



www.printo.it/pediatric-rheumatology/PT/intro

Artrite de Lyme

Versão de 2016

1. O QUE É ARTRITE DE LYME

1.1 O que é?

A artrite de Lyme é uma das doenças causadas pela bactéria *Borrelia burgdorferi* (borreliose de Lyme) que é transmitida pela picada de carraças, incluindo *Ixodes ricinus*.

Apesar da pele, do sistema nervoso central, do coração, dos olhos e de outros órgãos poderem ser alvo de infeção por *Borrelia burgdorferi*, na maioria dos casos a doença de Lyme atinge exclusivamente as articulações. No entanto, pode existir história de envolvimento cutâneo sob a forma de eritema migrans, uma mancha vermelha que vai aumentando no local da picada da carraça.

Em raras ocasiões, os casos de doença de Lyme não tratados podem progredir para envolvimento do sistema nervoso central.

1.2 É uma doença comum?

Apenas uma minoria das crianças com artrite tem doença de Lyme. No entanto, a artrite de Lyme é provavelmente a artrite que ocorre mais frequentemente após infeção bacteriana em crianças e adolescentes na Europa. Raramente surge antes dos 4 anos de idade e, como tal, é essencialmente uma doença das crianças em idade escolar.

Ocorre em todas as áreas da Europa mas é prevalente na Europa Central e no Sul da Escandinávia em redor do mar Báltico. Embora a transmissão dependa da picada de carraças infetadas, as quais estão ativas entre abril e outubro (dependendo da temperatura e humidade ambiental), a artrite de Lyme pode surgir em qualquer altura do ano devido ao período longo e variável que decorre entre a picada da

carraça causadora da infecção e o aparecimento do inchaço nas articulações.

1.3 Quais são as causas da doença?

A causa da doença é a bactéria *Borrelia burgdorferi*, que é transmitida através da picada de carraças *Ixodes ricinus*. A maioria das carraças não está infetada e, como tal, a maioria das picadas de carraça não causa infecção e a maioria das infeções, se manifestadas como eritema migrans, não progredem para fases posteriores da doença incluindo artrite.

Isto é o que acontece, especialmente se as fases iniciais, incluindo eritema migrans, tiverem sido tratadas com antibióticos. Assim, embora a borreliose de Lyme, sob a forma de eritema migrans, possa ocorrer em até 1 em cada 1.000 crianças por ano, a ocorrência de artrite de Lyme, uma manifestação tardia da doença, é um evento raro.

1.4 É hereditária?

A artrite de Lyme é uma doença infecciosa e não é hereditária. Embora a artrite de Lyme resistente ao tratamento com antibióticos tenha sido associada a determinados marcadores genéticos, os mecanismos exatos desta predisposição não são conhecidos.

1.5 Porque razão o meu filho(a) tem esta doença? O seu aparecimento pode ser prevenido?

Nas regiões da Europa onde existem carraças, é difícil impedir que as crianças apanhem uma carraça. No entanto, na maioria das vezes, o organismo causador (*Borrelia burgdorferi*) não é transmitido imediatamente após a picada da carraça, mas apenas entre várias horas até um dia mais tarde, quando a bactéria tiver atingido as glândulas salivares da carraça e for excretada através da saliva para o hospedeiro (ou seja, o corpo humano). As carraças fixam-se aos seus hospedeiros durante 3 a 5 dias, alimentando-se do sangue do hospedeiro. Se, durante o verão, as crianças forem observadas todas as noites para ver se existem carraças e, caso existam, forem removidas imediatamente, é muito improvável ocorrer transmissão da *Borrelia burgdorferi*. O tratamento preventivo com antibióticos após uma picada

de carraça não está recomendado.

No entanto, quando ocorre a manifestação precoce de eritema migrans, a criança deve ser tratada com antibióticos. Este tratamento irá parar a proliferação da bactéria e prevenir o desenvolvimento de artrite de Lyme. Nos EUA, foi desenvolvida uma vacina contra uma única estirpe de *Borrelia burgdorferi*, mas foi retirada do mercado por razões económicas. Esta vacina não é útil na Europa devido à variação de estirpes.

É contagiosa?

Embora seja uma doença infecciosa, não é contagiosa (ou seja, não pode ser transmitida de uma pessoa para outra), uma vez que a bactéria tem de ser transportada pelas carraças.

