



Greici Taiane Gunzel

**TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO
PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE
ARTRITES**

**FINAL WORK DEGREE
ASSISTANCE PROTOCOL FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ARTHRITES**

Santa Maria, RS

2019

Greici Taiane Gunzel

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE
ARTRITES**

Trabalho final de graduação (TFG) apresentado ao Curso de Medicina - Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana (UFN), como requisito parcial para obtenção do grau em Medicina – Bacharel em Medicina.

Orientadora: Karine Alessandra da Silva Fortes

Santa Maria, RS

2019

Greici Taiane Gunzel

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE
ARTRITES**

Trabalho final de graduação (TFG) apresentado ao Curso de Medicina - Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana (UFN), como requisito parcial para obtenção do grau em Medicina – Bacharel em Medicina.

Karine Alessandra da Silva Fortes – Orientadora (Reumatologista)

Natiele Dutra Gomes (Médica de Família e Comunidade)

Rafaela Martinez Copês (Reumatologista)

Aprovado em de de

RESUMO

O termo genérico artrite aplica-se à condição em que uma articulação diartrodial está acometida por um processo inflamatório. Muitas patologias podem cursar com acometimento articular inflamatório agudo, portanto as artrites compreendem condições clínicas múltiplas com etiologia, prognóstico e tratamento distintos, as quais representam um desafio diagnóstico para os profissionais de saúde nos diversos níveis de atenção. Diante disso e, considerando a elevada prevalência das doenças reumatológicas na clínica médica, evidenciou-se a necessidade de elaborar um protocolo assistencial que padronize condutas clínicas diante dos quadros de artrite em ambiente ambulatorial, hospitalar e de emergência, que auxilie os profissionais na realização de um diagnóstico preciso e tratamento eficaz e corrobore na determinação de um alto índice de suspeição dos casos graves que necessitam de intervenção imediata ou de conduta em nível especializado. Dentre os diversos diagnósticos diferenciais incluiu-se neste protocolo os mais prevalentes na prática clínica, através de uma divisão entre quadros classificados quanto ao número de articulações envolvidas (mono ou oligoarticulares e poliarticulares). Em relação às artrites monoarticulares destaca-se os princípios diagnósticos e terapêuticos da artrite séptica, gota e pseudogota. No que se refere ao acometimento oligo e poliarticular deu-se ênfase às espondiloartrites e à apresentação articular do lupus eritematoso sistêmico e da artrite reumatoide, respectivamente. Destacou-se as características clínicas das espondiloartrites e citou-se algumas patologias inclusas nas miscelâneas para que essas sejam sugeridas nos possíveis diagnósticos diferenciais. As recomendações quanto ao acompanhamento dos quadros de artrite aguda têm como princípio a avaliação da evolução da patologia e adequação do tratamento a longo prazo.

Palavras-chave: Artrite. Monoartrite. Oligoartrite. Poliartrite.

ABSTRACT

The generic term arthritis applies to the condition in which a diarthrodial joint is affected by an inflammatory process. Many pathologies may present with acute inflammatory joint involvement, so arthritis comprises multiple clinical conditions with distinct etiology, prognosis and treatment, which represent a diagnostic challenge for health care professionals at different levels of care. Considering the high prevalence of rheumatic diseases in the medical clinic, it was evidenced the need to elaborate an assistance protocol that standardizes clinical practices in arthritis patients in outpatient, hospital and emergency environment, and that assists professionals in performing accurate diagnosis and effective treatment, and corroborate in the determination of a high rate of suspicion of serious cases that requiring immediate intervention or conduct at a specialized level. Among the several differential diagnoses, the most prevalent in clinical practice was included in this protocol, by dividing the number of articulations involved (mono or oligoarticular and polyarticular). In relation to monoarticular arthritis, the diagnostic and therapeutic principles of septic arthritis, gout and pseudogout are highlighted. Regarding oligo and polyarticular involvement, emphasis was given to reactive arthritis and joint involvement of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. The clinical characteristics of spondyloarthritis were highlighted and some pathologies were included in the miscellaneous, so that they may be suggested in the possible differential diagnoses. Recommendations regarding the follow-up of acute arthritis are based on the evaluation of the evolution of the pathology and adequacy of the long-term treatment.

