

19 de Novembro de 2007.
Professora Valéria Valim.

Principais sintomas

- Dor: pode ter sinal flogístico articular.
- Artrite.
- Incapacidade (deformidade): pentear cabelo, subir escadas, etc.
- Manifestações sistêmicas: inespecífica (febre, perda de peso, adinamia e emagrecimento), hematúria, dor torácica, dispnéia.

Causas de dor articular (presente em 70% dos pacientes reumatológicos)

- Degenerativa: osteoartrose.
- Auto-imune: LUPUS, espondilite anquilosante, Sjogren.
- Infecciosa: Hider, infecção direta da articulação (sépticas – estafilococos ou micobactéria).
- Mecânica: postural, desvio de coluna, pé cavo ou plano (distribui carga de forma inadequada).
- Metabólica: osteoporose, gota.
- Neoplásica: tumores epiteliais pela síndrome paraneoplásica (Ca de cólon de útero, de próstata, linfoma, leucemia).
- Miofascial: fibromialgia (dor não relacionada não à estrutura da onde dói, mas sim pela modulação da dor. Falta serotonina, adrenalina, sobra outros neurotransmissores).

Caracterização da dor articular.

- Articular, periarticular ou muscular?
- **Monoarticular, oligoarticular (< ou = 4), poliarticular (>4)?**
- Grandes ou pequenas articulações?
- Simétrico ou assimétrico?
- Início insidioso ou rápido?
- **Agudo (<2 sem), subagudo (>3 sem) ou crônico (>6sem)?**
- Aditivo (dói simultaneamente em vários lugares) ou migratório (para de doer em um lugar e começa a dor em outro)?
- Presença de sinais inflamatórios?
- Piora com fatores mecânicos?
- É pior de manhã ou no fim do dia?
- Rigidez matinal? (> 1 h = AR, < 30' = fibromialgia, AO).
- Fatores moduladores: frio (todos os pacientes com dor dizem que a dor piora com o frio), estresses, sol, esforço.

Caracterização da dor lombar

A causa é sistêmica? Existe comprometimento neurológico? Existem fatores sociais ou psicológicos envolvidos?

Agudo ou crônico.

Localização.

Irradiação.

Melhora ou piora com exercícios.

Rigidez matinal.

Alteração neurológica.

Queixas sistêmicas.

A localização também dá a dica do DX: Mãos.

IFD: psoríase (nódulos de Heberner).

AR: punho, MCF e IFP (nódulos de Heberner).

Esclerodermia: acrosteólise (absorção da falange distal pela isquemia). Ponta do dedo fina e preta (cianose, por problemas no endotélio).

Lúpus: pode dar a mão igual à AR → acomete proximais, pescoço de cisne, mas não é por acometimento das articulações e sim das estruturas que sustentam a articulação. LES X AR: o primeiro no RX não mostra destruição.

Osteoartrose:

A localização também dá a dica do DX

Sacroilíacas: espondiloartropatias.

Podruga: gota. A presença de vermelhidão na pele é comum. Gota é a artrite mais dolorosa: várias enzimas liberadas cada vez que PMN fagocita cristal de ácido úrico.

Manifestações extra-articulares

Sintomas constitucionais.

Fraqueza muscular: distal – pensar em nervo; proximal – pensar em músculo.

Raynaud: fenômeno vascular que precipita pelo frio e stress. Sintoma guia de algumas doenças como a esclerodermia.

Distúrbios do sono.

Sintomas “sicca”: nódulos de Heberner)

Uveíte (qualquer queixa oftalmológica): importante na AR e na espondilopatias.

Dor torácica: pelas pleurites e pericardite.

Úlceras orais (no LES é no palato e indolor) ou genitais: guia para doença de Becet (vasculite).

Fotossensibilidade: guia para LES. Pode aparecer no Sjogren, polimiosites.

Disfagia/diarréia.

Manifestações sistêmicas podem sugerir doenças auto-imunes.

Esclerodermia: nariz afilado, boca pequena, ausência de rugas e várias telangiectasias.

LES: ASA de borboleta, alopecia, aftas no palato.

Becet: afta clássica.

Manifestações cutâneas

Dermatomiosite: lesões patognomônicas → mesmo sem CK tem gótron (em cima da articulação) e eliótro?

