Semiologia Reumatológica

***GALS* - Exame de triagem básica na reumatologia, modificado**

*Traduzido e adaptado a partir de "GALS screen basic rheumatological exam", de Anil Chopra*

*Professores responsáveis: Paulo Louzada Junior; Maria Carolina Oliveira Rodrigues, Eduardo Antonio Donadi; Flavio Calil Petean, Ivan Fiore de Carvalho*

- Link para assistir o vídeo produzido pela Sociedade Britânica de Reumatologia (ativar o ícone legendas para melhor compreensão do conteúdo) – tempo total do vídeo: 4 minutos e 21 segundos:

<http://www.arthritisresearchuk.org/health-professionals-and-students/video-resources/rems/gals-screening-examination.aspx>

Objetivos:

1. Descrever um exame de triagem rápida do sistema músculo-esquelético
2. Permitir detectar articulações anormais durante o exame físico e propor diagnostico diferencial para o aluno de graduação

**GALS** – **G**ait (marcha), **A**rms ( braços), **L**egs ( pernas), **S**pine (coluna vertebral)

O exame de triagem GALS visa identificar o seguinte:

* Alguma das articulações está anormal?
* Qual é a natureza da anormalidade?
* Qual é a extensão (distribuição) do envolvimento articular?
* Há outras manifestações de importância diagnóstica presentes?

Antes de Iniciar o Exame Físico:

Questões fundamentais a serem inqueridas ao paciente:

* Você tem alguma dor ou rigidez nos músculos, nas articulações ou nas costas?
* Você consegue vestir-se completamente, sem qualquer dificuldade? (o ato de vestir-se envolve todas as articulações)
* Você consegue subir e descer escadas sem qualquer dificuldade? (avalia a perda de massa muscular)

Exame Locomotor:

**G -** marcha

**A** - braços

**L -** pernas

**S** - coluna vertebral

Marcha

»Observar o paciente andando em frente, virando e caminhando de volta

»Procurar:

* suavidade e simetria dos movimentos das pernas, pélvis e braços,
* comprimento do passo normal,
* capacidade de virar rapidamente (doentes com Parkinson têm prejuízo do balanço do braço e não conseguem se virar rapidamente)

Braços

»Peça ao paciente para ficar em posição anatômica,

»Confira o volume e a simetria da massa muscular da cintura escapular,

»Verifique se os cotovelos encontram-se completamente estendidos e em linha reta,

»Peça ao paciente para tentar colocar as duas mãos atrás da cabeça e, em seguida, empurre os cotovelos para trás (procure alterações da articulação glenoumeral),

»Examine as mãos com as palmas para baixo, com os dedos em linha reta,

»Observe os movimentos de supinação e pronação (verifique disfunção músculo-esquelética),

»Observe a preensão palmar (reduzida em pacientes com artrite ou comprometimento neuro-motor),

»Faça o teste de oposição tenar-hipotenar (ponta de cada dedo contra a ponta do polegar), para avaliar a força e precisão dos movimentos,

» Aperte gentilmente o conjunto da segunda à quinta metacarpofalageanas (MCF) (teste do *Squeeze ou aperto)* - desconforto ou dor sugere sinovite no carpo ou MCF)

» Faça os testes de Phalen e Tinel:

* **Teste de Phalen**: posicione os punhos do paciente em flexão completa, um contra o outro por 60 segundos ou mais. Caso positivo, o paciente irá referir parestesias na mão, na projeção de inervação do nervo mediano. Indica síndrome do túnel do carpo.
* **Teste de Tinel:** realizado com o punho em extensão, percutindo com martelo a região do ligamento carpal transverso sobre o nervo mediano. Caso positivo, o paciente irá referir um choque na projeção da mão, sendo mais intenso no dedo indicador. Indica síndrome de túnel do carpo.

