

Manifestações reumatológicas na Síndrome Pós-COVID-19

Rheumatologic Manifestations in Post-COVID-19 Syndrome

Manifestaciones reumatológicas en el síndrome post-COVID-19

Gabriel Monteiro Benites¹, Tony Maronesi Bagio¹, José Marques Filho¹.

RESUMO

Objetivo: Realizar uma revisão bibliográfica sobre o surgimento de doenças reumatológicas em pacientes diagnosticados com Síndrome Pós-Covid. **Revisão Bibliográfica:** A Síndrome Pós-Covid pode ser definida como presença de sinais e sintomas que se desenvolvem durante ou após uma infecção pelo SARS-CoV-2 e que persiste por um período maior que 12 semanas. Sua fisiopatologia ainda não é totalmente conhecida, porém já há o conhecimento de que se trata de uma condição multifatorial, complexa e que envolve muitas áreas da saúde para seu combate. A reumatologia também é uma área muito afetada por essa síndrome, já que a literatura atual evidencia que há pacientes desenvolvendo doenças reumáticas sem apresentarem nenhum histórico pessoal ou familiar. Dentre os estudos encontrados, a artrite reativa foi a doença reumática mais prevalente, sendo seguido pelo Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). **Considerações finais:** A Síndrome Pós-Covid é uma condição multissistêmica que pode desencadear doenças reumatológicas em pacientes previamente hígidos. Portanto, é necessário conhecimento não apenas da síndrome, mas sim das inúmeras consequências que ela pode gerar nas diferentes áreas da medicina.

Palavras-chave: Infecção por Sars-CoV-2, COVID-19, Pandemia por COVID-19, Reumatologia, Doenças Reumáticas.

ABSTRACT

Objective: To conduct a literature review on the emergence of rheumatological diseases in patients diagnosed with Post-Covid Syndrome. **Bibliographic Review:** Post-Covid Syndrome is defined as the presence of signs and symptoms that develop during or after a SARS-CoV-2 infection and that persist for a period longer than 12 weeks. Its pathophysiology is not yet fully known, but it is known to be a multifactorial and complex condition that involves many areas of health. Rheumatology is also an area very affected by this syndrome, since the current literature shows that there are patients developing rheumatic diseases without any personal or family history. Among the studies found, reactive arthritis was the most prevalent rheumatic disease, followed by Systemic Lupus Erythematosus (SLE). **Final considerations:** Post-Covid Syndrome is a multisystemic condition that can trigger rheumatologic diseases in previously healthy patients. Therefore, knowledge is needed not only of the syndrome, but of the numerous consequences that it can generate in different areas of medicine.

Keywords: SARS-CoV-2, COVID-19, COVID-19 Pandemic, Rheumatology, Rheumatic Diseases.

RESUMEN

Objetivo: Realizar una revisión bibliográfica sobre la aparición de enfermedades reumatológicas en pacientes diagnosticados con el Síndrome Post-Covid. **Revisión Bibliográfica:** El síndrome Post-Covid se define como la presencia de signos y síntomas que se desarrollan durante o después de la infección por el SRAS-CoV-2 y que persisten durante un periodo superior a 12 semanas. Su fisiopatología aún no se conoce del todo, pero se sabe que es una condición multifactorial y compleja que involucra muchas áreas de la salud. La reumatología también es un área muy afectada por este síndrome, ya que la literatura actual muestra que hay pacientes que desarrollan enfermedades reumáticas sin ningún antecedente personal o familiar. Entre los estudios encontrados, la artritis reactiva fue la enfermedad reumática más prevalente, seguida del lupus

¹ Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium (UNISALESIANO), Araçatuba - SP.

eritematoso sistêmico (LES). **Consideraciones finales:** El Síndrome Post-Covid es una condición multisistémica que puede desencadenar enfermedades reumatológicas en pacientes previamente sanos. Por lo tanto, es necesario conocer no sólo el síndrome, sino las numerosas consecuencias que puede generar en las diferentes áreas de la medicina.

Palabras clave: Infección por SARS-CoV-2, COVID-19, Pandemia de COVID-19, Reumatología, Enfermedades Reumáticas.

INTRODUÇÃO

Há mais de dois anos, o mundo luta unido contra a pandemia da Covid-19. O primeiro caso descrito foi oficialmente em 17 de novembro de 2019 na cidade de Wuhan, China. Pouco tempo depois, em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou pandemia pelo novo coronavírus. Desde então, o mundo enfrenta consequências terríveis não só na saúde, mas também em questões econômicas e sociais (MALTEZOU HC, et al., 2021).