Mão do mecânico: rachaduras na ponta dos dedos → acontece na polimiosite.

Manifestações cutâneas

Lesões com contorno circinado e claro da febre reumática (eritema marginado/muito raro).

Manifestações neuro-musculares

AVC em jovens pensar em vasculite no SNC: vaso cheio de linfócitos no SNC

Mão com perda de força/atrofia: neuropatia periférica.

Manifestações oculares

Hipópio: nível de pus que indica presença de uveíte (Doença de Kawasaki).

Manifestações cardiopulmonares

Pleurite, pericardite, cardite com IC, pneumonite, fibrose pulmonar.

AR: lesão nodular pulmonar.

Esclerose sistêmica: infiltrado intersticial (também Doença do TC).

Espondilite anquilosante: lesão em ápice pulmonar (muito rara). Única doença reumática que gosta do ápice.

Nefrite lúpica

Metade dos pacientes com LES apresentam nefrite no DX clínico e muito mais no ME.

DX sindrômicos

Monoartrite aguda.

Pensar sempre em artrite séptica: causa mais grave que pode levar a sepse e destruição articular rapidamente.

Fazer punção é importante.

A maioria das artrites sépticas é no joelho.

Outras causas: trauma, hemartrose (paciente com distrofia sanguínea; TTM – lavagem da articulação), MTF, alcooslimo, GOTA (TTM – AINH, colchicina e dieta).

Monoartrite crônica.

Pensar em artrite infecciosa porém por agente específico: TB, outras micobactérias, fungos.

DX difícil a partir do líquido sinovial → fazer biópsia (anatomo-patológico e cultura do tecido).

Biópsia negativa e anatomo-patológico sem granuloma caseoso tratar como artrite auto-imune: infiltrar, drogas sistêmicas.

Poliartrite aguda.

Pensar em artrites reativas por vírus (CMV, EBC, toxo, HIV, parvovirus B19, dengue que dão síndromes mono-like). Também pensar em neoplasia (ca de útero, linfoma, leucemia).

Gonococo é um exceção: é uma bactéria que dá artrite séptica poliarticular. Jovem do sexo masculino, mais de uma articulação acometida, pústulas na pele, pensar em artrite gonocócica.

Poliartrite crônica.

Até prove o contrário é uma doença reumática auto-imune.

Raramente a TB dá quadro articular crônico: geralmente monoarticular.

Lombalgia inflamatória aguda.

Sinais de alerta da dor lombar: é crônico, febre, dor, artrite em articulação periférica, rigidez matinal, deformidade, idade (jovens - espondilite anquilosante; velhos - neoplasia MT), irradiação → investigar com imagem.

Sem sinais de alerta: mandar emagrecer, praticar exercício físicos e prescrever AINES.

Lombalgia inflamatória crônica.

Suspeitou que é uma Espondilopatia (doença reumática) deve ver se há dor onde se inserem os tendões (entesites); se há história familiar de espondilite ou psoríase; se há diarreia crônica. Espondilopatias: síndrome de Heiter, DII, artrite psoriática, espondilite anquilosante.

Pedir RX da sacro-iliaca e das outras articulações cometidas (com carga). Pedir RX da entese se houver dor.

Pedir hemograma, VHS/PCR e manifestações do oftalmologista.

Avaliar necessidade de (os itens acima são pedidos sempre)

Dependendo do caso pedir uma HLAB27 (quase 100% dos pcts com espondilite anquilosante apresenta positivo).

Será que a artrite dele é por clamídia? Difícil de isolar → pedir cultura, PCR e sorologia.

Pedir auto-anticorpos? FR e CCP → se há suspeita de AR.

Lombalgia mecânica aguda.

Lombalgia mecânica crônica.

Síndromes dolorosas regionais: dói um segmento (braço, ombro, bumbum).

Dor difusa.

Guideline para sintomas musculoesqueléticos

Poliartralgia

História e exame físico completo → acredita-se não ser inflamatória → tender point (+ ou -) – 9 pares de pontos de dor?

História e exame físico completo → acredita-se ser inflamatório → agudo ou crônico? → artrites virais (pedir hemograma, EAS, RX de tórax, VHS) ou artrites reumáticas (FAN, FR, PAI, EAS, função renal).