Keywords: Arthritis. Monoarthritis. Oligoarthritis. Polyarthritis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
2 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DAS DOENÇAS (CID-10)	14
3 DIAGNÓSTICO	15
3.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS ARTRITES.....	15
3.1.1 Artrite reumatoide.....	15
3.1.1.1 Classificação CID-10.....	15
3.1.1.2 Diagnóstico clínico da artrite reumatoide.....	15
3.1.1.3 Avaliação laboratorial da artrite reumatoide.....	17
3.1.1.4 Exames de imagem na artrite reumatoide.....	17
3.1.1.5 Critérios diagnósticos da artrite reumatoide.....	18
3.1.2 Lúpus eritematoso sistêmico.....	20
3.1.2.1 Classificação CID-10.....	20
3.1.2.2 Diagnóstico clínico do lúpus eritematoso sistêmico.....	20
3.1.2.2 Análise de exames de imagem no lúpus eritematoso sistêmico.....	21
3.1.2.3 Critérios diagnósticos do lúpus eritematoso sistêmico.....	22
3.1.3 Gota.....	24
3.1.3.1 Classificação (CID-10).....	24
3.1.3.2 Diagnóstico clínico da gota.....	25
3.1.3.3 Análise laboratorial na gota.....	26
3.1.3.4 Análise dos exames de imagem na gota.....	26
3.1.3.5 Critérios diagnósticos da gota.....	27
3.1.4 Pseudogota.....	28
3.1.4.1 Classificação CID-10.....	28
3.1.4.2 Diagnóstico clínico da pseudogota.....	29
3.1.4.3 Avaliação laboratorial e de imagem na pseudogota.....	29
3.1.4.4 Critérios diagnósticos da pseudogota.....	30
3.1.5 Artrite séptica.....	31
3.1.5.1 Classificação CID-10.....	31
3.1.5.2 Diagnóstico clínico da artrite séptica.....	31
3.1.5.3 Avaliação laboratorial da artrite séptica.....	32

3.1.5.4 Avaliação dos exames de imagem da artrite séptica.....	33
3.1.5.5 Critérios diagnósticos da artrite séptica.....	33
3.1.6 Artrite reativa.....	33
3.1.6.1 Classificação CID-10.....	33
3.1.6.2 Diagnóstico clínico da artrite reativa.....	34
3.1.6.3 Avaliação laboratorial da artrite reativa.....	34
3.1.6.4 Critérios diagnósticos da artrite reativa.....	35
3.1.7 Espondiloartrites.....	35
3.1.7.1 Classificação CID-10.....	35
3.1.7.2 Diagnóstico clínico das espondiloartrites.....	35
3.1.7.3 Critérios diagnósticos das espondiloartrites.....	36
3.1.8 Miscelâneas.....	38
3.1.8.1 Classificação e CID-10.....	38
3.1.8.2 Diagnóstico clínico das miscelâneas.....	38
4 TRATAMENTO.....	40
4.1 TRATAMENTO DA ARTRITE REUMATOIDE.....	40
4.1.1 Tratamento não-farmacológico da artrite reumatoide.....	40
4.1.2 Tratamento farmacológico da artrite reumatoide.....	40
4.1.2.1 Anti-inflamatórios não hormonais (AINH).....	40
4.1.2.2 Corticosteróides.....	41
4.1.2.3 Drogas modificadoras do curso da doença (DMCD) –Sintéticas e Biológicas... 41	
4.2 TRATAMENTO DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO.....	42
4.3 TRATAMENTO DA GOTA.....	43
4.4 TRATAMENTO DA PSEUDOGOTA.....	44
4.5 TRATAMENTO DA ARTRITE SÉPTICA.....	45
4.6 TRATAMENTO DA ARTRITE REATIVA.....	46
4.7 TRATAMENTO DAS ESPONDILOARTRITES.....	46
5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	48
6 MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PÓS TRATAMENTO.....	49
7 FLUXOGRAMA.....	50
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

1 INTRODUÇÃO

Condiciente com Cardoso, *et al* (2005), emprega-se a denominação de artrite quando uma articulação diartrodial – duas extremidades ósseas adjacentes recobertas por cartilagem, limitadas por uma membrana sinovial e cápsula articular - é acometida por processo inflamatório, independente do seu mecanismo patogênico.

Diante do exposto, constata-se que o termo artrite alberga uma série de condições clínicas que assemelham-se pela presença de dor articular ou periarticular em uma ou mais articulações e pela existência de um componente inflamatório, contudo se distinguem em relação à etiologia, acometimento sistêmico, prognóstico e tratamento, o que as torna um desafio diagnóstico em clínica médica e em reumatologia.

As bases diagnósticas da reumatologia são a história clínica e o exame físico minucioso, aliados a exames laboratoriais e a métodos de imagem. A anamnese e o exame físico adquirem importância fundamental por culminarem em um diagnóstico preciso, que interfere no prognóstico e tratamento racional (Carvalho *et al*, 2014, p. 117).

