

## ARTRITE PSORIÁSICA ASSOCIADA COM HIPERPROLACTINEMIA — RELATO DE CASO \*

### Psoriatic Artrites in Association with Hyperprolactinemia — Case Report

SZAJUBOK, José Carlos M. \*\*  
CRIADO, Paulo Ricardo \*\*\*  
JARDIM, Roberta Fachini \*\*\*  
MUNHOZ, Ana Lucia L. \*\*\*\*  
SOUZA Jr., Abel Pereira de \*\*\*\*\*

**RESUMO:** Relatamos um caso raro de paciente do sexo feminino, 32 anos com diagnóstico de Artrite Psoriásica que na evolução apresentou Hiperprolactinemia e conseqüente galactorrêia e amenorrêia. Esta associação mostrou um caso raro na literatura médica nos últimos dez anos.

**UNITERMOS:** Artrite Psoriásica \*, hiperprolactinemia \*.

#### QUADRO CLÍNICO

**H.P.M.A.:** Há dois anos, a paciente começou a apresentar lesões eritemato-descamativas em faces extensoras de cotovelos e joelhos, sendo feito o diagnóstico de psoríase. Então passou a fazer tratamento, de forma irregular, com cremes de corticosteróides.

A paciente vinha evoluindo de forma satisfatória quando há 4 meses apresentou novo surto de erupção, desta vez de forma disseminada por todo o corpo e couro cabeludo; as suas unhas tornaram-se quebradiças e surgiram sulcos transversais; simultaneamente iniciou quadro de acometimento articular, com dor e edema em articulações interfalangianas proximais de pés e mãos, tornozelos, joelhos, cotovelos — todas de forma simétrica —, além de dor e dificuldade para movimentar os ombros e a coluna lombar. Foi então iniciada a terapêutica com corticosteróides sistêmicos (60 mg/dia de prednisona) sem no entanto apresentar uma boa resposta. Nesta época a paciente começou a apresentar galactorrêia e tornou-se amenorreica, sendo então encaminhada para o Serviço de Reumatologia do Hospital de Ensino da FUABC, ocasião onde foi internada pela primeira vez.

**I.S.D.A.:** Nada digno de nota.

**Antecedentes Pessoais:** Meningite na infância, sífilis primária há 4 anos (tratada).

**Antecedentes Obstétricos:** IIIIG, IIP.N., 1 Abortamento espontâneo.

**Antecedentes Familiares:** Nada digno de nota.

**Hábitos:** Nega uso de anticoncepcional oral.

#### EXAME FÍSICO (NA ADMISSÃO)

##### A — GERAL:

R.E.G., consciente, descorada ++/4+, hidratada, eupneica, acianótica, gânglios cervicais, axilares e inguinais normopalpáveis. Temperatura axilar 36,8 graus, pulso 80bpm, PA: 120mmHg x 80mmHg. Exame Físico de Tórax e Abdomen sem anormalidades.

##### B — ESPECIAL:

**PELE E ANEXOS:** Erupção Eritemato-Descamativas pruriginosas sobre toda superfície corpórea e couro cabeludo; onicólise em 3.º Quirodactilo esquerdo; sulco transversal em unhas do 2.º 3.º e 4.º Quirodactilos direitos, e 1.º, 3.º e 4.º Quirodactilos esquerdos; "PITTING" (numerosas) em unhas dos quirodactilos e pododactilos.

**APARELHO LOCOMOTOR:** Aumento de volume e aumento de temperatura nas seguintes articulações: 3.º e 4.º interfalangianas proximais da mão esquerda; 1.º e 3.º metacarpo — falangianas da mão direita; punhos (foto 1); cotovelos também apresentavam limitação da extensão, com flexo de 10 graus bilateralmente (foto 2); tornozelos; joelhos (foto 3). Dor a movimentação dos ombros em todos os planos, com restrição dolorosa da abdução bilateralmente. O exame dos quadris não apresentava anormalidades; e na Coluna Lombar encontrava-se contratura da musculatura paravertebral, a palpação das articulações sacro-iliacas eram indolores, e o teste de Schöber foi de 15 cm.

**MAMAS:** A expressão apresentou secreção lactea abundante. O restante do exame ginecológico não demonstrou nenhuma anormalidade.

