www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 164, 2026 | DOI: 10.69849/b77v8y34

Monoartrite aguda na prática médica: revisão de literatura

Acute monoarthritis in medical practice: a literature review

Rafael Ferreira Batista
Aline Elen Martins Canavez
Dayane Raquel Araripe Romão Figueiredo
Fernanda Facincani Medeiros Bezerra
Jeane Oliveira Machado Castro
Lourival de Jesus Cunha Neto

RESUMO

Pois bem, veremos que a presença de processo inflamatório monoarticular, com a existência de edema, dor, hiperemia e aumento de temperatura local afetado, é diagnóstico de monoartrite. Assim, o diagnóstico etiológico das monoartrites agudas deve considerar a presença e a magnitude da inflamação articular, a velocidade de instalação dos sintomas, os fatores de risco epidemiológicos e demográficos do paciente e se existe ou não acometimento sistêmico. Por sua vez, devemos salientar, que os principais diagnósticos diferenciais são artrite séptica e artrite gotosa. Na artrite séptica do adulto o joelho é envolvido em cerca de 50% dos casos. Já em crianças, a articulação mais frequentemente atingida são os quadris. A artrite gonocócica pode se manifestar de duas formas distintas: a primeira na tríade de tenossinovite, dermatite e poliartralgia sem artrite purulenta; já a segunda a artrite purulenta sem lesões cutâneas. A artrite gotosa aguda classicamente cursa com artrite noturna monoarticular da primeira articulação metatarsofalangeana extremamente dolorosa com duração de 5 a 7 dias, mas com maior intensidade da dor nas primeiras 12 horas. Frisa-se, que o diagnóstico etiológico das monoartrites é realizado pela análise do líquido sinovial obtido por artrocentese. Assim, a cultura positiva indica artrite séptica e presença de cristais indica artrite por gota. A antibioticoterapia na artrite séptica é direcionada ao agente, sendo os mais frequentes o *Staphylococcus aureus* e a *Neisseria gonorrhoeae*. Cita-se, que a drenagem articular é indicada em pacientes com artrite séptica significativa. Os anti-inflamatórios não esteroidais e os glicocorticoides são o tratamento de escolha para artrite gotosa atualmente.(Brandão Neto, et al., 2024, p.1649/1.660).
Palavras chave: Monoartrite aguda, inflamação sinovial, infecção sinovial, artrocentese na monoartrite.

ABSTRACT

The presence of a monoarticular inflammatory process—characterized by edema, pain, hyperemia, and increased local temperature—is diagnostic of monoarthritis. The etiological diagnosis of acute monoarthritis must take into account the presence and severity of joint inflammation, the rate of symptom onset, the patient's epidemiological and demographic risk factors, and whether there is systemic involvement. It should be noted that the primary differential diagnoses are septic arthritis and gouty arthritis. In adults with septic arthritis, the knee is affected in approximately 50% of cases, whereas in children, the hip is the most frequently involved joint. Gonococcal arthritis can manifest in two distinct ways: either as a triad of tenosynovitis, dermatitis, and polyarthralgia (without purulent arthritis), or as purulent arthritis (without cutaneous lesions). Acute gouty arthritis typically presents as an extremely painful, nocturnal, monoarticular episode affecting the first metatarsophalangeal joint; it lasts 5 to 7 days, with pain intensity peaking within the first 12 hours. The etiological diagnosis of monoarthritis is established through the analysis of synovial fluid obtained via arthrocentesis: a positive culture indicates septic arthritis, while the presence of crystals indicates gout. Antibiotic therapy for septic arthritis is targeted at the specific causative agent—most commonly *Staphylococcus aureus* or *Neisseria gonorrhoeae*. Joint drainage is indicated for patients with significant septic arthritis. Currently, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and glucocorticoids are the treatments of choice for gouty arthritis. Keywords: Acute monoarthritis, synovial inflammation, synovial infection, arthrocentesis in monoarthritis.

INTRODUÇÃO

A Monoartrite Aguda (MA) é considerada uma emergência reumatológica definida como a inflamação de uma única articulação, com acometimento da sinóvia, membrana interna das articulações entre ossos longos, cursando com dor intensa articular, eritema, edema por aumento de líquido sinovial, calor e limitação de movimento, durante um período de até 6 semanas (BUSTAMANTE et al., 2019). As principais afecções que podem cursar com MA são a artrite traumática, que é a principal causa de dor e edema em articulações em pacientes no pronto socorro, a doença por deposição de cristais, principalmente gota e pseudogota, e a artrite séptica (ELLIS, 2019).

Podendo ainda ser definida como a presença de processo inflamatório articular com edema, dor, hiperemia e aumento de temperatura local é diagnóstico de artrite, que pode ser poliarticular, oligoarticular ou monoarticular.

