

Artrite Reativa após infecção por *Giardia lamblia*: um relato de caso

Reactive arthritis after Giardia lamblia infection: a case report

Mariana Bruno Rodrigues¹, Cecília Pereira Silva¹, Melissa Gershon¹, Gabriela dos Santos Souza¹

Palavras-chave:

Giardia lamblia,
Artrite Reativa,
Giardíase,
Artrite,
Criança.

Resumo

A *Giardia sp.* é um dos parasitas intestinais mais comuns dos seres humanos e, durante os primeiros dois anos de vida, constitui a principal causa de infecções parasitárias intestinais. Além de sintomas entéricos, essa parasitose pode ser gatilho para manifestações extraintestinais, sintomas oftalmológicos, dermatológicos, do aparelho urinário e musculoesqueléticos. Pode-se incluir artrite, que, associada a um quadro pós-enteropático ou geniturinário, podem caracterizar uma Artrite Reativa. Contudo, ressalta-se que relatos de uma associação com artrite pós-infecciosa são relativamente escassos, acreditando-se que a artropatia secundária à giardíase pode estar sendo subdiagnosticada. O objetivo do presente trabalho é relatar um caso sobre sinovite associada à infecção por *Giardia sp.* Trata-se de uma lactente, de dezoito meses de idade, com quadro de sinovite de quadril aguda à direita, tratada com anti-inflamatório não hormonal por cinco dias, com melhora dos sintomas. Entretanto, após 29 dias, apresentou quadro semelhante na articulação contralateral, tratada novamente com anti-inflamatório não hormonal. Ao exame parasitológico, apresentava positividade para *Giardia lamblia*, que foi tratada após o diagnóstico, com desaparecimento dos sintomas em cinco dias, mantendo-se assintomática até o momento. É necessário incluir a giardíase no raciocínio etiológico de artrite reativa, principalmente, frente a um quadro recorrente, visto que a clínica dessa doença é inespecífica e sua prevalência, alta em crianças pequenas de países em desenvolvimento.

Keywords:

Giardia lamblia,
Arthritis,
Reactive,
Giardiasis,
Arthritis,
Child.

Abstract

Giardia sp. is one of the most common intestinal parasites in humans; during the first two years of life it is the main cause of intestinal parasitic infections. In addition to enteric symptoms, this parasitosis can be a trigger to extra-intestinal manifestations such as ophthalmic, dermatological, urinary tract and musculoskeletal symptoms. It is possible to include arthritis, which, associated to a post-enteropathic or genitourinary symptoms may characterize a Reactive Arthritis (ReA). Nevertheless, it stands out that an association with post-infectious arthritis is relatively scarce, and it's believed that the secondary arthropathy to giardiasis can be sub diagnosed. The main goal of the present article is to report a case of synovitis associated to *Giardia sp.* We describe an, eighteen month old, with an acute right hip synovitis, treated with non-hormonal anti-inflammatory medication for five days, with improvement of symptoms. However, after 29 days, the child had similar presentation in the contra lateral joint, being treated again with non-hormonal anti-inflammatory medication. The parasitological examination was positive for *Giardia Lamblia*. After treatment, the symptoms resolved with the child remaining asymptomatic. It is necessary to include *Giardia sp.* on the etiological reasoning towards Reactive Arthritis, especially in cases of recurrence since the presentation of this disease is non-specific and prevalence is high in young children from developing countries.

¹ Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA, Curso de Medicina - Volta Redonda - Rio de Janeiro - Brasil.

Endereço para correspondência:

Mariana Bruno Rodrigues.
Centro Universitário de Volta Redonda. Av. Dauro Peixoto Aragão, nº 1325, Três Poços,
Volta Redonda - RJ. Brasil. CEP: 27240-560. E-mail: marianabrunor@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A *Giardia sp.* é um dos parasitas intestinais mais comuns dos seres humanos e constitui a principal causa de infecções parasitárias intestinais nos primeiros dois anos de vida¹. A giardíase afeta quase 2% dos adultos e 8% das crianças em países desenvolvidos. Além disso, estimativas demonstram que quase 33% da população nos países em desenvolvimento já foram infectados pelo parasita². No Brasil, sua prevalência varia de 12,4% a 50%, dependendo do estudo, da região e da faixa etária analisada, predominando em crianças entre zero e seis anos³. No estado do Rio de Janeiro, um estudo feito pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) realizou exame parasitológico em 89 crianças menores de quatro anos frequentadoras de uma creche em uma comunidade; a infecção por giárdia foi detectada em quase 50% dos casos⁴.