Dor em partes moles

Dor difusa: fibromialgia, hipotireoidismo e miopatias.

Exames: hemograma, VHS, PCR, CPK, TSH.

Avaliar necessidade: ENMG, investigar paraneó.

Dor regional: tendinites, bursites, síndromes compressivas, dor miofascial.

Exames: US (se normal → é dor miofascial).

Avaliar necessidade: ENIMG.

Exames laboratoriais em reumatologia

VHS e PCR indicam se há inflamação.

VHS (velocidade de hemossedimentação das hemácias)

Exames laboratoriais

Provas de atividade inflamatória: VHS, PCR, mucoproteína, eletroforese de proteínas.

Tipagem de HLA.

Fator antinuclear.

Fator reumatóide.

Auto-anticorpos.

Anticorpos anti-citoplasma de neutrófilo: suspeita de vasculite.

Anticardiolipina.

Crioglobulinas: suspeita de crioglobulinemia relacionada a doença reumática ou vírus da hepatite C. .

Provas de atividade inflamatória

VHS

Proteína C reativa.

Mucoproteínas.

Eletroforese de proteínas.

Indicam a produção de proteínas de fase aguda pelo fígado, estimulado pela IL-1.

VHS

Produção de proteínas de fase aguda (fibrinogênio) que neutraliza a carga elétrica das hemácias, facilitando a sua precipitação.

Inespecífico: neoplasias, anemia (aumenta VHS – menos hemácia para segmentar, segmenta mais rápida), gravidez (aumenta VHS), idade, infecção, menstruação.

Valor normal: idade + 10/2 na mulher; idade/2 no homem.

VHS aumenta na presença de proteína de fase aguda. É uma medida indireta da presença das proteínas de fase aguda. É o espelho do que aconteceu dois meses atrás: se eleva mais devagar e cai mais devagar do que a PCR. É muito inespecífico.

Proteína C reativa

É uma proteína de fase aguda capaz de precipitar a proteína C do carboidrato do pneumococo.

Só se eleva no LES em situação de infecção ou poliartrite exuberante.

Mucoproteínas

São glicoproteínas plasmáticas que migram na fração alfa-1 da eletroforese de proteína e que em situações de inflamação estão aumentadas e migram na fração alfa-2.

Eletroforese de proteínas

Inflamação aguda:

Aumento da fração alfa-2.

Inflamação crônica

Aumento da fração gama.

Diminuição da albumina.

Cascata do complemento

Via clássica: C2 e C4.

Via alternativa: C3.

O que cai primeiro, a via clássica ou alternativa em lesões mediadas por IC? Cai primeira C4 (via clássica).

Fator reumatóide

Auto-anti-corpo que reage contra a porção Fc de uma IgG.

➤ É um auto-anticorpo.

➤ Waaler rose: teste de sensibilização de hemácia de carneiro. Um monte de hemácia de carneiro é sensibilizada com anti-corpo. A seguir, joga o sangue do paciente que é FR positivo. O FR reage contra o anticorpo que estava atacando as hemácias. A IgM é um pentâmero e quando se liga fica visível a olho nu pela formação de grumos. Só vê o FR de classe IgM, apesar de haver FR de classes IgM, IgG e IgA.

➤ Látex.

➤ ELISA: mede todas classes de FR.

Critério diagnóstico para AR, mas é muito inespecífico. Se ele estiver positivo não quer dizer que é AR. Pode estar positivo em algumas infecções: endocardite bacteriana, hepatite C, infecções crônica (TB e hanseníase), em indivíduos mais velhos. Em títulos mais altos pode ser indicativo de doença auto-imune.

Pode estar relacionado também com a sarcoidose e a Síndrome de Sjogren.

AR - 80%.

Sjogren e Sarcoidose – 90%.

Pode ser negativo no início e positivar depois de um ano: vale a pena repetir o exame em suspeita de AR.

Fator antinuclear (FAN)

Excelente exame de screening para LES. Sua sensibilidade é de 99% utilizando célula humana como substrato.

Suspeita de LES, mas o exame veio negativo, é muito improvável que seja LES.

É inespecífico: pode ser positivo em muitas coelanoses.

