

ARTRALGIA E ARTRITE

Paulo Louzada-Júnior, Rene Donizete Ribeiro Oliveira, Júlio César Voltarelli, Eduardo Antônio Donadi, Ivan Fiore de Carvalho

Divisão de Imunologia Clínica, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

“Clinical observations are the alpha and omega of medicine”.

Joseph L. Goldstein, acceptance of the Kober Medal. J. Clin Invest. 110: S11-13, 2003.

INTRODUÇÃO

Uma em cada seis consultas em um ambulatório de clínica médica geral é motivada por um problema músculo-esquelético. A maioria deles é de condições periarticulares focais, facilmente identificáveis e autolimitadas, não oferecendo nenhum risco à saúde do paciente. Devem ser tratados com medidas simples, como repouso, fisioterapia, analgésicos e, principalmente, reafirmação de que o processo se resolverá sem seqüelas graves. O período usual de resolução de problemas músculo-esqueléticos simples é de 2 a 6 semanas, dependendo do grau da agressão desencadeante, a qual, na maioria das vezes, passa despercebida. O maior benefício que o médico pode dispensar nestes casos é o de evitar exames subsidiários e terapêuticos desnecessários, proporcionando o tempo requerido para a cura do processo patológico.

A incidência de doenças reumáticas aumenta com a idade, sendo que 60% dos pacientes com mais de 65 anos apresentam queixas articulares. As doenças musculoesqueléticas nos pacientes idosos são comumente não diagnosticadas pois os sinais e sintomas são geralmente insidiosos, negligenciados ou mascarados por outras co-morbidades. Estas dificuldades são agravadas pela diminuição da confiabilidade de testes laboratoriais nos idosos, que frequentemente indicam valores anormais não relacionados a presença de doença. Exemplificando, é o aumento da porcentagem de indivíduos (sem doença reumática autoimune) com fator reumatóide e anticorpos antinucleares positivos, de acordo com o aumento da faixa etária. Outro exame, cujos valores se elevam de acordo com o aumento da idade, é a velocidade de hemossedimentação. Embora a maioria das doenças reumáticas possam comprometer

os idosos, certas doenças são mais prevalentes. Dentre elas, destaam-se a osteoartrite, fratura óssea patológica (secundária a osteoporose ou neoplasia), gota, pseudo-gota, polimialgia reumática, vasculite (especialmente poliarterite nodosa), lúpus induzido por droga, toxicidade ao uso crônico de salicilatos e mialgia induzida por estatinas. No entanto, a abordagem do paciente idoso deve ser realizada da mesma forma que nos outros pacientes com queixas musculoesqueléticas, sempre levando em consideração a presença de co-morbidades quando for estabelecer o tratamento medicamentoso e não-farmacológico.

Uma minoria de pacientes apresentará problemas reumatológicos mais complexos e graves, cuja identificação constitui um desafio para o clínico. Este deverá decidir se o problema requer imediata investigação laboratorial ou se pode ser observado até que o curso e as características da doença fiquem mais evidentes. A cronicidade, isto é, a persistência do problema por mais de 6 semanas, constitui a mais freqüente indicação de exames subsidiários. Para a maioria das condições agudas, um período de 6 semanas de observação é apropriado, mas as seguintes situações requerem investigação e conduta mais rápidas e elaboradas:

1. Inflamação intensa monoarticular (pela possibilidade de diagnosticar artrite séptica ou gota aguda).
2. Presença de manifestações gerais (febre, emagrecimento, apatia), acometimento multissistêmico ou neurológico (irradiação ciática, compressão de raízes cervicais, síndrome do túnel do carpo).
3. Problema causado por trauma intenso que necessite de cuidados ortopédicos (fraturas, luxações, ruptura de tendões e ligamentos). A identificação completa do paciente fornece pistas importantes para o diagnóstico.