Uma característica marcante da giardíase é o espectro de sintomas clínicos que ocorrem em indivíduos infectados [5], podendo variar desde sua forma assintomática à apresentação com diarreia crônica ou grave e distúrbios crônicos pós-infecção, que tipicamente incluem, além de diarreia aquosa, náusea, dor epigástrica e perda de peso⁶. Essa parasitose também pode causar manifestações extraintestinais. Uma coorte, realizada em 2016, afirmou que 33,8% dos pacientes relataram pelo menos um sintoma extraintestinal, incluindo sintomas oftalmológicos, dermatológicos, do aparelho urinário ou musculoesqueléticos. Ademais, pode-se incluir a artrite, que, associada a um quadro pós-enteropático ou geniturinário, pode ser chamada de Artrite Reativa (ReA)⁷.

A artrite reativa é a artrite inflamatória que se manifesta após vários dias, ou até semanas, de uma infecção gastrointestinal ou geniturinária. Os critérios maiores para seu diagnóstico são: presença de oligo ou monoartrite assimétricas, envolvendo extremidades inferiores e com sintomas de enterite ou uretrite precedendo o início da artrite em um intervalo de tempo de 3 dias a 6 semanas⁸.

Diversos organismos têm sido relatados como etiologia para a artrite reativa, sendo a maioria dos casos associados com infecções por *Chlamydia trachomatis*, *Shigella*, *Salmonella*, *Yersinia* e *Campylobacter*⁹. A infecção por *Giardia lamblia*, embora seja responsável por uma proporção significativa de infecções entéricas em todo o mundo, tem poucos relatos sobre associação com artrite pós-infecciosa¹⁰.

Acredita-se que a artropatia secundária à giardíase, apesar de parecer incomum, pode estar sendo subdiagnosticada. Diante disso, o objetivo do presente trabalho é relatar um caso sobre sinovite associada à infecção por *Giardia sp.*, a fim de contribuir para maiores pesquisas a respeito do tema, bem como auxiliar no diagnóstico precoce e no tratamento da doença.

2 RELATO DE CASO

Lactente, dezoito meses, sexo feminino. Compareceu ao ambulatório de Pediatria com a mãe, apresentando

claudicação e dor em articulação coxofemoral direita há três dias. A responsável negou episódios de febre ou sintomas respiratórios associados. Na história patológica pregressa, não houve relatos de diarreia, dor abdominal ou internações prévias. Ao questionar sobre a história social, a família afirmou residir em casa com saneamento básico e ingerir água de mina diariamente. Frutas e verduras eram higienizadas com água e vinagre. Ninguém do núcleo familiar manifestou sintomas gastrointestinais semelhantes ao caso relatado. Ao exame físico, a paciente apresentava-se em bom estado geral, afebril e sem sinais flogísticos, como calor, rubor ou edema, mas permanecia em posição antálgica no repouso, demonstrava dor à deambulação e à rotação externa da articulação referida.

Encaminhada ao ortopedista pediátrico para investigação, foi diagnosticado clinicamente quadro de sinovite transitória de quadril à direita e prescreveu-se Ibuprofeno por cinco dias, cujo uso resultou em desaparecimento dos sintomas. Não foram colhidos exames laboratoriais.

Vinte e nove dias depois, a paciente apresentou sintomas semelhantes na articulação contralateral. Em vista disso, solicitou-se Ultrassonografia da região acometida, que evidenciou espessamento e abaulamento da cápsula ileofemoral, distante cerca de 0,4 cm do colo femoral, com musculatura adjacente sem alteração. Em reavaliação com ortopedista pediátrico, diagnosticou-se sinovite transitória de quadril à esquerda e prescreveu-se, novamente, Ibuprofeno por cinco dias, também ocasionando a melhora dos sintomas. Na ocasião, foram solicitados eletrocardiograma, ecocardiograma, hemograma completo, velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR), mucoproteína, antiestreptolisina O (ASO), anticorpo antinuclear (ANA), fator reumatoide e ferritina, todos com resultados normais. O antígeno HLA-B27 foi ausente. A única alteração foi encontrada no exame parasitológico, positivo para *Giardia lamblia* nas três amostras examinadas. Em vista disso, prescreveu-se Benzoilmetronidazol.