As patologias articulares e, entre elas, as artrites, constituem uma das principais demandas pela busca de cuidados na atenção primária à saúde e em ambulatórios de atenção secundária, sendo motivo substancial de invalidez, absenteísmo ao trabalho e redução da qualidade de vida do paciente, motivo esse que torna o diagnóstico diferencial crucial nos diversos níveis de atenção à saúde (Cardoso *et al*, 2005, p. 6).

Os sinais e sintomas articulares são queixas prevalentes, incapacitantes e, por vezes, crônicos, que resultam em comprometimento da qualidade de vida do paciente e demanda excessiva aos serviços de saúde. Além disso, as artrites podem ser precursoras de patologias graves, passíveis de acometimento sistêmico e prognóstico desfavorável quando não diagnosticadas precocemente e tratadas de modo satisfatório.

As situações descritas evidenciam a necessidade de uma padronização de condutas clínicas diante dos quadros de artrite em ambiente ambulatorial, hospitalar e de emergência, de modo a auxiliar os profissionais de saúde a realizarem o diagnóstico preciso e tratamento eficiente e eficaz a partir de um protocolo assistencial.

Portanto, objetiva-se elaborar, a partir de conhecimento científico atual e respaldado pela literatura, um protocolo assistencial que auxilie os profissionais médicos no diagnóstico diferencial e tratamento das artrites a nível ambulatorial, hospitalar e de emergência, como forma de orientar fluxos, condutas e padronizar procedimentos clínicos, sobretudo no ambulatório de Reumatologia da Universidade Franciscana.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

Por definição, o termo genérico de artrite aplica-se atualmente a mais de 180 diferentes situações clínicas, que têm em comum dor articular ou periarticular em uma ou mais articulações, algumas delas com componente inflamatório (CARDOSO, 2005, p. 7).

De modo mais específico: Denominamos artrite aquela condição em que uma articulação diartrodial (duas extremidades ósseas adjacentes recobertas por cartilagem limitadas por uma membrana sinovial e cápsula articular) está acometida por um processo inflamatório (OLIVEIRA, 2018, p. 115). Geralmente o sítio primário da agressão inflamatória é a membrana sinovial, levando a uma "sinovite"; contudo, outras estruturas periarticulares, como ênteses, tendões e bursas, poderão estar comprometidas, sofrendo injúrias inflamatórias (JÚNIOR, 2018, p. 74).

Diante disso, deve-se considerar a multiplicidade de hipóteses diagnósticas que surgem ao avaliar um quadro de artrite, cada qual com etiologia, curso clínico, tratamento e prognóstico distintos. As patologias envolvidas podem atingir indivíduos de distintas faixas etárias, podem ser agudas ou crônicas, ter acometimento focal ou sistêmico e apresentar-se com sinais e sintomas diversos. Muitas vezes são causas de incapacidade e, quando não diagnosticadas ou tratadas de forma precoce e adequadamente, podem causar repercussões graves.

Concordante com Imboden (2013, p. 26), podemos destacar que muitas doenças podem cursar com artrite. Obter uma história e realizar um exame físico são os primeiros passos para permitir ao clínico caracterizar com precisão a artrite e abordar o diagnóstico diferencial de forma focada e lógica, com base na duração dos sintomas, na presença ou ausência de inflamação articular, no número de articulações afetadas e no padrão de envolvimento articular.

As bases diagnósticas da reumatologia são a história clínica completa e o exame físico minucioso, aliados a exames laboratoriais e a métodos de imagem. A distinção entre os diversos diagnósticos diferenciais compreendidos entre as etiologias das artrites depende da avaliação de algumas características da apresentação clínica do paciente: 1) a queixa é de dor articular ou não articular; 2) distribuição e localização do quadro; 3) os sintomas têm evolução aguda ou crônica; 4) a etiologia é de origem inflamatória ou não inflamatória.

Inicialmente, é imprescindível realizar a diferenciação entre um quadro de artrite e um quadro puramente de dor articular, além de elucidar se as manifestações são articulares (sinóvia, líquido sinovial, cartilagem articular, ligamentos intra-articulares, cápsula articular e osso justarticular) ou periarticulares (ligamentos extra-articulares de apoio, tendões, bursas, músculos, fáscia, osso, nervo e pele). Essa distinção pode ser difícil, mas algumas características clínicas podem ser sugestivas. A dor articular caracteriza-se por dor profunda ou difusa, dor ou amplitude de movimento limitada durante movimentação ativa ou passiva, bem como tumefação (por derrame articular ou proliferação sinovial), crepitação, instabilidade, bloqueio ou deformidades. O envolvimento periarticular costuma produzir dor à movimentação ativa e raramente abrange os demais sinais descritos.