As artrites poliarticulares geralmente fazem parte da apresentação clínica de doenças infecciosas ou autoimunes e serão discutidas de acordo com a abordagem específica de cada doença.

> **"As monoartrites agudas são particularmente importantes, pois são causadas por etiologias que acarretam morbidade importante e necessitam de intervenção rápida. As monoartrites podem ou não estar associadas a infecções. As monoartrites infecciosas podem ser causadas por infecção bacteriana em casos agudos, e por organismos atípicos, como micobactérias, fungos ou espiroquetas (doença de Lyme) em casos crônicos. As monoartrites**

> **não infecciosas podem ser causadas por depósitos de cristais ou por doenças autoimunes. Artrites por depósitos de cristais geralmente se apresentam de forma aguda e com sintoma localizado, enquanto doenças autoimunes geralmente têm acometimento sistêmico. Algumas monoartrites são de etiologia não inflamatória e podem ser causadas por osteoartrose ou por trauma. A artrite séptica é a principal causa de monoartrite aguda no departamento de emergência (DE) e representa a infecção de uma articulação, geralmente causada por bactérias, mas que eventualmente pode ser causada por fungos ou micobactérias. A artrite séptica bacteriana é a forma mais rapidamente destrutiva de doença articular".(Brandão Neto, et al., 2024, p.1648).Negrito nosso.**

A gota, outra monoartrite aguda comum no DE, é definida como artrite inflamatória pela deposição de cristais de monourato de sódio devido ao aumento dos níveis de ácido úrico nas articulações, nos tecidos periarticulares, no tecido subcutâneo e nos rins.
Artrites virais raramente causam monoartrites e apresentam geralmente acometimento poliarticular e pouca inflamação.

> **"A prevalência e a incidência da artrite séptica variam conforme a população estudada. A incidência varia entre 2 e 10 casos a cada 100.000 pacientes ao ano, sendo muito maior em populações específicas, como em pacientes com artrite reumatoide, que tem incidência de 30 a 70 casos a cada 100.000 pacientes ao ano. Estudos que avaliaram pacientes com artralgia de início agudo encontraram artrite séptica em 8 a 27% dos casos. Em cerca de 55 a 75% dos casos ocorre como infecção por disseminação bacteriana hematogênica para articulação nativa; já 10 a 15% dos casos ocorrem por inoculação direta ou por infecção de próteses. *S. aureus* é o responsável por cerca de 40 a 60% dos casos, mas séries recentes encontram níveis similares de infecção por *N. gonorrhoeae"*.(Brandão Neto, et al., 2024, p.1648).Negrito nosso.**

ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

A maioria dos casos de artrite séptica ocorre por disseminação hematogênica, mesmo sem bacteremia documentada previamente. Outras vias de infecção são por inoculação direta ou por extensão de outras infecções. Bactérias podem se localizar próximas à periferia das articulações e fatores como trauma facilitam a penetração na articulação, ocasionando um processo inflamatório.

> **"Como a membrana sinovial tem uma defesa esparsa, as bactérias rapidamente atingem o líquido sinovial. Algumas bactérias possuem características que facilitam infecção, por exemplo, os fatores de adesão do *S. aureus*.Os principais fatores predisponentes de artrite séptica são dano articular prévio e presença de prótese articular. Outros fatores incluem idade acima de 80 anos, *diabetes mellitus*, infecção cutânea recente, uso de drogas endovenosas, alcoolismo, úlcera cutânea e uso de corticoide intraarticular". (Brandão Neto, et al., 2024, p.1649).Negrito nosso.**

> **"A infecção gonocócica localizada apresenta alguns fatores predisponentes e o principal deles é o sexo feminino, que tem risco três vezes maior de infecção em relação aos homens. Outros fatores de risco incluem gestação ou pós-parto imediato, práticas sexuais sem proteção, esplenectomia, lúpus eritematoso sistêmico (LES) e deficiências congênitas ou adquiridas do complemento, incluindo C5, C6, C7 e C8. Fatores microbianos como cepas com proteína A de baixo peso molecular e resistência aumentada à ação**

> **bactericida das defesas humanas facilitam a disseminação da infecção gonocócica. Apenas 25% dos pacientes com infecção disseminada apresentam sintomas genitais". (Brandão Neto, et al., 2024, p.1649).Negrito nosso.**

Cerca de 90% dos casos de gota se devem à hiperuricemia decorrente da hipoexcreção renal; os 10% restantes são devidos ao aumento da síntese de ácido úrico (defeitos enzimáticos, alto *turnover* e dieta rica em purinas). A hiperuricemia é uma condição necessária para o desenvolvimento da artrite gotosa, mas a maioria dos pacientes hiperuricêmicos nunca desenvolve gota. Diferenças individuais na formação de cristais e na resposta inflamatória a esses cristais parecem ter um papel importante no desenvolvimento da artrite gotosa.