Concomitantemente ao início do tratamento medicamentoso, a família passou a ingerir água filtrada e a higienizar verduras e frutas com hipoclorito de sódio. O resultado do exame parasitológico tornou-se negativo para *Giardia lamblia* e, treze meses após, a criança mantém-se assintomática.

3 DISCUSSÃO

A primeira associação entre Giardíase e artralgia foi descrita em 1977, por Goobar¹¹. Desde então, alguns relatos de caso e série de casos vêm demonstrando essa associação, sendo crianças pequenas, viajantes e indivíduos imunocomprometidos grupos de alto risco¹². No relato, o lactente apresentou sinovite de quadril bilateral como única manifestação clínica de giardíase, com o desaparecimento dos sintomas após o tratamento do quadro articular e da giardíase, enfatizando a importância de considerar o diagnóstico etiológico frente a um quadro articular.

3.1 SINTOMATOLOGIA

A giardíase foi associada a um aumento de 51% dos casos de artrite ou dor nas articulações⁷, principalmente as de extremidade inferior, como joelho e tornozelo¹⁰. Outras articulações também podem ser acometidas, como quadril, punho, ombro e cotovelo^{11,13}. No caso descrito, a articulação acometida foi a de quadril - inicialmente à direita e, posteriormente, à esquerda.

Os sintomas intestinais podem ou não estar associados ao caso e, geralmente, é aceito o intervalo máximo entre a infecção anterior e a artrite de 4 semanas¹⁰. Esse período, no caso apresentado, não pode ser definido precisamente, visto que a giardíase só foi diagnosticada após a artrite e não houve sintomas intestinais.

3.2 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico etiológico de ReA deve ser baseado em uma história detalhada, o que leva tempo e pode ser dispendioso¹⁴. A maior parte dos gatilhos estudados em literatura são virais e cursam com sintomatologia específica, o que facilita o diagnóstico de alguns casos, mas distancia a hipótese de precedentes parasitários de outros¹⁵. Em vista disso, deve-se incluir a giardíase no raciocínio etiológico dos diagnósticos diferenciais da artrite reativa, uma vez que a clínica dessa doença é inespecífica e sua prevalência é alta em crianças pequenas de países em desenvolvimento⁵.

O teste diagnóstico para giardíase consiste na demonstração de cistos e trofozoítos da *Giardia lamblia* nas fezes¹⁰, conforme realizado. Contudo, existe um empecilho nesse teste, pois há alta porcentagem de falsos negativos na pesquisa direta de trofozoítos ou cistos. Com isso, é relevante recorrer a outros métodos diagnósticos que podem não estar acessíveis, como a imunoseparação magnética acoplada à imunofluorescência (IMS-IFA) ou o teste de ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*, em inglês) que possuem maior eficácia comparada ao parasitológico de fezes³. Como foi encontrado o protozoário no exame parasitológico de fezes, não foi necessário recorrer a outros procedimentos diagnósticos no caso.

A respeito do diagnóstico de artrite reativa, a dosagem de VHS e PCR, em sua maioria, são normais, além da negatividade de ANA e fator reumatoide^{13,14,16}. A prevalência de HLA-B27 na artrite reativa é estimada em 30% a 50% e essa frequência aumenta para 60-80% em pacientes mais gravemente afetados⁸. Ele pode ser medido, pois se correlaciona com a gravidade da doença, mas não é diagnóstico. O antígeno HLA-B27 foi ausente no caso relatado.

Além disso, vale ressaltar que a artrocentese diagnóstica é, por vezes, necessária para excluir casos de artrite séptica¹⁵, mas que não foi indicada no caso, visto que a lactente não apresentava febre, nem sinais flogísticos nas articulações acometidas.