Pernas

»Observe qualquer deformidade de joelhos ou dos pés,

»Avalie a flexão de quadril e joelho, enquanto segura o joelho (observe crepitações)

»Rode passivamente, externa e internamente, cada quadril, mantendo o joelho fletido,

»Examine o joelho para a presença de líquido, usando o sinal do "rechaço" e o sinal da "tecla“ sobre a patela,

»Aperte gentilmente o conjunto da primeira à quinta metatarsofalageanas (MTF) (teste do *Squeeze ou do aperto)* - (desconforto ou dor sugere sinovite em tarso ou MTF)

»Inspecione as solas dos pés para erupções de pele e / ou calosidades (comuns na artrite reumatóide)

»Teste os reflexos patelar (nível L4) e aquileu (S1) e realize a dorsoflexão do hálux (L5), para avaliar os níveis de compressão radicular mais comuns.

Coluna Vertebral

»Confira a massa muscular e simetria da região paraespinhal e da cintura escapular,

»Observe o alinhamento da coluna vertebral (procure escoliose, lordose ou cifose),

»Confira o alinhamento das cristas ilíacas (procure insuficiência de músculo glúteo médio e diferenças de comprimento de membros)

»Avalie a massa muscular glútea (atrofia glútea pode ser causada por doenças da articulação do quadril como osteoartrose)

»Verifique se há aumento de volume nas regiões poplíteas (cistos de Baker)

»Avalie os tendões de Aquiles (procure entesopatias)

»Pressione o ponto médio de cada músculo supra-espinhal e também sobre o ponto médio da borda superior de cada trapézio (dor sugere fibromialgia ou síndrome miofascial)

»Observe as curvaturas normais da coluna vertebral, quando em pé. A seguir, pedir ao paciente que se incline para frente sem dobrar os joelhos e avaliar a flexão lombar e quadril (a retificação da coluna e perda de flexão lombar sugere espondilite anquilosante)

»Peça ao paciente para tentar encostar a orelha no ombro, de cada lado - testes de flexão cervical lateral.

Exame de Anormalidades Articulares:

Identificação de inflamação ativa

Avaliação detalhada das articulações anormais:

* Inspeção  edema, hiperemia e deformidade
* Palpação  calor, crepitação, dor, consistência de borracha (sinovite)
* Movimento  ativo, passivo, contra a resistência
* Função  perda de função

**Definições:**

* **Artrite**  refere-se à inflamação de uma articulação, definida pela presença de pelo menos três dos seguintes sinais: edema, dor, calor, hiperemia e perda da função
* **Artralgia** refere-se à dor em uma articulação. Toda articulação dolorosa também tem perda de função, mas não se detecta nenhum outro sinal inflamatório no exame físico
* **Entesopatia** refere-se ao comprometimento da êntese (local de inserção do tendão no osso). Exemplos: fasciite plantar, tendinite do aquileu. Comumente associada a espondiloartrites

ATENÇÃO: Dentre os sinais inflamatórios, a hiperemia deve ser sempre considerada como um sinal de alerta. A presença de hiperemia pode ser indicativa de artrite séptica, crise de gota ou trauma com extravasamento intra-articular de sangue (hemartrose).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Local de edema** | **Tecido comprometido** | **Indicativo de** |
| Partes moles | Sinóvia articular ou efusão | Doença inflamatória articular |
| Partes moles periarticulares | Tecido subcutâneo | Doença inflamatória articular |
| Sinovial não-articular | Bainha tendínea/Bursa | Inflamação da estrutura |
| Áreas ósseas | Terminações ósseas articulares | Osteoartrite |

Identificação de dano articular irreversível

* Deformidade articular

  mau alinhamento dos dois ossos articulados

* Crepitações

  sensação audível e palpável resultante de movimento entre uma superfície áspera sobre outra, sendo indicativo de comprometimento da cartilagem. Característica clássica da osteoartrite; por exemplo, crepitação femoropatelar na flexão do joelho.