No começo do caos, a imensa maioria dos estudos acadêmicos foram direcionados a compreender e combater a infecção aguda causada pelo novo coronavírus. Entretanto, com o decorrer da pandemia, a doença começou a apresentar consequências a longo prazo muito significativas (MALTEZOU HC, et al., 2021).

Ainda é controverso a origem do termo “Covid Longa”. A maioria dos artigos acreditam que a pesquisadora britânica Elisa Perego utilizou o termo pela primeira vez, em maio de 2020, em sua conta na rede social Twitter, para descrever sua experiência própria com a doença (PEREGO E, et al., 2020). Diversas denominações têm sido utilizadas na literatura para caracterizar os casos onde persistem os sintomas após a infecção aguda e este tem sido um motivo de muita confusão na literatura especializada. As denominações mais comuns são “COVID Pós aguda”, “Pós COVID”, “Síndrome de COVID Crônica” (RAVEENDRAN AV, et al., 2020).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS têm adotado a denominação “Síndrome pós-COVID” e esta, em nossa visão, deveria rapidamente ser oficializada no sentido de padronizar a nomenclatura na literatura médica. Seus sintomas mais comuns são fadiga, alterações de memória, dispneia, disfunção olfativa e gustativa, dor torácica e mialgias, podendo durar vários meses e, muitas vezes, incapacitando o paciente (SAPKOTA HR e NUNE A, 2022). Seu diagnóstico é de exclusão e é necessário uma avaliação ampla para definir seu diagnóstico (MALTEZOU HC, et al., 2021; (SAPKOTA HR e NUNE A, 2022).

A Síndrome pós-Covid afetou todas as especialidades médicas, incluindo a reumatologia (MALTEZOU HC, et al., 2021). Nesses últimos dois anos, diversas publicações têm destacado o surgimento de sintomatologia relativa a manifestações músculo esqueléticas e desencadeamento de doenças reumáticas clássicas, preenchendo perfeitamente os adequados critérios diagnósticos.

Portanto, o objetivo desse estudo foi realizar uma revisão narrativa, destacando nesses dois anos de pandemia, surgimento de manifestações musculo esqueléticas e o desenvolvimento de doenças reumatológicas, em pacientes que receberam diagnóstico de infecção de Sars-Cov-2 e que sofrem as consequências da chamada Síndrome Pós-Covid, sendo que nunca apresentaram condições reumáticas antes da infecção.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Fisiopatologia Covid Longa

A COVID-19 é uma infecção que acomete múltiplos sistemas. O seu principal alvo é o receptor da enzima conversora da angiotensina de superfície celular 2 (ACE2). Ocorre uma resposta celular monocitária associada a uma resposta inflamatória, o que resulta numa recuperação sem complicações na maioria dos pacientes (RAVEENDRAN AV, et al., 2020; MALTEZOU HC, et al., 2021).

Em pacientes mais graves, é encontrada uma desregulação imunitária provocada pelo Sars-Cov-2, que tem a capacidade de gerar aumento dos níveis de interleucina 1 β (IL-1 β), IL-6, IL-2 e IL-10, fenômeno

conhecido como “tempestade de citocinas” (RAVEENDRAN AV, et al., 2020; MALTEZOU HC, et al., 2021; SAPKOTA HR e NUNE A, 2022). A fisiopatologia da Síndrome Pós-COVID ainda é, em sua maioria, desconhecida e desafiadora (RAVEENDRAN AV, et al., 2020; MALTEZOU HC, et al., 2021). As evidências atuais sugerem que o ponto chave dela é a inflamação prolongada (RAVEENDRAN AV, et al., 2020; MALTEZOU HC, et al., 2021; SAPKOTA HR e NUNE A, 2022).

O Sistema Nervoso Central (SNC) é um dos principais afetados pelo coronavírus (MALTEZOU HC, et al., 2021). Sabe-se que ele tem a capacidade de atravessar a barreira hematoencefálica e alcançar o SNC por meio dos neurônios periféricos e olfativos (MALTEZOU HC, et al., 2021). O hipocampo também é atingido, podendo contribuir para o déficit de memória presente na Síndrome (MALTEZOU HC, et al., 2021; (SAPKOTA HR e NUNE A, 2022).