ACHADOS CLÍNICOS e DIAGNÓSTICOS

O diagnóstico de MA inicia-se a partir do exame físico e da análise dos elementos da história do paciente, como revisão de sistemas, trauma recente, história familiar de gota, aspectos nutricionais, idade, uso de álcool, ocorrência de doença articular anterior, história sexual e histórico de viagens (BECKER; DAILY; POHLGEERS, 2016).

Artrite séptica

Diante do fato de a MA advir de causas inflamatórias (infecções e a induzida por cristais) e causas não inflamatórias (traumas), o quadro clínico apresentar-se-á de forma distinta. Em casos de inflamação, têm-se a presença de sinovite (inflamação aguda da membrana que reveste as articulações sinoviais), em que o paciente poderá apresentar dor intensa sobre a articulação, adjunta de edema, calor, hiperemia e limitação de movimento, podendo permanecer até 6 semanas (BUSTAMANTE, J. et al., 2019).

O envolvimento é geralmente monoarticular, com aparecimento súbito de edema significativo, aumento de temperatura, dor e restrição a mobilização ativa e passiva.

> **"Em 10 a 20% dos casos de artrite séptica, a apresentação é poliarticular. Esses casos são normalmente associados a outras doenças articulares como a artrite reumatoide. No adulto, o joelho é envolvido em ao menos metade dos casos. O idoso pode apresentar artrite séptica em ombro, que pode ser interpretada erroneamente como tendinite. Em usuários de drogas injetáveis a artrite de articulações axiais não é rara". (Brandão Neto, et al., 2024, p.1649).Negrito nosso.**

A maioria dos pacientes apresenta febre, geralmente baixa, e pode apresentar calafrios, que são mais frequentes em pacientes com hemocultura positiva.

Artrites bacterianas na infância

S. aureus é o agente mais comum na criança hospitalizada, enquanto os estreptococos são mais frequentes nas infecções domiciliares. O *H. influenzae* em particular é encontrado na população entre 6 e 24 meses de idade.

> **“A apresentação clínica é similar à dos adultos, mas apresentam com mais frequência artrite no quadril. Em qualquer criança com febre e dor em região de membro inferior deve ser aventada a possibilidade de artrite de quadril. Clinicamente a criança se recusa a mover a coxa em rotação externa e abdução e pode ter dor referida em região de coxa e joelho”. (Brandão Neto, et al., 2024, p.1649).Negrito nosso.**

Artrite gonocócica

A artrite séptica gonocócica é associada à infecção disseminada por *N. gonorrhoeae* e se apresenta como duas formas principais:

> **“Tríade de tenossinovite, dermatite e poliartralgias, sem artrite purulenta. Artrite purulenta sem lesões cutâneas. Em alguns pacientes é difícil a diferenciação entre as duas formas. Apenas uma minoria dos pacientes apresenta concomitância de manifestações genitais ou de faringe associadas a infecção disseminada. Os sintomas articulares se desenvolvem de um dia a várias semanas (média de 10 a 20 dias) após o contato sexual. A poliartralgia ou poliartrite é aditiva e migratória, sendo os joelhos, tornozelos, punhos e cotovelos as articulações mais acometidas. A tenossinovite ocorre em dois terços dos pacientes e é mais comum em dorso da mão, punhos, tornozelos e joelhos. Em geral, acomete múltiplos tendões, e é um achado raro em outras artrites e, portanto, específico para o diagnóstico de artrite gonocócica. A sinovite purulenta ocorre em 25 a 50% dos pacientes. Os joelhos, tornozelos, pulsos e cotovelos são as articulações mais frequentemente atingidas e poliartrite é comum”. (Brandão Neto, et al., 2024, p.1649).Negrito nosso.**

A dermatite é frequentemente maculopapular ou vesicular, mas também podem aparecer pústulas e bolhas hemorrágicas, eritema multiforme e vasculite. As lesões cutâneas são mais frequentes em extremidades e tronco, normalmente assimétricas, requerem inspeção cuidadosa e podem aparecer após o início da antibioticoterapia. O número de lesões é pequeno, variando entre 2 e 10 (raramente ultrapassam 40) e costumam poupar a face.