A maioria das doenças reumáticas acomete preferencialmente determinada faixa etária/sexo, de tal modo que este conhecimento permite dirigir o raciocínio clínico para as doenças que se enquadram no perfil demográfico do paciente (Tabela 1). A atividade profissional ou de lazer pode indicar predisposição a osteoartrose ou tendinite/bursite em trabalhadores braçais, artesões e esportistas.

Tabela 1 – Incidência Preferencial de Doenças Reumáticas de acordo com o Sexo e a Idade.

Sexo Feminino		Sexo Masculino		Sem Preferência	
Doença	Idade*	Doença	Idade*	Doença	Idade*
Artrite idiopática juvenil	< 16 ⁺	Espondiloartrites	15-35	Febre reumática aguda	5-15
Lúpus eritematoso sistêmico	15-40	Gota	> 30	Osteoartrite [#]	> 50
Artrite reumatóide	25-60	Panarterite nodosa	40-60	Síndrome Miofascial	20-80
Doença mista do tecido conjuntivo	30-40				
Esclerose sistêmica	30-50				
Dermatopolimiosite	45-60				
Síndrome Sjogren	40-60				
Fibromialgia	15-80				

* Em anos; ⁺ Certos subgrupos podem mostrar distribuição diferente; [#] Nódulos de Heberden nas articulações IFD predominam em mulheres

SINTOMAS MAIS COMUMENTE OBSERVADOS NAS DOENÇAS REUMÁTICAS

Dor articular e periarticular

Muitos pacientes utilizam termos anatômicos inadequados para descreverem a localização da dor. É melhor pedir ao paciente para apontar diretamente o ponto ou a área envolvida. Se a descrição for inadequada, algumas questões deverão ser direcionadas para determinar se a dor é constante ou intermitente, generalizada ou localizada, simétrica ou assimétrica.

Deve ser incluído na história médica se a dor é limitada às articulações ou se envolve estruturas periarticulares. A dor pode ser predominantemente distal (como na AR), ou proximal (como na fibromialgia ou na polimialgia reumática).

Outro ponto importante é se a atividade física melhora ou piora a dor. Movimentos suaves melhoram a dor de origem inflamatória, porém pioram quando a dor é de origem traumática, compressiva ou degenerativa.

O período em que a dor piora também é importante. Pacientes com doenças inflamatórias podem ter rigidez ou dor, principalmente, pela manhã, que, gradualmente, melhoram durante o dia. Isso se deve ao acúmulo, no líquido sinovial, de substâncias pró-inflamatórias, cuja drenagem está diminuída durante longos períodos de repouso articular. À medida que se realizam movimentos, a velocidade de drenagem do líquido sinovial aumenta, reduzindo a quantidade de substâncias pró-inflamatórias e diminuindo a dor de origem articular. Nos pacientes com osteoartrose, a dor aumenta durante o dia e melhora com o repouso. A dor noturna está geralmente associada a lesões articulares estruturais graves ou a doenças inflamatórias, como a espondilite anquilosante.

Lombalgia

Em relação às doenças reumáticas que envolvem a coluna lombar, a lombalgia pode ser classificada como inflamatória ou não-inflamatória. De forma geral, a lombalgia inflamatória piora com o repouso, sendo mais intensa no início da manhã, melhorando com a movimentação. Ela pode originar dor noturna. A lombalgia não-inflamatória (degenerativa, traumática, muscular, compressiva – hérnia de disco ou osteófito comprimindo raiz nervosa) melhora com o repouso e piora com a movimentação. Pode haver sintomas neurológicos secundários à compressão de raízes nervosas. A dor em queimação geralmente está associada a este tipo de comprometimento neurológico.

Rigidez articular

A rigidez é a dificuldade de movimentação das articulações e que nem sempre pode ser distingüida da própria dor articular. Doenças inflamatórias (como AR, as espondiloartrites e a polimialgia reumática) apresentam rigidez matinal prolongada, maior que 1 hora de duração, nas áreas envolvidas. A rigidez alivia com a atividade articular. Deve-se ressaltar que no paciente com osteoartrose avançada de joelho pode ocorrer o fenômeno da gelificação, que nada mais é que a dificuldade para reassumir atividade física que envolva a articulação do joelho, após se sentar.