O aumento das citocinas circulantes, principalmente a IL-6, pois ela também pode atravessar a barreira hematoencefálica, pode contribuir para mais complicações do SNC, provocando alteração do estado mental e distúrbios cognitivos (MALTEZOU HC, et al., 2021). Além disso, a inflamação associada a COVID-19 pode aumentar a atividade da IL-4 resultando em sequelas neurológicas e também do ácido gama-aminobutírico (GABA), diminuindo sua ação e refletindo no aumento da apatia representada nos casos da Síndrome (MALTEZOU HC, et al., 2021).

Teorias indicam que a Síndrome de fadiga pós-COVID pode provocar danos nos neurônios sensoriais olfativos, resultando em uma redução do fluxo do líquido cefalorraquidiano por meio da placa cribriforme, provocando uma congestão do sistema linfático, aumentando a toxicidade do SNC (MALTEZOU HC, et al., 2021). Além do processo inflamatório, a fadiga pós-COVID pode ser originada devido a disfunção pulmonar gerada pela doença (SAPKOTA HR e NUNE A, 2022).

A Síndrome Pós-COVID pode afetar a audição (MALTEZOU HC, et al., 2021). A inflamação provocada pelo aumento das IL-1, IL-6 e Fator de Necrose Tumoral das citocinas (TNF- α) leva ao estresse da cóclea (MALTEZOU HC, et al., 2021). Dessa forma, essa invasão do vírus implica em uma perda auditiva de caráter irreversível (MALTEZOU HC, et al., 2021).

Os mesmos fatores também podem contribuir para o comprometimento vascular da Síndrome e pode ser responsável pela ocorrência de fibrose pulmonar pós-COVID. Esse processo é caracterizado por uma liberação descontrolada de metaloproteinases que resultam em lesão do epitélio pulmonar (MALTEZOU HC, et al., 2021).

Da mesma maneira, monócitos e macrófagos infectados podem ajudar na tempestade de citocinas (MALTEZOU HC, et al., 2021; SAPKOTA HR e NUNE A, 2022). Eles migram para os pulmões e contribuem para as complicações da Síndrome Pós-COVID, incluindo a fibrose (MALTEZOU HC, et al., 2021). O pâncreas também é afetado pelo processo inflamatório intenso gerado pela Síndrome. Comprovou-se que o coronavírus tem a capacidade de infectar e replicar-se dentro das ilhotas pancreáticas humanas. As células β -pancreáticas são as mais afetadas pelo SARS-CoV-2 pelo fato delas possuírem grande quantidade da ACE2. Dessa forma, ocorre sua destruição e, conseqüentemente, aumento da incidência de diabetes mellitus (MALTEZOU HC, et al., 2021).

A infecção das células endoteliais através da viremia também é um mecanismo encontrado na infecção por coronavírus, resultando em trombose e sangramento (MALTEZOU HC, et al., 2021). A disfunção vascular também parece ocorrer na Síndrome Pós-COVID (RAVEENDRAN AV, et al., 2020; MALTEZOU HC, et al., 2021).

O tromboembolismo também pode ser uma complicação da Síndrome Pós-COVID. Teorias indicam que há maior risco de desenvolvimento de tromboembolismo pulmonar, trombose venosa profunda e trombose de outros sistemas em pacientes que apresentam a síndrome (MALTEZOU HC, et al., 2021).

Além das manifestações clínicas características, a presença de anticorpos contra material nuclear, anti SSA (52 ou 60 KD) e anticorpos antifosfolípidos têm sido relatados em pacientes com COVID 19 (SAPKOTA HR e NUNE A, 2022). Esses anticorpos estão associados com algumas doenças reumatológicas imunomediadas, tais como lúpus e Síndrome de Sjogren, sendo considerados importantes marcadores diagnósticos (SAPKOTA HR e NUNE A, 2022).

Ainda restam dúvidas se os sintomas reumatológicos são devidos ao efeito direto ou indireto da infecção viral, mas achados recentes indicam que provavelmente ambos os mecanismos são importantes (SAPKOTA HR e NUNE A, 2022).

Os efeitos das imunes citocinas nos ossos também devem ser considerados. CXCL, IL-17 e TNF alfa são exemplos de citocinas produzidas em resposta a infecção pelo SARS-Cov-2 e têm importante papel no metabolismo ósseo, devendo também ser considerados nas manifestações patológicas articulares e tendíneas (MALTEZOU HC, et al., 2021; SAPKOTA HR e NUNE A, 2022).

Portanto, embora ainda há necessidade de estudos para elucidar melhor nosso conhecimento, podemos definir que sua patogênese é multifatorial, complexa e envolve múltiplas áreas da saúde para seu combate (RAVEENDRAN AV, et al., 2020; MALTEZOU HC, et al., 2021; SAPKOTA HR e NUNE A, 2022).