3.3 TRATAMENTO E PROFILAXIA

Define-se que, frente a uma artrite reativa refratária ao uso de anti-inflamatório não hormonal, deve-se pesquisar

giardíase para confirmação de manifestação extraintestinal devido à sua grande recorrência e, assim, o tratamento antimicrobiano levará à recuperação e à isenção de sequelas⁵. A terapia a ser oferecida pode incluir o Secnidazol, Tinidazol ou Metronidazol. Alguns trabalhos apontaram que o Albenzadól oferece efetividade análoga à do Metronidazol, além de menos efeitos colaterais e posologias mais simplificadas. No entanto, ainda são necessários mais estudos para essa definição³.

No mais, ressalta-se que a ingestão de água contaminada e alimentos não cozidos são as principais fontes de transmissão da *Giardia lamblia* e que uma boa higiene das mãos também é necessária para prevenir sua transmissão¹².

4 CONCLUSÃO

Apesar de a *Giardia lamblia* ser um dos parasitas intestinais mais comuns nos seres humanos, com alta prevalência em crianças pequenas de países em desenvolvimento, a variedade de sintomas extraintestinais que podem decorrer dessa infecção, como a artrite reativa, muitas vezes é desconhecida. Em vista disso, faz-se necessária a inclusão da giardíase no raciocínio etiológico da artrite reativa, principalmente quando frente a um quadro recorrente. Ressalta-se também a importância da adoção de medidas de higiene individuais e de medidas sanitárias coletivas, uma vez que a infecção por giardíase é facilitada pelo consumo de água contaminada e de alimentos mal lavados ou não cozidos.

REFERÊNCIAS

1. Rogawski ET, Bartelt LA, Platts-Mills JA, Seidman JC, Samie A, Havt A, et al. Determinants and Impact of Giardia Infection in the First 2 Years of Life in the MAL-ED Birth Cohort. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*. 2017;6(2):153–60.
2. Dunn N, Juergens AL. Giardiasis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [citado 22 de dezembro de 2020]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513239/>.
3. Santana LA, Vitorino RR, Antonio VE, Moreira TR, Gomes AP. Atualidades sobre giardíase. 2014;102(1):4.
4. Fantinatti M, Bello AR, Fernandes O, Cruz AM. Identification of Giardia lamblia Assemblage E in Humans Points to a New Anthroponotic Cycle. *J Infect Dis*. 2016;214(8):1256–9.
5. Marie CM, Halliez A, Buret G. Extra-intestinal and long term consequences of Giardia duodenalis infections. *World Journal of Gastroenterology*. 2013;19(47):8974–85.
6. Einarsson E, Ma'ayeh S, Svärd SG. An up-date on Giardia and giardiasis. *Current Opinion in Microbiology*. 2016;34:47–52.
7. Painter JE, Collier SA, Gargano JW. Association between Giardia and arthritis or joint pain in a large health insurance cohort: could it be reactive arthritis? *Epidemiology & Infection*. 2017;145(3):471–7.
8. Cheeti A, Chakraborty RK, Ramphul K. Reactive Arthritis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [citado 8 de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499831/>.
9. Carlson DW, Finger DR. Beaver Fever Arthritis. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*. 2004;10(2):86–88.
10. Hill Gaston JS, Lillicrap MS. Arthritis associated with enteric infection. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2003;17(2):219–39.

11. Goobar JP. Joint symptoms in giardiasis. *Lancet*. 1977;1010–1.
12. Krol A. *Giardia lamblia* as a rare cause of reactive arthritis. *Ugeskr Laeg*. 2013;175(49A):V05130347.
13. Meza-Ortiz F. Giardiasis-Associated Arthralgia in Children. *Archives of Medical Research*. 2001;32(3):248–50.
14. Borman P, Seçkin U, Ozoran K. Beaver fever - a rare cause of reactive arthritis. *J Rheumatol*. 2001;28(3):683.
15. Weiss PF, Colbert RA. Reactive and Post infectious Arthritis. In: Robert Kliegman R, St. Geme J. (eds). *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21.ed. Philadelphia: Elsevier; 2019. p.1272-3.
16. Arman MI. Arthritis in lamblasis intestinalis (giardiasis) in the adult. *Z Rheumatol*. 1991;50(4):216–8.