##### EXAMES COMPLEMENTARES:

- a) Hemograma:  
G.V. igual a 4.000.300/mm<sup>3</sup> — Hb: 11,5 g/l — Hto: 38%  
Leucócitos: 13.100/mm<sup>3</sup> (Bas: 3%, Seg: 60%, Eo: 1%, Ba: 0%, Li: 32%, Mo: 4%)  
Plaquetas: 350.000/mm<sup>3</sup>
- b) Glicemia de Jejum: 82mg/dl
- c) Uréia
- d) Creatinina: 0,8mg/dl
- e) Ácido Úrico: 3,8mg/dl
- f) Mucoproteínas: 8,9mg/dl
- g) VHS igual a 55mm na 1.ª hora
- h) Proteínas Totais: 6,0g/dl  
Albuminas: 3,3g/dl Globulinas: 2,7g/dl
- i) Teste do látex: negativo

\* Trabalho realizado na disciplina de Reumatologia da Faculdade de Medicina da FUABC.

\*\* Auxiliar de ensino da Disciplina de Reumatologia da Faculdade de Medicina da FUABC.

\*\*\* Doutorandos do sexto ano da Faculdade de Medicina da FUABC.

\*\*\*\* Chefe da Enfermaria de Clínica Médica do Hospital de Ensino da FUABC.

\*\*\*\*\* Professor Titular da Disciplina de Reumatologia da Faculdade de Medicina da FUABC.

- j) Células LE: negativo
- k) FAN: negativo
- l) VDRL: 1/4 FTA — ABS: negativo
- m) Teste de Gravidez (Pregnosticon): negativo
- n) FSH: 4,5mUI/ml LH: 12mUI/ml (fase ovulatória)
- o) Estradiol: 51pg/ml
- p) Prolactina: 100ng/ml
- q) TSH: 3<sub>μ</sub>U/ml (normal 0,5 a 3,5<sub>μ</sub>U/ml)
- r) Urina tipo I: sem anormalidades
- s) PPF 3 amostras: negativo

RAIO X DE TÓRAX E ECG: sem anormalidades  
RADIOGRAFIA SIMPLES E TODA COLUNA E ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS: sem anormalidades.

RADIOGRAFIA SIMPLES DE MÃOS, PUNHOS, COTOVELOS, TORNOZELOS, JOELHOS E PÉS: mostraram apenas aumento de partes moles nas articulações que apresentavam edema clinicamente, não haviam erosões osteo-cartilaginosas.

RADIOGRAFIAS SIMPLES DE CRÂNIO EM PA E PERFIL: sem anormalidades.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO (tomógrafo de 2.ª geração): sem anormalidades.

#### DISCUSSÃO:

A Artrite Psoriásica (AP) ocorre em aproximadamente 5% dos doentes com Psoríase, em geral com lesões disseminadas (1).

Neste caso, o diagnóstico de AP foi rapidamente realizado pelo quadro clínico típico e por se afastar outros diagnósticos que se apresentam como Poliartrites Simétricas; apresentou-se da forma Like-Artrite Reumatóide que corresponde a apenas 15% dos casos de AP (2).

A manifestação cutânea era do tipo Eritrodérmica.

Chamamos atenção para o fato de que quando ocorre acometimento ungueal pela Psoríase, há uma maior probabilidade de ocorrer comprometimento articular (3).

Nos exames complementares encontramos alteração das provas de atividade inflamatória (hemograma, VHS, Mucoproteínas) e caracteristicamente látex, células LE, e FAN negativos.

As radiografias simples das articulações periféricas demonstraram aumento de partes moles e sem deformidades; assim como as radiografias das articulações sacroilíacas e coluna não revelaram anormalidades, descartando no momento, Espondilite Psoriásica. Resaltamos que se trata do primeiro episódio com acometimento articular.

A partir da queixa e constatação ao exame físico da galactorréia associada com amenorréia colocamo-nos à investigação de sua causa. Inicialmente foi realizada a pesquisa de gravidez cujo exame físico e teste laboratorial mostraram-se negativos. Então passamos às dosagens hormonais sendo detectada uma hiperprolactinemia e pesquisamos sua causa.

A única medicação que a paciente vinha utilizando era a predinisona e não tinha precedente de trauma torácico. Não apresentava quadro clínico compatível com hipotireoidismo e a dosagem do TSH foi normal. As radiografias simples de crânio não evidenciaram alteração da arquitetura da sela turca; a tomografia computadorizada do crânio sem cortes transversais e coronais de 5 mm de espessura não mostrou anormalidades na hipófise, descartando o diagnóstico de Macroadenoma hipofisário.

Frente a estes dados, formulamos a hipótese diagnóstica de Microadenoma de hipófise produtor de prolactina. O microadenoma tem caracteristicamente menos de 10 mm de diâmetro, e pode não alterar o assoalho da sela túrcica e não ser evidenciado na tomografia computadorizada (3).