1.7 Quais são os principais sintomas?

Os principais sintomas da artrite de Lyme são inchaço das articulações com líquido e limitação dos movimentos da articulação afetada. O enorme inchaço é muitas vezes acompanhado por pouca ou nenhuma dor nas articulações. A articulação afetada mais frequentemente é o joelho, embora outras articulações grandes e até mesmo articulações pequenas possam ser afetadas. É raro o joelho não estar envolvido: 2/3 dos casos apresentam monoartrite do joelho. Mais de 95% dos casos tem uma evolução oligoarticular (4 ou menos articulações), observando-se frequentemente que, após algum tempo, permanece apenas uma articulação do joelho como a única articulação ainda inflamada. A artrite de Lyme ocorre como uma artrite episódica em 2/3 dos casos (ou seja, a artrite desaparece por si só após vários dias ou algumas semanas e, após um período de tempo sem qualquer sintoma, a artrite retorna nas mesmas articulações).

Geralmente, a frequência e duração dos episódios de inflamação nas articulações diminui com o tempo, mas, em alguns casos, a inflamação pode aumentar e a artrite pode, em última instância tornar-se crónica. Existem também casos raros de artrite de longa duração desde o início (duração da artrite durante 3 meses ou mais).

1.8 A doença é igual em todas as crianças?

Não, a doença pode ser aguda (ou seja, existe um único episódio de artrite), episódica ou crónica. A artrite parece ser mais aguda nas crianças mais jovens e mais crónica nos adolescentes.

1.9 A doença nas crianças é diferente da doença nos adultos?

A doença é semelhante nas crianças e nos adultos. No entanto, as crianças podem ter uma maior frequência de artrite do que os adultos. Em contraste, quanto mais nova for a criança mais rápida é a evolução e melhor a probabilidade de sucesso do tratamento com antibióticos.

2. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

2.1 Como é diagnosticada?

Sempre que aparece uma nova artrite sem causa conhecida, a artrite de Lyme deve ser considerada no diagnóstico diferencial. A suspeita clínica é confirmada por testes laboratoriais, incluindo análises sanguíneas e, em alguns casos, testes no líquido sinovial (líquido de articulações inchadas).

No sangue, os anticorpos contra *Borrelia burgdorferi* são detetados através de um teste chamado imunoensaio enzimático. Se o imunoensaio enzimático detetar anticorpos IgM contra *Borrelia burgdorferi*, deve ser realizado um teste confirmatório chamado Immunoblot ou Western blot.

Se existir artrite de causa desconhecida e o imunoensaio enzimático detetar anticorpos IgM contra *Borrelia burgdorferi* e confirmado por Western blot, o diagnóstico é de artrite de Lyme. O diagnóstico pode ser confirmado pela análise do líquido sinovial, no qual o gene da bactéria *Borrelia burgdorferi* pode ser detetado utilizando uma técnica chamada reação em cadeia da polimerase. No entanto, este teste laboratorial é menos fiável do que a medição de anticorpos serológicos. Em particular, o teste pode não conseguir indentificar infeção quando esta existe e pode indicar infeção quando não existe. A artrite de Lyme deve ser diagnosticada pelo pediatra ou num hospital pediátrico. No entanto, se o tratamento com antibióticos falhar, um especialista em reumatologia pediátrica deve ser envolvido na gestão posterior da doença.

2.2 Qual a importância dos testes?

Além das serologias, são geralmente realizadas análises bioquímicas, parâmetros inflamatórios e hemograma. Além disso, podem ser consideradas e testadas outras causas infecciosas da artrite utilizando exames laboratoriais adequados.

Assim que a artrite de Lyme tiver sido confirmada pelos exames laboratoriais, incluindo imunoensaio enzimático e immunoblot, não é útil repetir estes testes uma vez que não indicam a resposta ao tratamento com antibióticos. Pelo contrário, os testes podem permanecer positivos durante anos, apesar do sucesso do tratamento.

2.3 Há tratamento/cura para a doença?

Uma vez que a artrite de Lyme é uma doença bacteriana infecciosa, o tratamento consiste na administração de antibióticos. Mais de 80% dos doentes com artrite de Lyme ficam curados após um ou dois cursos de tratamento com antibióticos. Nos restantes 10-20%, o tratamento continuado com antibióticos geralmente não cura a doença, sendo necessário tratamento anti-reumático.