Edema articular e periarticular

As questões devem ser dirigidas ao paciente a fim de estabelecer se o edema é articular (como na artrite) ou periarticular (como nas tenossinovites), se envolve o membro todo (linfedema) ou se ocorre em algumas áreas específicas (lipoma). Outros pontos importantes são se o edema é persistente ou intermitente, se ele é simétrico ou assimétrico e se é limitado à área dolorosa. Por fim, é importante caracterizar se o edema é mínimo pela manhã, piorando durante o dia. Nesta condição, geralmente é associado a lesões estruturais periarticulares, especialmente ligamentos ou bursas.

Fraqueza Muscular

Fraqueza é definida como perda de força muscular que não se recupera com o repouso. Deve ser sempre diferenciada de fadiga, que é a perda de força muscular que se recupera com o repouso. A fraqueza é uma queixa freqüente em pacientes com sintomas músculo-esqueléticos. Pacientes com fraqueza generalizada devem ser questionados a respeito de quais atividades não conseguem realizar. Dificuldades em subir escadas ou em levantar-se após agachar indicam fraqueza da musculatura da cintura pélvica. Por outro lado, dificuldade em pentear os cabelos, estender roupas no varal e escovar os dentes indicam fraqueza da cintura escapular. Essas queixas são observadas em indivíduos que apresentam quadro de miopatia inflamatória (polimiosite). Se a fraqueza envolve um membro, sem evidência de fraqueza em outro lugar, o comprometimento de estruturas do sistema nervoso (central ou periférico) deve ser considerado.

A utilização do termo fraqueza é comum para definir sensação de mal-estar, adinamia, prostração, indisposição e, até mesmo, para indicar que o paciente não se sente bem, mas não sabe precisar o porquê. Esse uso inapropriado do termo fraqueza deve ser sempre checado no exame físico, testando os grupos musculares quanto à força contra resistência ativa e contra a gravidade (passiva).

A força muscular pode ser graduada da seguinte forma:

Grau Zero: Nenhuma contração muscular.

Grau 1: Contração palpável, com pouco ou nenhum movimento.

Grau 2: Movimentos possíveis, mas nenhum movimento contra a gravidade.

Grau 3: Movimentos contra a gravidade, mas nenhum contra resistência.

Grau 4: Movimentos contra resistência natural.

Grau 5: Movimentos contra resistência forçada.

Sintomas Constitucionais

Pacientes com febre (especialmente com temperatura axilar superior a 38,5°C) podem apresentar infecção, neoplasia ou doenças inflamatórias autoimunes, como o LES ou as vasculites. Em contraste, pacientes com síndromes dolorosas crônicas, como a fibromialgia, geralmente se queixam de “febre baixa”, mas esta raramente é persistente e objetivamente determinada. A perda de peso geralmente acompanha pacientes com febre persistente, sendo que o ganho de peso é a norma em pacientes com dor crônica ou fibromialgia.

Sono

A história a respeito do sono é importante nos pacientes com dor crônica. Pacientes com fibromialgia e doenças inflamatórias sistêmicas apresentam um sono não-restaurador, entrecortado, superficial, e freqüentemente queixam de acordarem cansados.

Fenômeno de Raynaud

O diagnóstico do fenômeno de Raynaud é baseado na história clínica. Os pacientes relatam que, ao se exporem ao frio, seus dedos tornam-se brancos ou pálidos e bastante dolorosos. Subseqüente à palidez, tornam-se arroxeados e, por fim, avermelhados. Essas queixas representam as três fases do fenômeno de Raynaud: vasoconstrição, cianose e hiperemia reativa. A duração do fenômeno de Raynaud é variável, podendo durar de minutos a horas, especialmente a fase de vasoconstrição. O fenômeno é mais bem visualizado nas mãos, é bilateral e pode ser simétrico, ou seja, acometer todos os dedos. Porém, enquanto pode se visualizar a palidez no terceiro quirodáctilo esquerdo e no segundo quirodáctilo direito, outros dedos podem estar na fase cianótica ou de hiperemia reativa. Nessa condição, o médico pode realizar o diagnóstico de obstrução arterial aguda de forma inadequada. Uma outra condição que pode ocorrer é o paciente estar com o fenômeno de Raynaud, na fase cianótica, acometendo os dedos das mãos e dos pés, fazendo com que o médico suspeite, inadequadamente, que a causa da cianose seja de origem respiratória.