> **“Febre é relatada principalmente em pacientes com a forma da doença com tenossinovite e poliartralgia, sendo rara nos pacientes com artrite purulenta. Os pacientes com artrite gonocócica costumam apresentar melhora significativa após 24 a 48 horas do início da antibioticoterapia, dado que aumenta a probabilidade de a artrite ser causada por *N. gonorrhoeae”*. (Brandão Neto, et al., 2024, p.1649/1651).Negrito nosso.**

Outras complicações associadas à artrite gonocócica são meningite, endocardite e miocardite, que são raras, mas potencialmente fatais.
A artrite meningocócica é similar à gonocócica e 20 a 40% dos pacientes com meningococcemia têm sintomas articulares. A artrite pode ser estéril ou séptica, acelular ou purulenta.

Artrite gotosa

> **“A artrite gotosa aguda é classicamente descrita como crise de artrite noturna monoarticular da primeira metatarsofalangeana (podagra) extremamente dolorosa com duração de 5 a 7 dias, mas com maior intensidade da dor nas primeiras 12 horas. A presença de calor, edema e eritema na articulação é frequente e, por vezes, a hiperemia articular pode ser confundida com quadro de celulite. Sintomas sistêmicos como febre, calafrios e mal-estar são descritos em alguns pacientes. Cerca de 80% dos casos têm envolvimento monoarticular e em membros inferiores. Os sinais inflamatórios podem se estender além da articulação, simulando um processo de dactilite ou celulite. A artrite gotosa poliarticular aguda ocorre em menos de 20% dos casos, mas esse envolvimento é frequente em ataques recorrentes e é mais comum em pacientes com doenças mieloproliferativas em terapia hipouricemiante”. (Brandão Neto, et al., 2024, p.1649).Negrito nosso.**

Após o ataque inicial de artrite monoarticular, com a evolução da doença, as articulações tarsometatársicas, tornozelos, joelhos, punhos, dedos e cotovelos são acometidos nessa ordem de frequência, respectivamente.

EXAMES COMPLEMENTARES

Importante mencionar, que em pacientes vítimas de trauma, a radiografia é útil para descartar possível luxação ou fratura, além de evidenciar sinais de osteoartrite, como esclerose subcondral, redução do espaço articular e osteófitos. Em caso de derrame articular e presença de sinais inflamatórios, como calor e eritema, é necessária a realização da artrocentese, a fim de excluir causas infecciosas e/ou inflamatórias, como artrite séptica e gotosa. A análise do líquido sinovial deve incluir contagem e diferencial de células, contagem de leucócitos, culturas, Gram e avaliação de cristais. Níveis superiores a 50.000 leucócitos/mm³ no líquido com predomínio de polimorfonucleares é o achado mais útil para diagnóstico de artrite séptica. Além disso, a presença de cristais de urato monossódico é altamente indicativa de gota, porém sua ausência não descarga tal etiologia (BECKER et al., 2016).

> **“A avaliação do líquido sinovial é o principal exame complementar em pacientes com monoartrites agudas. Nas monoartrites agudas, o líquido sinovial apresenta de 50.000 a 150.000 células/mm3, a maioria delas neutrófilos. Quanto maior a contagem celular e de neutrófilos, maior é a chance de o paciente apresentar artrite séptica. A punção do líquido sinovial ou artrocentese é um procedimento simples. Após posicionamento e anestesia local, a punção é realizada com agulha 18G em articulações maiores como de joelho ou 20G a 22G em articulações menores como as de mãos. Localizado o local de punção, a agulha entra aspirando. A Figura 3 demonstra o local da punção em joelho.” (Brandão Neto, et al., 2024, p.1649).Negrito nosso.**

> **“Entre os exames que podem ser realizados no líquido sinovial estão a citologia e a bacterioscopia com coloração de Gram, que consegue identificar microrganismos em 30-50% dos pacientes com artrite séptica. Exames adicionais do líquido sinovial como glicose e DHL são de pouca utilidade. Em pacientes com artrite séptica gonocócica, o número de leucócitos na sinóvia na maioria dos casos está entre 30.000-70.000 céls/mm3, mas casos com menos de 10.000 céls/mm3 são descritos. Os pacientes com tenossinovite e dermatite usualmente apresentam número de leucócitos menor.” (Brandão Neto, et al., 2024, p.1649).Negrito nosso.**

A cultura do líquido sinovial é positiva na maioria dos pacientes com artrite séptica, mas se não existe a suspeita de artrite bacteriana, a realização de cultura de líquido sinovial não é considerada um exame custo-eficaz.

Cerca de 50 a 75% dos pacientes com bacterioscopia positiva para um agente Gram-positivo apresentam cultura positiva, em geral por estafilococos. Já quando o bacterioscópico identifica um agente Gram-negativo, a positividade da cultura é de cerca de 50%.