Com esta hipótese diagnóstica foi instituída terapêutica com bromocriptina e a paciente apresentou remissão da galactorréia e tornou-se eumenorreica. Concomitantemente iniciamos a terapêutica com metotrexato em baixas doses (12,5 mg por semana injetável) para artrite psoriásica, com excelente resposta. Atualmente a paciente está em seguimento ambulatorial.

A associação entre artrite psoriásica e hiperprolactinemia é rara e não encontramos relato na literatura de língua portuguesa e anglo-saxônica em 10 anos.

Lindergard (4) fez um importante levantamento epidemiológico na população sueca e notou que os pacientes com psoríase (372 casos) têm uma associação positiva com: infecções virais, alcoolismo, hipertensão, pneumonia, cirrose hepática, urticária e artrite reumatóide. Nesta população estudada não houve descrição de nenhum caso com hiperprolactinemia (adenoma de hipófise).

#### CONCLUSÃO:

Relatamos uma associação rara entre Artrite Psoriásica e Hiperprolactinemia, provavelmente por microadenoma de hipófise.

Salientamos que a paciente apresenta-se com excelente recuperação quanto à parte cutânea e articular da Psoríase, e sendo submetida a controles periódicos para medida da Prolactinemia.

**SUMMARY:** The authors examine a case of a patient with Psoriatic Arthritis (5% of the cases of psoriasis) and cutaneous alteration type erythrodermic. In association she developed hyperprolactinemia with galactorrhea and amenorrhea. This association showed with a rare case into review of the ten years in the medical literature.

**KEY-WORDS:** Psoriatic Arthritis \*, hyperprolactinemia \*.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SAMPAIO, C.R. *Dermatologia básica* 3. edição São Paulo, Artes Médicas, 1983, p. 114.
2. MCCARTY, D.J. *Arthritides and allied conditions*. 10.th ed. Philadelphia, Lea & Seiberger, 1935., p. 856-66.
3. DAUGHADAY, W.H. Hipófise anterior In: WILLIAMS, R.H. *Tratado de endocrinologia*. 7. edição São Paulo, Manole, 1988., vol. 1, págs. 704-59.
4. LINDERGARD, B. Diseases associated with psoriasis in a general population of 159,200 middle-aged, urban, native swedes. *Dermatologica*, 172:293-304, 1986.

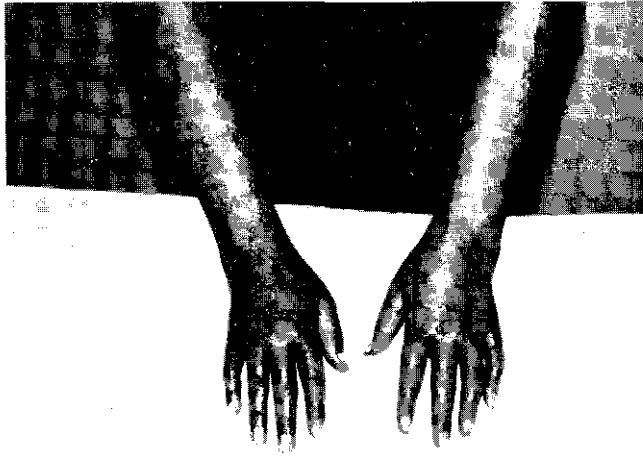


FOTO 1



FOTO 2

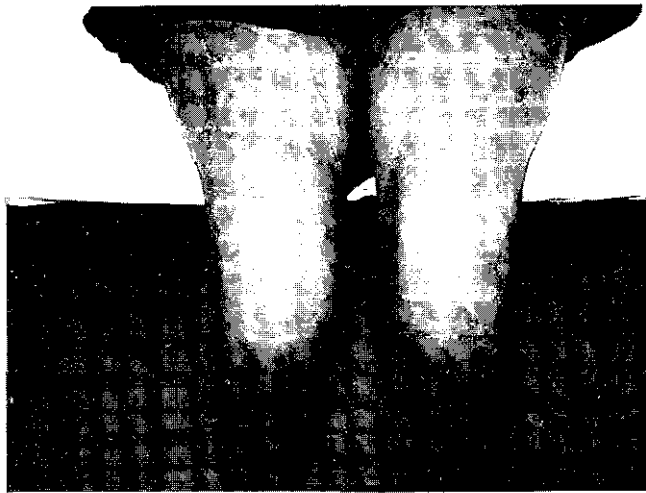


FOTO 3