O médico pode mimetizar o fenômeno de Raynaud pedindo ao paciente para segurar, com a mão esquerda, durante 5 minutos, algumas pedras de gelo (que estão dentro de um saco plástico), e observar o fenômeno de Raynaud na mão contralateral.

Indivíduos com Raynaud devem ser investigados quanto à presença de doenças autoimunes, como lúpus eritematoso sistêmico, esclerose sistêmica, doença mista do tecido conectivo, síndrome de Sjogren, síndrome de CREST (calcinose, Raynaud, envolvimento esofágico, esclerodactilia, telangiectasias).

Fatores Moduladores

O frio e o estresse emocional agravam a maioria das dores de origem reumática.

PARTICULARIDADES DA SEMIOLOGIA ARTICULAR

A dor articular pode ser causada por comprometimento da sinóvia (artrite ou artralgia) ou de estruturas adjacentes à cápsula articular, como tendões e bursas (periartrite ou reumatismo não-articular). Todas estas estruturas podem tornar-se inchadas e inflamadas, simulando artrite. A presença de grandes derrames articulares é praticamente patognomônica de artrite, embora pequenos derrames possam representar reações simpáticas a uma periartrite ou infecção óssea. O aumento de volume e a dor à palpação associados a periartrite são geralmente limitados a uma parte da articulação, ao contrário da artrite, que acomete toda a articulação. O inchaço articular é mais firme na periartrite do que na artrite. Nesta, há limitação da movimentação ativa e passiva, enquanto na periartrite a movimentação ativa é mais afetada.

Vale ressaltar a contagem das articulações envolvidas, que é feita levando em consideração os grupos articulares e não a articulação em si. Exemplificando, se o paciente apresentar artrite nos joelhos esquerdo e direito, serão contados dois grupos articulares e caracterizados como oligoartrite simétrica. Por outro lado, se ele constatar a presença de artrite na IFP do segundo, terceiro e quarto quirodáctilos esquerdos e artrite na IFP do quarto e quinto quirodáctilos direitos, serão contados dois grupos articulares (IFP esquerda e direita) e não cinco, bem como o envolvimento será definido como simétrico. Desta forma, a caracterização correta será de oligoartrite simétrica e não de poliartrite assimétrica.

Os grupos articulares são contados da seguinte forma:

- *Monoartrite*: um grupo articular envolvido.
- *Oligoartrite*: dois a quatro grupos articulares envolvidos
- *Poliartrite*: cinco ou mais grupos articulares envolvidos

É sempre importante caracterizar a presença ou não de inflamação articular. A presença dos cinco sinais inflamatórios nem sempre acontece. A dor, o calor, o edema, a hiperemia e a perda funcional, que caracterizam o processo inflamatório, não necessariamente devem estar presentes simultaneamente. Para definir inflamação é necessária a presença de pelo menos três desses sinais.

Outro ponto importante é a duração do processo inflamatório. Toda articulação inflamada somente apresenta melhora, inclusive com o uso de medicação antiinflamatória, após 24 horas, e somente desaparece após 48 a 72 horas. Essa informação é importante, pois é comum o paciente relatar que a articulação estava inflamada ontem à tarde, mas, agora, ela não está mais. Refere que a articulação inflama em um dia e, no outro, desaparece. Essa não é a história natural de um processo articular inflamatório.