> **“A avaliação radiográfica dos pacientes com monoartrite também é útil. O achado radiológico mais precoce é a presença de derrame articular com deslocamento de partes moles; o exame radiológico ainda tem importância para descartar osteomielite associada. Encurtamento e erosão do espaço articular costumam aparecer com 7 a 14 dias de história, enquanto osteoporose periarticular já pode ser vista na primeira semana. A presença de gás na articulação sugere infecção por *E. coli* ou por agentes anaeróbios. Em pacientes com difícil avaliação da articulação, a realização de tomografia, cintilografia com radionucleídeos ou ressonância nuclear magnética pode auxiliar na detecção de efusões e inflamação de articulações. A ultrassonografia articular também pode demonstrar espessamento articular e auxiliar na obtenção do líquido sinovial.Os pacientes podem apresentar leucocitose periférica. Os marcadores inflamatórios como a proteína C-reativa e o VHS estão quase sempre aumentados. O aumento de transaminases hepáticas pode estar presente na artrite gonocócica, principalmente se peri-hepatite associada, também denominada de síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, mas o achado é inespecífico. A hemocultura é positiva em cerca de 50% dos pacientes e recomenda-se a coleta de 2 pares de hemocultura rotineiramente. Os pacientes com suspeita de artrite gonocócica devem realizar culturas de sinóvia, pele, uretra e cérvice no meio de Thayer-Martin, que é um meio com ágarchocolate adicionado de antibióticos; quando realizada a avaliação de todos esses sítios a positividade da cultura se aproxima de 50%”.(Brandão Neto, et al., 2024, p.1651).Negrito nosso.**

A biópsia da lesão de pele na suspeita de artrite por gonococo revela inflamação perivascular, com infiltrados neutrofílicos intraepidérmicos e microtrombos, mas raramente a *Neisseria* é recuperada nesses sítios.

> **“Hemograma pode demonstrar leucocitose na artrite gotosa. A dosagem do ácido úrico pode estar alterada, mas é de pouca utilidade no departamento de emergência para diagnóstico de artrite gotosa. O diagnóstico definitivo de artrite gotosa é realizado com a artrocentese. O líquido sinovial tem aspecto turvo, com viscosidade reduzida, acima de 2.000 células com predomínio de polimorfonucleares. O diagnóstico diferencial principal é com artrite séptica, porém a cultura e o Gram são negativos. A definição diagnóstica é feita com a presença de cristais em forma de agulha com birrefringência negativa à luz polarizada.Em pacientes com artrite gotosa geralmente não ocorrem alterações radiográficas em fases iniciais. Raramente na fase aguda pode ocorrer edema de partes moles nas articulações afetadas. (Brandão Neto, et al., 2024, p.1652)”.Negrito nosso.**

Quando a doença se torna crônica, podem-se evidenciar erosões ósseas marginais denominadas lesões em saca-bocado, cistos com margem esclerótica (imagem em concha) com espaço articular e densidade óssea preservados. Tardiamente, pode-se observar estreitamento articular, osteófitos, anquilose e osteopenia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial inclui todas as causas de edema articular, como as hemartroses, que ocorrem após trauma ou espontaneamente em pacientes com hemofilia. Edema inflamatório articular pode ocorrer na artrite séptica, artrite gotosa, pseudogota, artrites virais, artrite reativa e na doença de Lyme. A maior dificuldade nesses pacientes é a diferenciação entre os quadros de artrite séptica e artrite gotosa;

TRATAMENTO

Varias são as formas, como quando há suspeita de artrite séptica, no qual é considerável iniciar o uso de antibióticos empíricos, pois o atraso em dar início a antibioticoterapia, pode desencadear a perda óssea subcondral, além da disfunção definitiva da articulação (JONATHAN et al., 2016). Apesar disso, a preferência do antibiótico deve levar em consideração a gravidade do estado clínico, faixa etária, comorbidades, grupo de risco e a coloração de Gram.

Artrite séptica

A antibioticoterapia deve ser iniciada assim que colhido material para cultura e, se possível, seleciona-se o antibiótico pelo resultado da coloração de Gram.

> **“A escolha usual é por cobertura para Gram-positivos como *S. aureus* com oxacilina 2 g a cada 4 horas. Em pacientes diabéticos, etilistas, usuários de drogas injetáveis, cirróticos, com neoplasia ativa ou HIV positivos, deve-se cobrir também agentes Gram-negativos com ceftriaxone 1 g EV a cada 12 horas, cefotaxime 2 g a cada 8 horas, ceftazidima 1 a 2 g a cada 8 horas ou ciprofloxacina 400 mg EV a cada 12 horas. A antibioticoterapia é prolongada com duração de até 6 semanas, embora possa ser realizada terapia oral após 2 semanas de antibioticoterapia endovenosa. As quinolonas são efetivas para atingir concentração bactericida nas articulações e, portanto, são uma boa opção alternativa nesses casos. Na suspeita de infecção por estafilococos meticilino-resistentes, uma opção é a vancomicina, assim como a linezolida ou daptomicina”. (Brandão Neto, et al., 2024, p.1654/1656).Negrito nosso.**

Em algumas situações, cursos mais curtos de antibióticos de 1 ou 2 semanas podem ser tentados, dependendo da suscetibilidade do agente em antibiograma, com a duração da terapia dependente da resposta clínica.