Reumatologia e síndrome pós-covid

A Síndrome Pós-COVID, nesses últimos dois anos, esteve presente em todas as áreas da medicina, sendo uma das principais a reumatologia. Surgiram na literatura mundial inúmeros publicações descrevendo o surgimento de doenças reumatológicas, após infecção por coronavírus principalmente em pacientes que nunca apresentaram tais sintomas anteriormente e nem histórico familiar de tais condições.

Para realização desse estudo, foram encontrados relatos de caso presentes na literatura inglesa e espanhola apresentando pacientes que desenvolveram doenças reumatológicas na chamada Síndrome Pós-COVID de forma inédita. Não foram encontrados dados na literatura portuguesa.

Foram encontradas as seguintes doenças em ordem decrescente: artrite reativa, Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), Artrite Reumatoide (AR), Doença de Still do Adulto (DSA), dermatomiosite, arterite de grandes células, poliangiíte microscópica, esclerose sistêmica e crise aguda de gota.

Artrite reativa

Sariacaoglu EM, et al. (2020) publicaram o primeiro caso de artrite reativa pós-COVID. Homem, 73 anos, apresentou inchaço, vermelhidão, dor e sensibilidade nas primeiras articulações metatarsofalangianas esquerdas oito dias após tratamento para COVID-19. Exames laboratoriais detectaram ferritina, dímero-D e Proteína C Reativa (PCR) elevadas.

Schenker HM, et al. (2020) destacaram o caso de uma paciente de 65 anos que, dez dias após resolução dos sintomas da COVID-19, queixou-se de poliartrite simétrica de tornozelos, punhos e articulações do joelho. PCR elevado e HLA-B27 positivo.

Liew IY, et al. (2020) descreveram o caso de um paciente de 47 anos com dores em joelho direito há 3 dias associada a desconforto na região peniana. Joelho encontrava-se doloroso a palpação, enquanto apresentava edema e eritema em glândula peniana. Radiografia revelou derrame suprapatelar direito. Realizou teste que detectou infecção prévia pela COVID-19 com resultado positivo.

Ono K, et al. (2020) destacaram um paciente na quinta década de vida que desenvolveu artrite bilateral aguda em seus tornozelos. Os sintomas apareceram cerca de 20 dias após início dos sintomas da COVID-19. A artrocentese do tornozelo esquerdo revelou fluido inflamatório leve sem urato monossódico ou cristais de pirofosfato de cálcio.

Danssaert Z, et al. (2020) publicaram o caso de uma paciente de 37 anos com histórico médico de insuficiência cardíaca congestiva, asma, doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e obesidade mórbida com histórico de cirurgia bariátrica. Apresentou início agudo de dor e edema na mão direita. Após 12 dias, testou positivo para SARS-CoV-2. Investigação pela equipe médica e reumatologia não revelou nenhuma causa estrutural, vascular ou neurogênica de sua dor.

Kocyigit BF e Akyol A (2021) publicaram o caso de uma paciente de 53 anos que, após o 14º dia de alta hospitalar por infecção por coronavírus, apresentou dor em joelho esquerdo associada a rigidez matinal e limitação de movimento. Apresentava inchaço e sensibilidade. Exame laboratorial apresentava PCR elevado.

Sureju NP e Nandamuri D (2021) publicaram o caso de uma paciente do sexo feminino, 27 anos, que após duas semanas do diagnóstico da COVID-19 apresentou quadro de artrite de início agudo em ambas as

extremidades inferiores e artrite relativamente leve nas pequenas articulações da mão direita. Articulações bilaterais do joelho, tornozelo e pé estavam extremamente sensíveis e inchadas. Fator Reumatoide positivo em títulos baixos.

Shokraee K, et al. (2021) descreveram uma mulher de 58 anos com dificuldade de locomoção e dor irradiada no quadril direito dez dias após alta hospitalar decorrente da COVID-19. O exame físico revelou uma amplitude de movimento limitada no quadril direito devido à dor na região sacroilíaca direita. Nenhuma vermelhidão ou calor foi encontrado ao redor da articulação.

Ruiz-del-Valle V, et al. (2021) destacaram o caso de uma jovem de 19 anos com quadro de poliartrite simétrica distal associada a dores em mandíbula e maxilar. Negava disúria, hematúria e disfagia. Sem sinais de uveíte. Investigação demonstrou PCR e VHS elevados e positividade para anticorpo IgG e IgM para Sars-Cov-2.