Durante o exame articular é comum observar a presença de crepitações articulares. Estas podem ser definidas como a palpação de uma sensação vibratória (menos comumente audível) ou estalo desencadeado pela movimentação articular. Crepitações finas são comuns e frequentemente não possuem relevância clínica quando observadas em grandes articulações. No entanto, quanto mais rudes elas são, maior é o grau de comprometimento da cartilagem e maior o grau de alterações degenerativas articulares.

É comum também confundir a sensação de edema em mãos e em antebraços, como ocorre em pacientes com síndrome do túnel do carpo ou com fibromialgia, com o edema de origem inflamatória. Por vezes, é útil questionar se o local está edemaciado agora ou se alguém próximo constatou o edema e quanto tempo durou. Não raramente, observam-se respostas inconsistentes como: “Estava inchado até eu entrar na consulta, durou algumas horas e depois sumiu ou eu acho que estava inchado, mas meu companheiro achou que não”. Não é uma questão de acreditar ou não na queixa do paciente, mas sim a necessidade de caracterizar o processo inflamatório. É a partir desta identificação que o médico irá desenvolver o seu raciocínio clínico, abrindo um conjunto de possibilidades diagnósticas, direcionadas para doenças de caráter inflamatório ou não inflamatório.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA ARTRITE/ARTRALGIA

O objetivo principal da avaliação clínica de um paciente com manifestações

reumáticas é identificar sinais e sintomas que permitam distinguir os sintomas em três categorias: inflamatória, degenerativa-metabólica e funcional (estado de percepção alterada da dor), as quais estão representadas na Tabela 2.

Tabela 2: Sintomas e sinais úteis no diagnóstico diferencial das artrites			
Sintomas	Degenerativa	Inflamatória	Funcional
Rigidez articular (duração)	Minutos	Horas (mais acentuada após o repouso)	Pouca ou nenhuma relação com repouso ou atividade
Dor	Piora com atividade e melhora com o repouso	Mais intensa com o repouso, dor noturna pode interferir com o sono	Pouca ou nenhuma relação com repouso ou atividade
Fraqueza	Incomum	Comum	Ausente
Fadiga	Incomum	Comum	Comum
Labilidade emocional	Incomum	Comum; coincide com a fadiga e desaparece com a remissão da doença	Comum
Sinais			
Dor localizada sobre as articulações afetadas	Comum	Sempre presente	Dor é difusa e não localizada
Edema	Efusão é comum; pouca reação sinovial	Efusão é comum; com espessamento sinovial	Ausência
Calor e eritema	Incomum	Comum	Ausência
Creptações			Ausência
Esporões ósseos	Comum	Em associação com osteoartrite	Ausência
Exemplos de Doenças			
	Osteoartrite	Artrite Reumatóide	Fibromialgia
	Trauma	Lúpus Eritematoso	Síndrome Miofascial
	Anormalidades mecânicas (menisco, ligamentos)	Outras colagenoses	
	Distrofia simpático-reflexa	Febre Reumática	
	Osteonecrose asséptica	Artrite crônica juvenil	
	Discrasia sanguínea	Espondiloartropatias	
	Tendinites	Gota	
	Artropatia metabólica	Artrites virais (rubéola, parvovirose, hepatite B)	
		Artrites infecciosas (bacterianas, fúngicas, tuberculosa)	
		Artrites por imunocomplexos (crioglobulinemia, endocardite)	

		bacteriana)	
--	--	-------------	--

PADRÕES DE ACOMETIMENTO ARTICULAR

A observação clínica de um paciente com queixa reumática deve ser completa, como qualquer outra, mas possui algumas particularidades que serão abordadas a seguir. Ela objetiva determinar se o paciente possui ou não um problema inflamatório nas articulações (artrite) e caracterizá-lo o melhor possível como mono, oligo ou poliartrite; aguda, subaguda ou crônica de grandes e/ou pequenas articulações; simétrica ou assimétrica; migratória ou aditiva; contínua ou episódica; com ou sem deformidades. Na realidade, a análise deste padrão de acometimento articular possibilita, na maioria dos casos, de um diagnóstico bastante provável da doença articular, restringindo a necessidade de exames subsidiários. A Tabela 3 reúne as principais doenças, reumáticas ou não, pelo seu padrão de acometimento articular.