* Perda da amplitude de movimento (ADM) ou movimento articular anormal

  luxação: as superfícies articulares estão deslocadas das por completo;

  subluxação: as superfícies articulares estão deslocadas parcialmente;

  valgo: deformidade do membro inferior em que parte distal está projetada para dentro da linha média do corpo; por exemplo, geno valgo (mnemônico: *quem é valgo, não cavalga*);

  varo: deformidade do membro inferior em que parte distal está projetada para fora da linha média do corpo; por exemplo, geno varo, devido a osteoartrite do compartimento medial do joelho.

Defeitos mecânicos

Podem ser consequência de inflamação, degeneração ou trauma articular.

Identificados por:

* Restrição dolorosa de movimento na ausência de inflamação

  por exemplo, travamento do joelho, devido à ruptura meniscal ou fragmento ósseo

* Instabilidade associada a movimento anormal ou amplitude de movimento anormal

  por exemplo, movimento de lado a lado da tíbia em relação ao fêmur devido à ruptura de ligamentos colaterais do joelho

Por exemplo, na espondilite anquilosante ocorre perda da lordose da coluna cervical e lombar. Tal alteração impede o paciente de olhar para cima. Além disso, a lateralização da coluna também pode ser comprometida, fazendo que ele mova a coluna em bloco.

Distribuição do envolvimento articular

* Determine o número de articulações envolvidas:

 **Poliartrite** > 4 articulações envolvidas

 **Oligoartrite** 2-4 articulações envolvidas

 **Monoartrite** uma única articulação afetada

* Observe se o envolvimento é simétrico
* Observe o tamanho das articulações envolvidas (pequenas, médias ou grandes)
* Existe envolvimento de esqueleto axial?

**DICAS:**

O envolvimento bilateral e simétrico de grandes e pequenas articulações é típico da artrite reumatóide

Oligoartrite assimétrica de membros inferiores e envolvimento axial é altamente sugestivo de espondiloartrites.

A inflamação exclusiva das articulações distais dos dedos é altamente sugestiva de artrite psoriásica

A distribuição da poliartrite pode ser útil no diagnóstico diferencial:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Doenças** | **Articulações envolvidas** | **Articulações poupadas** |
| **Artrite reumatóide** | IFP, MCF, punho, cotovelo, ombro, C1-C2, quadril, joelho, tornozelo, MTF, IFP | IFD, coluna torácica e lombar |
| **Osteoartrite** | 1ºMCF, IFD, IFP, toda coluna vertebral, quadril, joelho, 1ºMTF, IFP | MCF (2ºa5º), punho, cotovelo, tarso |
| **Gota poliarticular** | 1ºMTF, tornozelo, joelho | Esqueleto axial |

IFP: interfalangeanas proximais; MCF: metacarpofalangeanas; IFD: interfalangeanas distais; MTF: metatarsofalangeanas

**Lombalgia:**

É fundamental identificar se a lombalgia é mecânica ou inflamatória e também estar atento aos sinais de alerta para investigação complementar imediata

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Lombalgia Mecânica** | **Lombalgia Inflamatória** |
| Idade de Início | Qualquer | <40 anos |
| Dor noturna | Não | Sim |
| Dor alternante nádegas | Não | Sim |
| Melhora com movimento | Não | Sim |
| Melhora com repouso | Sim | Não |

Sinais de Alerta (***red flags***) para pacientes com lombalgia que irão necessitar de investigação complementar imediata

|  |  |
| --- | --- |
| **Sinais de Alerta** | **Investigar para** |
|  |  |
| Febre persistente | Infecção/Neoplasia  |
| História de câncer recente | Metástase |
| Irradiação trajeto neural  | Compressão raiz por hérnia discal, osteófitos, fratura vertebral patológica |
| Fraqueza muscular grave | Sofrimento grave componente motor do nervo; possível indicação cirúrgica  |
| Anestesia em sela | Estenose canal vertebral |
| Perda tônus dos esfíncteres vesical/anal | Estenose canal vertebral |
| Dor noturna | Espondiloartrites |