Ouedraogo F, et al. (2021) publicaram o caso de um homem de 45 anos que ficou 45 dias internado com pneumonia gerada por infecção do coronavírus. Após 3 dias de alta, apresentou quadro de dor nos ombros, cotovelo e joelho esquerdo. Após 4 dias do início do quadro, relatou piora da dor e início de febre. Exame físico evidenciou joelho esquerdo eritematoso, quente e edemaciado. Laboratorialmente, paciente apresentava lactato, PCR e VHS elevados.

Hønge BL, et al. (2021) apresentaram o caso de um homem de 53 anos, previamente saudável, que foi internado por 12 dias devido a COVID-19. Alguns dias após alta hospitalar, paciente apresentou febre e dor intensa em várias articulações nas extremidades inferiores. Na investigação, líquido sinovial do joelho direito continha grande quantidade de células polinucleares e algumas mononucleares. Microscopia, cultura e os testes de PCR foram negativos.

Lúpus Eritematoso Sistêmico

Bonometti R, et al. (2020) descreveram o primeiro caso relatado de LES pós-Covid. Uma mulher de 85 anos foi socorrida em domicílio inconsciente e transportada para emergência em um hospital local. Hemodinamicamente instável e hipotensão grave. Radiografia de tórax mostrou derrame pleural. Exames laboratoriais evidenciaram trombocitopenia, proteinúria, teste IgG para Covid-19 positivo, além de positividade para anticorpo antinuclear (FAN) citoplasmático (1:160), padrão homogêneo (1:320) e granular (1:320).

Zamani B, et al. (2021) divulgaram o caso de um homem de 39 anos que apresentou quadro de febre, descamação de mãos e pés, edema de extremidades e inchaço no tornozelo. Histórico de infecção por coronavírus há 2 meses. Exames destacaram proteinúria e positividade para anti-Ro, anti-LA, Anti-ds DNA, antipeptídeo citrulinado cíclico (Anti-CCP) e FAN.

Maram KP, et al. (2021) publicaram o caso de uma criança de 12 anos com erupções cutâneas com lesões vesiculosas e pruriginosas sobre o tronco, além de inchaço facial. Uma semana antes, teve alta de internação hospital devido a infecção pela COVID-19. Investigação mostrou proteinúria, porém sem hematúria. Albumina sérica baixa, colesterol total alto, baixos níveis de Complemento C3. FAN e Anti-ds DNA positivos. Biopsia das lesões cutâneas mostraram bolhas subepidérmicas com infiltrado eosinófico compatível com LES bolhoso. Assar S, et al. (2022) relataram o caso de uma mulher de 38 anos que apresentou icterícia progressiva, dor torácica pleurítica, palpitações, dispneia, fotossensibilidade e artralgia 18 dias após diagnóstico da COVID-19. Tomografia de tórax e abdome mostrou derrame pleural e pericárdico. Anticorpo antinuclear, anticorpo antiácido desoxirribonucleico de fita dupla (anti-ds DNA) e anticorpo anticitoplasma de neutrófilos perinuclear (P-ANCA) foram positivos.

Artrite Reumatoide

Perrot L, et al. (2020) relataram o caso de uma mulher de 60 anos que, após 25 dias de recuperação da infecção por coronavírus, apresentou dor na mão direita, principalmente em metacarpofalangianas e interfalangianas, além de inchaço local. Após três dias, notou mesmos sintomas na outra mão além de rigidez matinal. Exames laboratoriais demonstraram positividade para anti-CCP e valor limite para fator reumatoide.

Slouma M, et al. (2022) descreveram o caso de uma mulher de 72 anos que se queixava de poliartrite simétrica bilateral iniciada duas semanas após infecção assintomática da COVID-19. Exame físico mostrou

inchaço e sensibilidade nas articulações metacarpofalangianas e interfalângianas proximais, punhos e joelhos. Testes imunológicos revelaram fator reumatoide positivo, anticorpos Anti-CCP (200 UI/ml), anticorpos antinucleares (1:320) e IgG anti-SARS-CoV-2 (12,24 U/ml).

Doença de Still do adulto

Bamidis AD, et al. (2021) destacaram o caso de uma mulher branca de 29 anos que, em março de 2020, recebeu diagnóstico de infecção por coronavírus. Após seis meses, paciente queixou-se de dor de garganta associada a febre de 41°C, artralgia, mialgia, linfadenopatia e erupções cutâneas pelo corpo todo. Negou comorbidades. Exames laboratoriais demonstraram elevação da velocidade de hemossedimentação (VHS), Proteína C Reativa (PCR), enzimas hepáticas e leucocitose.