É uma reação de imunofluorescência indireta: lâmina recebe substrato (células humanas) cultivadas in vitro de tumor de laringe. A seguir, a lâmina recebe o soro do paciente que tem o FAN positivo. O FAN se agrega às células, mas isso não é visto ao microscópico, então se coloca um outro anticorpo (marcado com fluoresceína) que reage com anticorpo e é visto ao microscópico.

Antes se utilizava fígado de rato no lugar de células humanas: só havia 4 padrões, hoje são mais de 40. No fígado de rato só corava o núcleo, hoje não é mais assim (coram-se várias estruturas da célula).

Padrões de FAN (Hep2):

Grande número de padrões.

Considerar títulos mais altos.

Padrão: nuclear, citoplasmático, nucleolar, citoesqueleto ou misto.

Padrões nucleares

Padrão mais comum encontrado em normais: título baixo ou título pontilhado fino denso (placa metafásica corada).

1/3 da população pode ter FAN positivo em títulos baixos (não pedir FAN se não houver hipótese DX firmada).

Padrão nuclear mais encontrado em doentes: pontilhado fino (placa metafásica não corada).

Padrão nucleolar: mais relacionada à esclerodermia.

Padrão citoplasmático: raramente é visto, quando é visto não tem relevância, mas a polimiosite apresenta relação só com o citoplasmático e não com o nuclear.

Padrões mistos: todos são relevantes.

Sensibilidade do FAN

Alta sensibilidade para lupus, exame de triagem para doenças do colágeno, é inespecífico, pode ser visto em normais.

Raramente o LES vai ter FAN negativo.

Causas de FAN negativo: Ro positivo, DNAs positivo, LES com ACA +.

Causas de Falso positivo: endocardite, HIV, DMI, hepatopatia, neoplasia, fibrose pulmonar, esclerose múltipla, silicose.

Drogas (falso) positivo

Hidralazina (anti-hipertensivo) e procainamida (anti-arritmico) podem desencadear síndrome tipo lupus.

Doenças do colágeno

➤ LES

FAN: todos os abaixo mais alguns.

AutoAC: pode tudo. Mas 4 são específicos: PCNA, p-ribossomal, SM, DNAs. Quando são positivos, é LES.

➤ Esclerodermia

FAN: padrão nucleolar (mais frequente); também misto (sempre com nucléolo).

AutoAC: dois marcadores, apesar de não específicos → forma sistêmica difusa: Scl70; forma sistêmica limitada: anti-centrômero.

➤ Doença mista do TC

FAN: padrão pontilhado.

AutoAC: RNP.

➤ Sjogren

FAN: padrão pontilhado.

AutoAC: anti-RO (relacionado com fotosensibilidade, atravessa a barreira placentária) e anti-La (importante).

➤ Polimiosite

FAN: citoplasmático

Auto-AC: marcador importante é o Jo-1.

➤ AR (doença mais articular e menos sistêmica)

FAN: pontilhado e homogêneo.

AutoAC: marcador que não tem relação com o FAN +, ao contrário dos demais → anti-CCP.

Anti-CCP – anticorpo anticitrulina

Específico para AR.

Síndrome do anticorpo anti-fosfolípido

Caracterizada por trombose e perda fetal.

Entre os fosfolípidos envolvidos podemos dosar a cardiolipina (G e M).

Também dosar o anticoagulante lúpico: alguma coisa atrapalha a coagulação. TTPA alargado pode indicar presença inibir lúpico.

TTPA não é corrigido pela adição de plasma, mas é corrigido pela adição de plaquetas.

Anticorpo anticitoplasma de neutrófilo (ANCA)

Utilizado para triagem de vasculites.

Solicitar quando suspeita de Wegener, Curg Strauss, Poliangeíte microscópica, Síndromes limitadas.

Síndrome Pulmão-Rim; glomerulonefrites, hemorragias pulmonares com suspeita de vasculite, etc.

Crioglobulinas

Investigação de Raynaud

Hemograma, VHS, PCR, EAS, CPK, LDH, Rx tórax.

FAN/FR: anticorpos inespecíficos de triagem.

Capilaroscopia periungueal: pode ser positivo anos antes da doença instalada. Mostra doença da microcirculação (é o que a esclerodermia é).

Avaliar órgãos: pele, esôfago, coração e pulmão (locais de predilação da esclerodermia).

Dicas para fazer um DX diferencial em reumato.

Ver slides.

Sintomas guia

Importante.