

# ARTRITE GONOCÓCICA, UM DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DAS ARTRITES NO PRONTO ATENDIMENTO: RELATO DE CASO

Rodrigo Mendes de Freitas<sup>2</sup>; Virna Borém Valle Pereira<sup>2</sup>; Victor da Silva Coelho<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Preceptor de Clínica Médica pelo Complexo Hospitalar de Barbacena - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (CHB/FHEMIG)

<sup>2</sup> Residentes de Clínica Médica pelo Complexo Hospitalar de Barbacena - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (CHB/FHEMIG)

**INTRODUÇÃO:** A artrite gonocócica ou infecção gonocócica disseminada (IGD) ocorre pela propagação hematogênica do *Neisseria gonorrhoeae*, tendo como porta de entrada uma infecção sexualmente transmissível (IST). A tríade clínica típica é poliartrite, tenossinovite e lesões cutâneas. Ela pode evoluir em duas fases: a bacteriêmica, quando há quadro articular, febre e dermatite, com resolução espontânea entre 48 e 72 horas, e a fase de artrite supurativa, uma monoartrite de grandes articulações. Deve-se atentar aos diagnósticos diferenciais como artrite reativa, artrite reumatoide e infecções virais, além das causas de monoartrite, como a artrite séptica por outros germes ou induzida por cristais. **OBJETIVO:** Apresentar a propeidética à Artrite Gonocócica, dentre os diagnósticos diferenciais para monoartrites. **DELINEAMENTO E MÉTODOS:** Relatar o caso de artrite gonocócica ocorrida no Complexo Hospitalar de Barbacena. As informações foram obtidas por avaliação de prontuário, análise de exames laboratoriais e revisão bibliográfica. **RESULTADOS:** Paciente, 21 anos, feminino, admitida no Pronto Atendimento (PA), com quadro de poliartralgia aditiva e migratória de forte intensidade, iniciada há 4 dias. Inicialmente em ombros, com migração para o punho esquerdo, dorso do pé, mãos, tornozelos e joelho direito, com evidente derrame articular. Ademais, surgimento de lesões violáceas bolhosas em mãos. Relata episódio de faringite três dias antes do início da artralgia. História prévia de lesão vaginal em 2020, feito tratamento. Iniciado Cetoprofeno e Prednisona em doses baixas, sem melhora significativa após 48 horas de terapia. À punção do líquido sinovial do joelho direito, foi visto 68.700 leucócitos, 2850 hemácias, 79% segmentados (padrão de artrite séptica), não sendo identificado germes na análise do líquido, associado à culturas negativas. Foi iniciado Ceftriaxone e Azitromicina com melhora dramática no segundo dia, sendo reduzido apenas a Prednisona. Complementada investigação com ecocardiograma, de resultado normal, hemoculturas negativas e hemograma com leucocitose e desvio à esquerda. Não foi realizada pesquisa de secreção endocervical e sorologias para gonorreia e clamídia. À alta, ausência de dor e algias. **CONCLUSÃO:** A IGD é a causa mais comum de artrite séptica aguda em jovens sexualmente ativos. O diagnóstico embasa-se em contexto clínico e pode ser confirmado através de cultura do líquido sinovial ou análise citológica. O tratamento preconizado de primeira linha é Ceftriaxona e Azitromicina, com melhora clínica em 24 a 48 horas.

**PALAVRAS CHAVES:** artrite gonocócica; artrite séptica; *Neisseria gonorrhoeae*.

## BIBLIOGRAFIA:

Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2a edição. Disponível em: <[https://sbr-reader.manoleeducacao.com.br/epub\\_2ed/9786555763379.epub\\_FILES/OEBPS/Text/chapter068.xhtml](https://sbr-reader.manoleeducacao.com.br/epub_2ed/9786555763379.epub_FILES/OEBPS/Text/chapter068.xhtml)>.