Alshablan A, et al. (2021) relataram o caso de um homem de 27 anos que apresentava quadro de febre, dor de garganta, dores nas articulações e múltiplas erupções cutâneas. Apresentava febre de 39°C e sensibilidade nas erupções. De histórico, apresentou, há 8 semanas, dez dias de internação hospitalar por conta de infecção pela COVID-19. Exames laboratoriais evidenciaram aumento de VHS e PCR, além de alterações de enzimas hepáticas e leucocitose.

Dermatomiosite

Bao Vicent KH, et al. (2021) relataram o caso de um paciente do sexo masculino, 58 anos, diagnosticado com coronavírus. Alguns dias depois de sua melhora clínica, apresentou quadro de fadiga, mialgias e fraqueza muscular generalizada. Os sintomas pioraram após um mês, sendo que ele relatou perda de peso e falta de ar progressiva, além de erupção cutânea assintomática começando em couro cabeludo e espalhando-se para face e pescoço. Eletromiografia mostrou miopatia com características irritativas leves.

Derbel A, et al. (2021) publicaram um caso de uma mulher de 61 anos que testou positivo para COVID-19 em março de 2021. Dois meses depois, queixou-se de astenia, perda de peso e dor nos músculos escapulares e pélvicos. Exame físico mostrou placas eritematosas com edema em áreas periorbitárias. Ausculta torácica evidenciou crepitação pulmonar basal bilateral. Fraqueza muscular proximal bilateral nas extremidades superiores e inferiores foi observada. Apresentava ulcerações na gengiva e artrite em punhos e articulações interfalângicas proximais. Exames complementares mostraram positividade para anticorpo antinuclear e eletromiografia constatou miosite inflamatória.

Arterite de células gigantes

Riera-Martí N, et al. (2021) publicaram o caso de uma mulher de 50 anos que foi diagnosticada com infecção pelo novo coronavírus em 14 de março de 2021. Após um mês, paciente iniciou quadro de cefaleia persistente. Apresentava edema e inflamação na têmpora direita, região que possuía pulso filiforme. Ultrassonografia Doppler da artéria temporal afetada evidenciou halo escuro ao redor do lúmen com comprometimento do fluxo, sugerindo inflamação da parede arterial.

Mursi AM, et al. (2022) publicaram o caso de uma mulher de 61 anos que apresentava intensa cefaleia há 45 dias. Relatam que ela, há dois meses, ficou internada por dez dias por conta da infecção pelo novo coronavírus. Ela apresentava rigidez bilateral de ombro e cintura, claudicação da mandíbula e perda de peso. Mencionava perda visual do olho esquerdo e visão turva no direito. Realizada biopsia de artéria temporal que evidenciou recanalização após inflamação.

Poliangeíte microscópica

Assar S, et al. (2021) relataram o caso de um homem de 67 anos que, após quatro semanas de testar positivo para COVID-19, apresentou dor, dormência e fraqueza progressiva em ambas as mãos, além de queda súbita do pé esquerdo associada a parestesia. Apresentou VHS, ferritina, PCR elevados. Apresentou positividade na pesquisa de auto-anticorpos perinucleares (*pANCA*).

Allena N, et al (2021) descreveram o caso de uma mulher de 50 anos com início súbito de dor epigástrica intensa associada com hemoptise. Testou positivo duas vezes para COVID-19, sendo que há última foi um mês antes dos atuais sintomas. Exame de urina apresentava intensa proteinúria. Positividade para ANCA, Anti-SS-A e FAN. Biopsia renal confirmou diagnóstico.

Esclerose sistêmica

Fineschi S (2021) publicou o caso de um homem de 47 anos que, em novembro de 2021, apresentou quadro de tosse, febre, cansaço e dor de garganta. Cinco dias depois, realizou teste para COVID-19 com resultado positivo. Dois meses depois, procurou atendimento devido a fortes dores abdominais, vômitos, exantema cutâneo generalizado com eritema, sensação de queimação na pele e inchaço nas pálpebras. Após duas semanas, retornou com melhora das queixas abdominais. Demais sintomas permaneceram e surgiram dores e inchaços na ponta dos dedos. Apresentou fenômeno de Raynaud. Solicitado anticorpos que foram positivos para Anti-PM/ScI 75 e 100.