Critérios diagnósticos para artrite gotosa

Critérios maiores:
Presença de cristais de urato no líquido sinovial durante crise aguda de artrite, Presença de tofos.

Critérios menores:
Inflamação articular súbita, Mais de uma crise de artrite aguda, Acometimento monoarticular, Rubor local, Acometimento de primeira articulação

metatarsofalangeana unilateral, Suspeita da presença de tofos, Hiperuricemia, Edema articular simétrico na radiografia, Cistos subcondrais sem erosões vistos na radiografia, Cultura de líquido sinovial negativa na vigência de crise, A presença de um critério maior ou seis critérios menores confirma o diagnóstico de artrite gotosa.

> **“No caso de suspeita de artrite gonocócica, o tratamento deve ser feito com ceftriaxone em dose de 1 g EV ou IM diária ou a cada 12 horas por 7 a 10 dias. A dose de 1 g diária é recomendada pelo Center of Diseases Control norte-americano; após 3 dias de tratamento muitos pacientes estão assintomáticos. Outras opções antibióticas incluem azitromicina 1 g oral dose única e doxiciclina 100 mg a cada 12 horas por 7 dias. A forma poliarticular da artrite gonocócica é mais facilmente tratável, mas a forma purulenta requer 7 a 14 dias de tratamento antibiótico”. (Brandão Neto, et al., 2024, p.1652/1656).Negrito nosso.**

Todos os pacientes têm indicação de analgesia, em geral com anti-inflamatórios não esteroidais e analgésicos comuns.

A drenagem articular é realizada na maioria dos casos de forma percutânea, e muitas vezes a repetição do procedimento é necessária. Os pacientes devem ser avaliados quanto à resposta com avaliação do líquido sinovial e, em caso de má resposta, a drenagem cirúrgica é uma opção.

Nos seguintes casos há indicação de drenagem cirúrgica (aberta ou por artroscopia):

> **“Articulações anatomicamente difíceis de serem drenadas (p. ex., quadril, ombro, esternoclaviculares). Osteomielite vertebral com compressão medular. Impossibilidade de se aspirar o líquido sinovial por agulha (aspiração seca). Próteses articulares. Osteomielite associada com indicação de drenagem cirúrgica. Artrite associada a corpo estranho. Demora no início do tratamento (> 7 dias)”. (Brandão Neto, et al., 2024, p.1652/1656).Negrito nosso.**

A antibioticoterapia em diferentes circunstâncias e relacionada a diferentes agentes.
Antibioticoterapia na artrite séptica

Cocos Gram positivos (grandes) isolados ou em pequenos grupos:

> **“Oxacilina 2 g EV 4/4 h, Vancomicina 1 g EV 12/12 h se suspeita de resistência a meticilina. Considerar vancomicina em pacientes ou em locais de alta prevalência para cepas resistentes à meticilina. Cocos Gram negativos: Ceftriaxona 1-2 g EV 24 h, Imipenem 0,5 g EV 6/6 h, Habitualmente, espécies de *Neisseria* Bacilos Gramnegativos Cefotaxima 2 g EV 6/6 h Imipenem 0,5 g EV 6/6 h”. (Brandão Neto, et al., 2024, p.1652/1.656).Negrito nosso.**

O teste de suscetibilidade antibiótica é obrigatório; as fluoroquinolonas podem ser úteis, Ceftriaxona 2 g EV 24 h, Oxacilina 2 g EV 4/4 h, Vancomicina se suspeita de cepas resistentes à meticilina. Provável doença gonocócica, porém a terapia inicial também deve tratar infecção por cocos Gram-positivos

Artrite gotosa

Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) são os agentes de escolha para o tratamento desses pacientes. Podem ser utilizados AINEs tradicionais ou seletivos

para a Cox2, e não existe um AINE de escolha, como demonstrado em um estudo comparando a indometacina com o etoricoxib.

