, Brown DFM, Nadel ES. Case Presentations of the Harvard Emergency Medicine Residency – Septic Arthritis. *The Journal of Emergency Medicine* 2006; 31: 417-420.
3. Visser S, Tupper J. Septic until proven otherwise – Approach to and treatment of the septic joint in adult patients. *Emergency Files – Canadian Family Physician*.
4. Smith JW, Chalupa P, Hasan MS. Infectious arthritis: clinical features, laboratory findings and treatment. *Clin Microbiol Infect* 2006; 12: 309-314.
5. Mathews CJ, Kingsley G, Field M et al. Management of septic arthritis: a systematic review. *Ann Rheum Dis* 2007; 66: 440-445. DOI: 10.1136/ard.2006.058909.
6. Vestra MD, Rettore C, Sartore P et al. Acute septic arthritis: remember gonorrhoea. *Rheumatol Int* 2008; 29: 81-85.
7. Kherani RB, Shojania K. Case-based review – Septic arthritis in patients with pre-existing inflammatory arthritis.
8. Hamilton ME, Parris TM, Gibson RS, Davis JS. Simultaneous Gout and Pyarthrosis. *Arch Intern Med* 1981;140: 917-919.
9. Baer PA, Tenenbaum J, Fam AG, Little H. Coexistent Septic and Crystal Arthritis. *J Rheumatol* 1986; 13: 604-607.
10. O'Connell PG, Milburn BM, Nashel DJ. Coexistent gout and septic arthritis: a report of two cases and literature review. *Clinical and Experimental Rheumatology* 1985; 3: 265-267.
11. El Ibrahimy A, Daoudi A, Boujraf S, Elmrini A, Boutayeb F. Sternoclavicular septic arthritis in a previously healthy patient: a case report and review of the literature. *International Journal of Infectious Diseases* 2009; 13: 119-121.
12. Mikroulis DA, Verettas DA, Xarchas KC, Lawal LA, Kazakos KJ, Bougioukas GJ. Sternoclavicular joint septic arthritis and mediastinitis. A case report and review of the literature. *Arch Orthop Trauma Surg* 2008; 128: 185-187.

---

## **XVI CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA**

**Algarve, Portugal  
1 a 5 Maio 2012**