Chandra A e Kahaleh B (2022) relataram o caso de uma mulher de 48 anos que apresentou fenômeno de Raynaud associado com fadiga, xerostomia, disfagia, fraqueza bilateral em membros inferiores e dor articular. Diagnosticada com COVID-19 seis meses antes do início dos sintomas. Exame físico apresentava esclerodactilia dos dedos e hiperpigmentação difusa da pele. FAN positivo.

Crise aguda de gota

López-González et al (2021) publicaram uma série de casos em que relatavam quatro homens com gota após a infecção pela COVID-19. Os sintomas começaram entre 8 a 27 dias após diagnóstico do coronavírus e a principal articulação afetada foi o joelho. Pesquisa de urato negativa em todos os pacientes. Tratamento realizado com colchicina e prednisona com sucesso.

Akyon ŞH e Gokçe DT (2022) descreveram o caso de um homem de 76 anos que foi internado devido a infecção pelo novo coronavírus. No 14º dia de internação, queixou-se de dor em dedos de ambos os pés que iniciaram a noite e intensificaram pela manhã. Pouca vermelhidão, inchaço e sensibilidade na região das metatarsofalangianas. Solicitaram exames que determinaram um ácido úrico com valor de 9.8 mg/dl. Tratado com colchicina e metilprednisolona. Seis dias depois, os sintomas cessaram.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo, podemos considerar que a Síndrome Pós-Covid é uma condição clínica que apresenta grande preocupação para a área médica, principalmente para a reumatologia. Essa revisão apresentou contribuições importantes, pois evidenciou uma forte relação entre a Síndrome Pós-Covid e muitos diagnósticos reumatológicos que são desafiantes não só para reumatologistas, mas sim para todos os profissionais da saúde que são linha de frente no combate a pandemia. Além disso, é possível que a artrite reativa seja a mais genuína manifestação reumatológica da síndrome pos covid em virtude de sua maior prevalência e caracterizar uma típica manifestação após uma infecção viral. Em relação as outras manifestações reumatológicas estas seriam genuinamente doenças conhecidas e diagnosticadas através de critérios clássicos, com o vírus SARS-CoV-2 sendo responsável pelo gatilho para iniciar quadro clínico característicos das referidas e já bem descritas doenças. Sugerimos, finalmente, a adoção do nome Síndrome pós covid e o critério para sua caracterização o adotado pela *National Health System* - a Síndrome pós-COVID é definida como sinais e sintomas que se desenvolvem durante ou após uma infecção pelo SARS-CoV-2 e continue após mais de 12 semanas.

REFERÊNCIAS

1. AKYON ŞH e GOKÇE DT. Bilateral Gouty Arthritis Developing After Covid-19 Infection: A Case Report. *Turk J Int Med*, 2022; 4(Suplement 1): S113-S116.
2. ALLENA N, et al. A rare case of SARS-CoV-2- Induced Microscopic Polyangiitis. *Cureus*, 2021; 13(5):1-5.
3. ALSHABLAN A, et al. Diagnosis of Adult Onset Still's Disease in a Patient Who has recovered from Coronavirus-19. *Clinical Medicine Insights: Case Reports Publish Online First*: 19 February 2021. Doi: 10.1177/1179547621996306.
4. ASSAR S, et al. Microscopic polyangiitis associated with coronavirus disease-2019 (COVID-19) infection in na elderly male. *The Egyptian Rheumatologist*, 2021; 43(3): 225–228.
5. ASSAR S, et al. Systemic lupus erythematosus after coronavirus disease-2019 (COVID-19) infection: Case-based review. *The Egyptian Rheumatologist*, 2022; 44(2): 145-149.