> **“O uso de AINE diminui o tempo de crises, mas se sabe que mesmo sem terapia os sintomas da artrite gotosa remitem. A corticoterapia oral (prednisona 20-40 mg/dia), intra-articular (triancinolona 20-40 mg), intramuscular (betametasona ou triancinolona) ou intravenosa (dexametasona 4-6 mg) pode ser utilizada, principalmente naqueles casos em que o uso de AINE é contraindicado e apresenta efeitos terapêuticos similares. O uso da corticoterapia ocorre principalmente nos pacientes com artrite gotosa com envolvimento de uma ou duas articulações e com edema importante. A corticoterapia pode ainda ser realizada por via parenteral como metilprednisolona 20 mg duas vezes ao dia ou intra-articular (triancinolona 40 mg em grandes articulações, 30 mg em articulações médias e 10 mg em pequenas articulações). Alguns estudos sugerem que os glicocorticoides podem ser mais rápidos que os AINEs para controle de dor nestes pacientes. Uma abordagem recomendando que o paciente sempre tenha comprimidos de anti-inflamatórios disponíveis para uso no início de uma crise rapidamente tem sido recomendada”. (Brandão Neto, et al., 2024, p.1652/1656).Negrito nosso.**

Tratamento das artrites sépticas: antibióticos recomendados conforme os possíveis agentes envolvidos e doses utilizadas

Antibiótico de escolha:

> ***“Neisseria gonorrhoeae,*** **Ceftriaxone Ciprofloxacino ou doxiciclina.** ***Staphylococcus aureus,*** **Oxacilina, Clindamicina, cefazolina, cefadroxila.** ***Staphylococcus aureus*** **(resistente à meticilina), Vancomicina Linezolida, daptomicina e teicoplanina.** ***Streptococcus pyogenes*** **ou** ***S. pneumoniae,*** **Penicilina cristalina ou ceftriaxone, Clindamicina, cefazolina, vancomicina.** ***Enterococcus,*** **Ampicilina + gentamicina Vancomicina com ou sem aminoglicosídeo ou aminoglicosídeos isoladamente** ***Haemophilus influenzae,*** **Ampicilina Ceftriaxone, cefotaxima, cefuroxima.** ***Enterobacteriaceae,*** **Cefalosporina (3a geração) Imipenem.** ***Pseudomonas,*** **Aminoglicosídeos + piperacilina/tazobactan ou cefepime Aminoglicosídeo + ceftazidima, cefepime ou imipenem”. (Brandão Neto, et al., 2024, p.1625/1.657).Negrito nosso.**

A colchicina foi bastante utilizada no passado para controle agudo, porém devido aos seus efeitos colaterais e dificuldade na posologia está sendo cada vez mais abandonada para essa indicação.

> **“A dose da colchicina é de 1,5 mg a 3 mg por 3 a 6 dias, e os efeitos colaterais incluem náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal em cólica. O aparecimento desses sintomas indica suspensão ou redução da medicação; a colchicina é uma boa opção em pacientes em uso de anticoagulantes. Alguns estudos demonstraram benefício similar e às vezes até um pouco superior ao dos anti-inflamatórios com o uso de cortrosina (ACTH). O uso de opioides é uma opção em pacientes refratários, mas não existem estudos controlados para validar essa alternativa”. (Brandão Neto, et al., 2024, p.1625/1657).Negrito nosso.**

O tratamento da hiperuricemia não deve ser iniciado antes de 2 a 4 semanas da crise aguda de gota.

> **“Deve ser levado em consideração que em 90% dos casos a hipoexcreção é a justificativa fisiopatológica, sendo racional o uso de uricosúricos como base do tratamento. A benzobromarona (Narcaricina®) disponível em comprimidos de 100 mg é uma medicação barata e eficiente. Inicia-se com 25 mg/dia em uma única tomada diária e pode-se aumentar a dose conforme a resposta do paciente até 200 mg/dia. O probenecide e a sulfinpirazona também agem como uricosúricos. No caso de indivíduos hiperprodutores, o alopurinol, um inibidor da síntese de ácido úrico, deve ser prescrito. No Brasil, comprimidos de 100 mg e 300 mg estão disponíveis. Sua dosagem varia de 100 a 600 mg/dia, sendo possível uma única tomada diária. A rasburicase, que é uma droga uricolítica, é uma opção. Não existe uma dieta específica para pacientes com gota, mas é recomendado evitar os excessos alimentares, com uma diminuição de pelo menos 10% da ingestão de purinas. Caso exista algum tipo de alimento que individualmente desencadeia crises, o paciente deve evitá-lo. A redução do peso na obesidade reduz os níveis de ácido úrico. Deve-se ainda desaconselhar o etilismo (álcool aumenta a produção e reduz a secreção do urato) e controlar as outras comorbidades associadas como diabetes e hipertensão arterial.” (Brandão Neto, et al., 2024, p.1652/1658).Negrito nosso.**

As diretrizes frequentemente recomendam que as medicações hiperuricemiantes sejam utilizadas para chegar a um alvo de níveis de ácido úrico menores que 6 mg/dL. Essa abordagem é denominada *treat to target*, e parece ser melhor que o tratamento para controlar os sintomas.