Tabela 3: Padrões de acometimento articular em várias doenças			
MONOARTRITE		POLIARTRITE	
AGUDAS[§]	CRÔNICAS	AGUDAS	CRÔNICAS
Artrite séptica	AIJ	(AR, FRA. AIJ, LES) [§]	Artrite reumatóide
Gota	Osteoartrose	Hanseníase	Lúpus eritematoso sistêmico
Pseudogota	Tuberculose	Gonococemia e meningococemia	Esclerose sistêmica
Trauma	Fungos	Rubéola	Polimiosite
Hidartrose intermitente	Osteonecrose asséptica [§]	Hepatite	DMTC
Anemia falciforme	Lesão mecânica intra-articular	Síndrome de Reiter* [§]	Espondiloartrites*
Hemartrose	Sinovite vilonodular	Endocardite bacteriana	Vasculites

Doença de Lyme	Osteomielite	Parvovirose [§]	Gota tofácea
	Condrocalcinose	Doença do soro	Síndrome de Sjögren

[§]Podem cronificar

AIJ: artrite idiopática juvenil; DMTC: doença mista do tecido conjuntivo; PAN: panarterite nodosa; AR: artrite reumatóide; FRA: febre reumática aguda; LES: lúpus eritematoso sistêmico.

Embora esta classificação se aplique à maioria das situações, não se deve esquecer o aforismo: “Na Medicina como no amor, não existe o sempre ou o nunca”. Em outras palavras, qualquer dessas doenças pode fugir de sua apresentação habitual e manifestar-se com outro padrão.

Ao término de uma boa observação clínica, o médico deverá ter evidenciado o padrão de acometimento articular da doença e terá formulado um número restrito de hipóteses diagnósticas em ordem de probabilidade. Decidirá, então, entre solicitar imediatamente exames subsidiários ou proceder a um período de observação dos sintomas e sobre a necessidade ou não de instituir prontamente alguma terapêutica. A seguir, mostraremos a utilização desses elementos no diagnóstico diferencial das principais doenças reumáticas citadas na Tabela 3.

Monoartrite Aguda

A monoartrite aguda constitui uma emergência médica, pela grande intensidade dos sintomas e pela possibilidade de a artrite séptica levar rapidamente à destruição da articulação ou à septicemia. A menos que um trauma seja a causa evidente da artrite, líquido sinovial deve ser aspirado, analisado e cultivado para investigação de artrite infecciosa. A análise do líquido sinovial poderá revelar ainda a presença de cristais, característicos de gota ou pseudogota, ou de sangue, no caso de hemartrose. Finalmente, uma significativa proporção de casos de monoartrite aguda não chega a ter um diagnóstico e não recidiva; muitos casos que recidivam enquadram-se nas síndromes de hidartrose intermitente (sem dor) ou de reumatismo palindrômico (com dor), que são benignas e não cronificam.

Monoartrite Crônica

O diagnóstico de monoartrite crônica constitui um dos maiores desafios para o especialista, pois ocorre em um grande número de doenças reumáticas de características semelhantes. O líquido sinovial poderá apresentar características inflamatórias, afastando osteoartrose e a sua cultura poderá revelar artrite tuberculosa ou fúngica. Exames radiológicos podem sugerir AR, osteoartrose ou necrose asséptica, mas lesões de ligamentos ou meniscos só são reveladas por ressonância nuclear magnética ou artroscopia. Quando não se chega a um diagnóstico por estes métodos, está indicada uma biópsia sinovial, que pode revelar granulomas na artrite tuberculosa e na sarcoidose, proliferação benigna na sinovite vilonodular ou maligna nas neoplasias e reação inflamatória inespecífica na AR.