2.4 Quais são os tratamentos?

A artrite de Lyme pode ser tratada com antibióticos por via oral durante 4 semanas ou com antibióticos por via intravenosa durante pelo menos 2 semanas. Se o cumprimento do tratamento com amoxicilina ou doxiciclina for problemático (apenas deverá ser administrado a crianças com mais de 8 anos de idade), poderá ser mais vantajoso recorrer ao tratamento intravenoso com ceftriaxona (ou com cefotaxima).

2.5 Quais são os principais efeitos secundários da terapêutica medicamentosa?

Podem ocorrer efeitos secundários com a administração de antibióticos orais, incluindo diarreia ou reações alérgicas. No entanto, a maioria dos efeitos secundários são raros e ligeiros.

2.6 Quanto tempo deve o tratamento durar?

Após conclusão do tratamento com antibióticos e se ainda existir artrite, é recomendável esperar 6 semanas antes de concluir que o tratamento pode não ter curado a doença.

Caso não tenha curado a doença, pode ser administrado outro tratamento com antibióticos. Se ainda existe artrite 6 semanas após a conclusão do segundo tratamento com antibióticos, deve ser iniciado o tratamento com medicamentos anti-reumáticos. Geralmente, são prescritos medicamentos anti-inflamatórios e injetados corticoides nas articulações afetadas, a maioria das vezes na articulação do joelho.

2.7 Que tipo de check-ups periódicos são necessários?

O único check-up útil é o exame das articulações. Quanto maior for o período de tempo desde o desaparecimento da artrite, menor a probabilidade de uma recaída.

2.8 Quanto tempo durará a doença?

Mais de 80% dos casos cura após um ou dois tratamentos com antibióticos. Nos casos restantes, a artrite irá desaparecer ao longo de meses a anos. Eventualmente, a doença irá parar totalmente.

2.9 Qual é a evolução a longo prazo (prognóstico) da doença?

Na maioria dos casos, a doença desaparecerá após o tratamento com antibióticos sem deixar qualquer sequela. Existem casos nos quais ocorreram lesões articulares definitivas, incluindo amplitude de movimento limitada e osteoartrite prematura.

2.10 É possível recuperar totalmente?

Sim. Mais de 95% dos casos irá recuperar totalmente.

3. VIDA QUOTIDIANA

3.1 De que forma pode a doença afetar o dia a dia da criança e da sua família?

Devido à dor e à limitação dos movimentos, a criança pode ter

dificuldade nas atividades desportivas, por exemplo, não ser capaz de correr tão rápido como antes. Na maioria dos doentes, a doença é ligeira e a maioria dos problemas são menores e transitórios.

3.2 E a escola?

Poderá ser necessário interromper a participação nos desportos escolares durante um período limitado de tempo. O aluno poderá ser capaz de decidir por si próprio em que atividades gostaria de participar.

3.3 E em relação à prática de desportos?

A criança/adolescente deverá decidir por si próprio em relação a este assunto. Se a criança participar num programa regular planeado num clube desportivo, poderá ser vantajoso diminuir as exigências deste programa ou adaptar os requisitos aos desejos do doente.

3.4 E em relação à alimentação?

A alimentação deverá ser equilibrada e conter as quantidades adequadas de proteínas, cálcio e vitaminas para uma criança em crescimento. As alterações alimentares não afetam o evolução da doença.

3.5 O clima pode influenciar a evolução da doença?

Apesar de as carraças necessitarem de um ambiente quente e húmido, assim que a infeção tiver atingido as articulações, a evolução da doença não é influenciada pelas variações ambientais.

3.6 A criança pode ser vacinada?

Não existem restrições em relação à vacinação. A eficácia da vacinação não é afetada pela doença nem pelo tratamento com antibióticos, e não são expectáveis efeitos secundários adicionais devido à presença da doença ou do tratamento. Não existe atualmente nenhuma vacina contra a borreliose de Lyme.

3.7 E em relação à vida sexual, à gravidez e à contraceção?

Não existem restrições quanto à atividade sexual ou gravidez devidas à doença.