Apenas 8% dos pacientes tratados com alvo de uricemia menor que 6 mg/dL tiveram mais de 2 exacerbações anuais, comparados com 24% em uma estratégia para evitar sintomas.

INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO, TERAPIA INTENSIVA E SEGUIMENTO

Todos os pacientes com artrite séptica têm indicação de internação hospitalar por tempo mínimo de 7 dias, embora alguns pacientes com artrite gonocócica possam realizar tratamento ambulatorial.

> **“A internação hospitalar em pacientes com artrite gotosa é indicada em pacientes com controle inadequado da dor. Necessidade de UTI é rara e dependente de outras complicações como choque séptico.Os pacientes com artrite séptica podem necessitar de antibioticoterapia oral prolongada, de forma que devem fazer seguimento ambulatorial por período mínimo de 6 a 8 semanas. Os pacientes com artrite gotosa necessitam de seguimento ambulatorial a longo prazo para controle da hiperuricemia e de outros fatores associados com aparecimento de crises de gota, além de controle das comorbidades associadas”.(Brandão Neto, et al., 2024, p.1652/1658).Negrito nosso.**

CONCLUSÃO

É fundamental que os profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, reconheçam os sinais precoces de inflamação em uma articulação, especialmente na artrite séptica. A aspiração articular deve ser realizada e o paciente deve iniciar imediatamente o tratamento com antibióticos caso o líquido sinovial revele a presença de bactérias.

Intervenções precoces podem reduzir a morbidade e a mortalidade dos pacientes.
Todos os pacientes precisam de acompanhamento para garantir que o quadro não esteja piorando. Alguns pacientes podem se beneficiar do alívio temporário da

pressão sobre o membro afetado, enquanto outros podem necessitar de um dispositivo de auxílio à locomoção. A fisioterapia é recomendada para todos os pacientes a fim de recuperar a força muscular e a função articular. O farmacêutico deve orientar o paciente sobre o controle da dor. O nutricionista deve recomendar um programa de perda de peso, caso o paciente esteja obeso, e a adoção de uma dieta saudável.
Por fim, o enfermeiro deve orientar o paciente sobre práticas sexuais seguras para prevenir a artrite gonocócica.

A artrite monoarticular requer uma abordagem de equipe interprofissional, incluindo médicos, especialistas, terapeutas, enfermeiros com formação especializada e farmacêuticos, todos colaborando entre as disciplinas para alcançar os melhores resultados para o paciente.

BIBLIOGRAFIAS

1- Medicina de emergência : abordagem prática / editores Ludhmila Abrahão Hajjar ... [et al.]. - 18. ed., rev. e atual. - Santana de Parnaíba [SP] : Manole, 2024.
2- Gaffo AL. Treatment of gout flares. In: www.uptodate.com. 2024. Acesso em: 16 jan 2024 Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases (STDs). http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/default.htm.
3- Milkuls TR. Gout. New Eng J Med 2022; 387: 1877-1887.
4- Goldenberg DL, Sexton DJ. Septic arthritis in adults. In: www.uptodate.com. 2024. Acesso em 16 jan 2024.
5- Margaretten ME, Kohlwes J, Moore D, Bent S. Does this adult patient have septic arthritis? JAMA. 2007;297:1478.
6- Mathews CJ, Coakley G. Septic arthritis: current diagnostic and therapeutic algorithm. Curr Opin Rheumatol. 2008;20:457. Neogi T. Gout. N Engl J Med. 2011;364:443-52.
7- Rice PA. Gonococcal arthritis (disseminated gonococcal infection). Infect Dis Clin North Am. 2005;19:853.
8- Terkeltaub R. Update on gout. Nat Rev Rheumatol. 2010;6:30.
9- Zhang W, Doherty M, Bardin T, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II:
10- Management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). Ann Rheum Dis. 2006;65:1312-24.
11- Zhang W, Doherty M, Pascual E, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part I:
12- Diagnosis. Report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). Ann Rheum Dis. 2006;65:1301-11.
13- BECKER J.A. et al. Acute Monoarthritis: Diagnosis in Adults. American Family Physician, v.94, n.10, p.810-816, 2016.

14- JONATHAN, A.B. et al. Acute Monoarthritis: Diagnosis in Adults. American Family Physician, v.94, n.10, p.810-816, 2016.
15- ELLIS, J.M. Acute monoarthritis. Journal of the American Academy of PAS, v.32, n.3, p.25-31, 2019.