Oligoartrite Aguda

Oligoartrite aguda é, geralmente, causada por um processo inflamatório e uma causa infecciosa deve ser descartada. A artrite gonocócica é a causa mais comum de oligoartrite aguda em indivíduos jovens sexualmente ativos. Artrite séptica não-gonocócica costuma ter apresentação monoarticular, mas envolve mais de uma articulação em 20% dos casos, o que também ocorre com as artrites microcristalinas agudas (gota e pseudogota). As espondiloartropatias, tipicamente, manifestam-se como oligoartrite, mas, entre elas, a artrite reativa é a que mais comumente tem um curso agudo e, no início da doença, pode ser confundida com a artrite gonocócica.

A linha divisória de 4 articulações como critério de classificação de oligo ou poliartrite é bastante arbitrária e muitas doenças incluídas na Tabela 2. entre as que se manifestam como poliartrite podem se manifestar como oligoartrite. Entre elas, pode-se citar as artrites virais, como a parvovirose, a endocardite bacteriana, a febre reumática aguda, que, em adultos, não costuma ter caráter migratório e mesmo as artrites sistêmicas clássicas causadas pela AR, LES ou doença de Still do adulto.

Oligoartrite Crônica

As espondiloartropatias são as causas mais comuns de oligoartrites inflamatórias crônicas. Entretanto, a distinção entre essas doenças e a artrite reumatóide inicial, principalmente em crianças e adolescentes, pode ser difícil e levar vários meses. Sacroiliíte, com sua típica manifestação de lombalgia de caráter

inflamatório e dactilite (“dedos em salsicha”) não costumam ocorrer na AR, assim como a predileção pelo acometimento dos membros inferiores (>90% dos casos de AR do adulto acometem as mãos). A artrite tofácea crônica pode, eventualmente, acometer 2 a 4 articulações e se apresentar como oligoartrite.

As manifestações extraarticulares das espondiloartropatias ajudam enormemente seu diagnóstico diferencial, mas essas manifestações podem facilmente passar despercebidas (lesões psoriásicas no couro cabeludo, cicatriz umbilical e pavilhão auricular, lesões mucosas na artrite reativa, diarreia intermitente na doença inflamatória intestinal e uveíte em todas elas).

A osteoartrose de grandes articulações, por outro lado, provoca um acometimento não-inflamatório dos quadris e dos joelhos e não costuma apresentar grandes dificuldades diagnósticas.

Poliartrite Aguda

A poliartrite aguda é manifestação comum de muitas doenças reumáticas e não-reumáticas, requerendo decisões rápidas do médico em termos de diagnóstico e terapêutica. A maioria dos casos de poliartralgia ou poliartrite aguda são primariamente não-reumáticas e apresentam manifestações semelhantes à doença do soro (nefrite, serosite, *rash* cutâneo, febre e adenopatia), provocadas por deposição de imunocomplexos. Estas doenças são definidas como reativas, geralmente a uma infecção viral ou bacteriana. Entre estas doenças se incluem a hepatite, rubéola, parvovirose, dengue, endocardite bacteriana, lepra lepromatosa e reações a drogas ou produtos biológicos. A maioria desses pacientes é internada para esclarecimento diagnóstico. A presença de manifestações extra-articulares fornece as melhores pistas para o diagnóstico das poliartrites agudas. Não deve ser esquecido que toda poliartrite crônica um dia foi aguda. Assim, todas as doenças reumáticas inflamatórias ou auto-imunes devem ser incluídas no diagnóstico diferencial das poliartrites agudas, sempre enfatizando que a causa mais comum de poliartrite aguda são as reativas a infecção.

Poliartrite Crônica

Poliartrite crônica pode ser a forma inicial de apresentação de uma doença reumática ou a evolução de uma monoartrite ou de uma poliartrite aguda. O protótipo