Outras características importantes para o diagnóstico:

* **Artrite Reativa**: inflamação articular secundária a infecção bacteriana ou viral. O envolvimento articular é asséptico, geralmente devido a deposição de imunocomplexos circulantes ou *in loco.* O envolvimento é predominante poliarticular ou oligoarticular, de duração < 2 semanas (aguda). Dentre as principais causas estão as de origem bacteriana: febre reumática, endocardite bacteriana, síndrome Reiter (termo que deve ser evitado), e as secundárias a viroses: parvovírus, dengue, rubéola, sarampo, hepatites*.*
* **Artrite Séptica***:* Inflamação articular devido a presença de microorganismos no interior da articulação. Geralmente são monoartrites, podendo ser aguda (estafilococos – 90%) ou crônica (tuberculose ou fúngica). A artrite gonocócica tem um padrão particular, onde o comprometimento ocorre em varias grandes articulações (joelho, tornozelos), até se fixar em uma única (artrite bailarina).
* **Eritema malar:** lesão eritematosa fotossensível, frequentemente associada ao LES;
* **Fadiga:** perda de força muscular recuperável com o repouso;
* **Fenômeno de Raynaud:** vasoespasmo, caracterizado por isquemia temporária dos dedos, ponta do nariz e/ou pavilhão auricular, induzido por estresse (p. ex., temperatura baixa). Observam-se três fases: palidez isquêmica, cianose congestiva e hiperemia reativa**;**
* **Fotossensibilidade:** desenvolvimento de erupção pápulo-eritematosa, em seguida à exposição solar**;**
* **Fraqueza:** perda de força muscular que não se recupera com o repouso**;**
* **Heliotropo:** erupção eritematosa ou arroxeada envolvendo as pálpebras, com ou sem edema periorbital (associado à dermatomiosite);
* **Livedo reticular:** situação em que a pele adquire coloração marmórea arroxeada, de padrão rendilhado. Pode estar associado a vasculites;
* **Nódulo de Bouchard:** hipertrofia óssea das interfalangianas proximais (osteoartrite nodal);
* **Nódulo de Heberden:** nódulo pequeno, duro, devido a hipertrofia óssea da 2ª, 3ª, 4ª e 5ª interfalangiana distal (osteoartrite nodal);
* **Nódulos reumatóides:** coleta de células normais, incluindo linfócitos e fibroblastos que envolvem um centro com necrose fibrinóide;
* **Psoríase:** condição característica (placas eritematosas com descamação fina) presente em várias áreas da pele - geralmente cotovelos. Na psoríase, os pacientes geralmente apresentam envolvimento ungueal, com microulcerações e onicólise (separação ou afrouxamento de parte ou da totalidade de uma unha do seu leito);
* **Púrpura palpável:** extravasamento de sangue na pele ou mucosas, palpável pelo depósito de fibrina e infiltrado inflamatório associados. Pode indicar vasculite.
* **Rigidez:** incômodo percebido pelo paciente ao mobilizar a articulação após um período de repouso de várias horas (p. ex., após uma noite = rigidez matinal); melhora após movimentações;
* **Sinal ou pápulas de Grotton:** erupção descamante sobre as interfalangianas proximais, patela, maléolo e olecrânio. Evolução para atrofia com alterações pigmentares e telangiectasias (associada à dermatomiosite);
* **Telangiectasias:** pequenos vasos sanguíneos dilatados, próximos à superfície da pele ou de membranas mucosas, medindo entre 0,5 e 1 mm. Telangiectasias podem estar presentes na esclerose sistêmica. Telangiectasias periungueais são observadas no lúpus e dermatomiosite.
* **Tofos:** depósito de cristais de urato monossódico em pessoas com hiperuricemia de longa data, provocando um inchaço inflamatório.