6. BAMIDIS AD, et al. First manifestation of adult-onset Still's disease after COVID-19. *Lancet Rheumatol Publish Online First*: 26 March 2021. Doi: 10.1016/S2665-9913(21)00072-2.
7. BAO VICENT KH, et al. Dermatomyositis in a COVID-19 positive patient. *JAAD Case Reports*, 2021; 13: 97-99.
8. BONOMETTI R, et al. The first case of systemic lúpus erythematosus (SLE) triggered by COVID-19 infection. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.*, 2020; 24(18): 9695-9697.
9. CHANDRA A e KHALEH B. Systemic Sclerosis (SSc) after COVID-19: A case report. *Cureus*, 2021;14(3): 1-5.
10. DANSSAERT Z, et al. Reactive Arthritis in a 37-Year-Old Female With SARS-CoV2 Infection. *Cureus*, 2020; 12(8): 1-6.
11. DERBEL A, et al. Dermatomyositis following COVID-19 infection. *La Revue de Médecine Interne Publish Online First* : 24 November 2021. Doi: 10.1016/j.revmed.2021.10.186.
12. FINESCHI S. Case Report: Systemic Sclerosis After Covid-19 Infection. *Frontiers in Immunology Publish Online First*; 28 June 2021. Doi: 10.3389/fimmu.2021.6866.
13. HØNGE BL, et al. Reactive arthritis after COVID-19. *BMJ Case Reports First Publish Online*: 2 March 2021. Doi: 10.1136/bcr-2020-241375.
14. KOCYIGIT BF e AKYOL A. Reactive arthritis after COVID-19: a case-based review. *Rheumatol Int*, 2021; 41(11): 2031-2039.
15. LIEW IY, et al. A Case of Reactive Arthritis Secondary to Coronavirus Disease 2019 Infection. *Journal of Clinical Rheumatology*, 2020; 26(6): 233.
16. LÓPES-GONZÁLEZ et, al. Case series of acute arthritis during COVID-19 admission. *Ann Rheum Dis*, 2021; 80(4): 1-2.
17. MALTEZOU HC, et al. Post-COVID Syndrome: An Insight on Its Pathogenesis. *Vaccines*, 2021; 9(497): 1-12.
18. MARAM KP, et al. COVID-19 triggered systemic lupus erythematosus in a child: a case report. *International Journal of Contemporary Pediatrics*, 2021; 8(7):1 304-1306.
19. MURSI AM, et al. A Case Report of Post COVID19 Giant Cell Arteritis and Polymyalgia Rheumatica With Visual Loss. *Clinical Medicine Insights: Case Reports Publish Online First*: 21 March 2022. Doi: 10.1177/11795476221088472.
20. ONO K, et al. Reactive arthritis after COVID-19 infection. *Rheumatic and Musculoskeletal Disease Publish Online First*: 6 August 2020. Doi: 10.1136/rmdopen-2020-001350.
21. OUEDRAOGO F, et al. Reactive Arthritis Post-SARS-CoV-2. *Cureus*, 2021; 13(9): 1-5.
22. PEREGO E, et al. Why the Patient-Made Term 'Long Covid' is needed. *Wellcome Open Research*, 2020; 5(224): 1-12.
23. PERROT L, et al. First flare of ACPA-positive rheumatoid arthritis after SARS-CoV-2 infection. *Lancet Rheumatol Publish Online First*: 23 November 2020. Doi: 10.1016/S2665-9913(20)30396-9.
24. RAVEENDRAN AV, et al. Long COVID: An overview. *Diabetes Metab Syndr.*, 2021; 15(3): 869–875.
25. RIERA-MARTÍ N, et al. SARS-CoV-2 infection triggering a giant cell arteritis. *Med Clin (Barc)*, 2021; 156(5) 253-254.
26. RUIZ-DEL-VALLE V, et al. Reactive arthritis with SARS-COV-2 as a trigger. *Reumatología Clínica*, 2021; 18(8): 490-492.
27. SAPKOTA HR e NUNE A. Long COVID from rheumatology perspective — a narrative review. *Clinical Rheumatology*, 2022; 41: 337-348.
28. SARIACAOGLU EM, et al. The first reactive arthritis case associated with COVID-19. *J Med Virol Publish Online First*: 11 July 2020. doi: 10.1002/jmv.26296.
29. SCHENKER HM, et al. Reactive arthritis and cutaneous vasculitis after SARS-CoV-2 infection. *Rheumatology Publish Online First*: 18 November 2020. Doi:10.1093/rheumatology/keaa689.
30. SHOKRAEE K, et al. Reactive arthritis in the right hip following COVID-19 infection: a case report. *Tropical Diseases, Travel Medicine and Vaccines*, 2021; 7(18): 1-4.
31. SLOUMA M, et al. Rheumatoid arthritis occurring after coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection: Case based review. *The Egyptian Rheumatologist*, 2022; 44(3): 275-278.
32. SUREJA NP e NANDAMURI D. Reactive arthritis after SARS-CoV-2 infection. *Rheumatology Advances in Practice Publish Online First*: 4 February 2021. Doi: 10.1093/rap/rkab001.
33. ZAMANI B, et al. Systemic lupus erythematosus manifestation following COVID-19: a case report. *J Med Case Rep*, 2021; 15(29): 1-4.