das doenças deste grupo é a AR, cujo diagnóstico requer a presença de poliartrite crônica e pode ser auxiliado por achados radiológicos. A maioria das doenças autoimunes sistêmicas, como LES, ES, PM-DM, DMTC e vasculites, manifesta-se por poliartrite ou poliartralgia crônica. A análise clínica e laboratorial das manifestações extra-articulares e do perfil de auto-anticorpos geralmente permite o diagnóstico dessas doenças. Como mencionado anteriormente, as espondiloartropatias geralmente se apresentam como uma oligo ou poliartrite, predominando nas grandes articulações dos membros inferiores, às vezes assimétrica, associada a inflamação da articulação sacroilíaca. Finalmente, a artrite gotosa crônica é facilmente diagnosticada pela demonstração de cristais de urato nos tofos. Na maioria das poliartrites crônicas haverá tempo suficiente para confirmação do diagnóstico e cuidadoso planejamento terapêutico. Exceções que requerem intervenção mais rápida são as vasculites ou outras condições que comprometem gravemente o estado geral do paciente e a integridade de órgãos vitais.

Leitura recomendada

1. Brower AC. Arthritis in black and white. Philadelphia, WB Saunders, 1988.
2. Calin A. Differential diagnosis in rheumatology. Philadelphia, JB Lippincott, 1984.
3. Carvalho IF, Voltarelli JC. Artrite aguda. Medicina CARL e HCFMRP v. 15, p. 107-15, 1982. Suplemento.
4. Cohen AS (ed.) Laboratory diagnostic procedures in the rheumatic diseases, 3th ed. Orlando, Grune & Stratton, 1985.
5. Cohen AS (ed.) Rheumatology & Immunology. New York, Grune & Stratton, 1979.
6. Coopman WJ. (Editor.): Arthritis and Allied Conditions. A Textbook of Rheumatology, 14th Edition, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
7. Donadi EA, Petean FC, Voltarelli JC. Abordagem clínica do paciente reumático. Medicina (Ribeirão Preto) 25: 251-97, 1997.
8. Gross J, Fetto J, Rosen E (Editors). Musculoskeletal Examination, 2nd edition. Malden, Blackwell Publishing Company, 2002.
9. Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (Editors). Rheumatology, 4rd edition, Edinburgh, Mosby, 2008.
10. Huskisson EC, Hart FD (Editors). Joint Disease: all the Arthropathies, 3rd Edition, Chicago, Year Book Medical Publishers, 1978.
11. Kfliey WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB (ed.) Textbook of rheumatology. Philadelphia, WB Saunders, 1989.
12. Louzada-Junior, P; Chacha, RV. Monoartrite e Poliartrite Aguda. Medicina (Ribeirão Preto), 36:418-426, 2003
13. Louzada-Junior, P; Souza, BDB; Toledo, RA; Cicconelli RM. Análise Descritiva das Características Demográficas e Clínicas de Pacientes com Artrite Reumatóide no Estado de São Paulo, Brasil (2002-2004) Rev Bras Reumatol 47:84-90, 2007
14. Magalhães, MB; Donadi, EA; Louzada-Junior, P. Abordagem do Paciente com Lúpus Eritematoso Sistêmico na Sala de Urgência. Medicina, Ribeirão Preto, 36:409-417, 2003
15. McCarty DJ (ed.) Arthritis and allied conditions. A textbook of rheumatology. 11th ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1989.

16. Moskowitz RW. Clinical rheumatology. A problem-oriented approach to diagnosis and management. Philadelphia, Lea & Febiger, 1975.
17. Ruddy S, Harris Jr, ED, Sledge CB (Editors). Kelley's Textbook of Rheumatology, 6th Edition, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 2001..
18. Voltarelli JC, Petean FC. Emergências reumatológicas. Medicina (Ribeirão Preto) 25: 514-38, 1992.
19. Voltarelli JC, Carvalho IF, Louzada-Junior P, Donadi EA, Arruda LK e Sarti W. em IMUNOLOGIA CLINICA NA PRÁTICA MÉDICA. São Paulo: Atheneu, 2008, v.1. p.1800
20. Williams DC. History and physical examination, pp. 36-42. In: Rheumatology Secrets, 3rd edition. West, S.G., Philadelphia, Hanley & Belfus, Inc., 1997.
21. Imboden J, Hellman DB, Stone JH. Current Rheumatology- Diagnosis and treatment. New York, Lange Medical Books, 2004.