De acordo com Carvalho (2005, p. 117), o padrão de envolvimento articular também pode oferecer indicativos do diagnóstico: é importante definir se as articulações envolvidas são pequenas ou grandes (ombro, quadril, joelhos e tornozelo), se o quadro é simétrico (afeta ambos os lados do corpo) ou assimétrico (distribuição irregular), se tem um padrão aditivo ou migratório, além da determinação do número de articulações envolvidas e presença ou não de envolvimento axial.

Considerando o número de articulações acometidas e o envolvimento ou não do esqueleto axial podemos ter alguns diagnósticos mais prováveis, por exemplo: as espondiloartropatias geralmente envolvem a coluna, incluindo as articulações sacroilíacas e as articulações médias ou grandes, como ombros, quadris, joelhos e tornozelos; já o envolvimento de articulações menores, como os punhos, dedos das mãos e pés, é mais consistente com o diagnóstico de Artrite Reumatóide e Lúpus Eritematoso Sistêmico.

Quanto ao número de articulações envolvidas “podemos classificar a artrite como monoartrite (uma articulação), oligoartrite (duas a quatro articulações) e poliartrite (mais que quatro articulações)” (CARVALHO, 2005, p. 117).

Com relação ao tempo de evolução dos sintomas, Harrison, (2017, p. 8918) expressa que os distúrbios musculoesqueléticos são classificados como agudos ou crônicos conforme a duração dos sintomas seja inferior ou superior a 6 semanas, respectivamente. A cronologia da queixa é um aspecto diagnóstico importante, podendo ser dividida em início, evolução e duração. O início de distúrbios como artrite séptica ou gota costuma ser brusco, enquanto a osteoartrite (OA), a artrite reumatóide (AR) e a

fibromialgia podem ter apresentações mais indolentes. As queixas dos pacientes podem evoluir de maneira diferente e serem classificadas como crônicas (OA), intermitentes (artrite induzida por cristais ou de Lyme), migratórias (febre reumática, artrite gonocócica ou viral) ou aditivas (AR, artrite psoriásica). As artropatias agudas costumam ser infecciosas, induzidas por cristais ou reativas. As condições crônicas consistem nas artrites não inflamatórias ou imunológicas (p. ex., osteoartrite e artrite reumatoide) e nos distúrbios não articulares (p. ex., fibromialgia).

Com base nos dados obtidos na história clínica, exame físico e exames complementares, pode-se classificar as artrites em algumas categorias, tais como: artrite inflamatória, degenerativa, funcional, infecciosa e de origem desconhecida (CARVALHO, 2005, p. 117).

Prosseguindo a investigação é essencial realizar a discriminação entre artrite de etiologia inflamatória e não inflamatória. Concordante com Pujalte, (2015, p. 35) pode-se considerar que as artrites podem ser divididas em duas grandes categorias: inflamatória e não inflamatória (artrite degenerativa). A presença de edema nas articulações, eritema, rigidez matinal prolongada (mais de uma hora) e dor simétrica, mesmo em repouso, é sugestiva de condições inflamatórias. Por outro lado, a sustentação de peso e o movimento pioram a dor das condições de artrite não-inflamatória, como a osteoartrite. A artrite não inflamatória geralmente causa menos de uma hora de rigidez matinal. As articulações que suportam peso nas extremidades inferiores também estão mais comumente envolvidas em um padrão assimétrico. Uma apresentação simétrica sugere uma condição subjacente de artrite inflamatória. Os sinais de inflamação sistêmica incluem erupções cutâneas (por exemplo: psoríase, fotossensibilidade), ulcerações orais e genitais, fenômeno de Raynaud, serosite com pleurite e pericardite, sintomas de olhos secos e boca seca, inflamação ocular, inflamação intestinal, sintomas neurológicos e sintomas isquêmicos (incluindo Acidente Vascular Encefálico). Esses sinais são parte integrante do diagnóstico correto da artropatia inflamatória sistêmica.

De acordo com o padrão inflamatório ou não inflamatório do envolvimento articular abre-se uma multiplicidade de possibilidades diagnósticas, conforme Harrison (2017, p. 8914), os distúrbios inflamatórios podem ser infecciosos (*Neisseria gonorrhoeae* ou *Mycobacterium tuberculosis*), induzidos por cristais (gota, pseudogota), relacionados com o sistema imune (artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico), reativos (febre reumática, artrite reativa) ou idiopáticos. Os distúrbios inflamatórios podem ser

identificados por qualquer um dos quatro sinais cardinais da inflamação (eritema, calor, dor ou tumefação), pelos sintomas sistêmicos (fadiga, febre, erupção cutânea, redução ponderal) ou pela evidência laboratorial de inflamação (velocidade de hemossedimentação [VHS] ou proteína C reativa [PCR] elevadas, trombocitose, anemia da doença crônica ou hipoalbuminemia). Os distúrbios não inflamatórios podem estar relacionados com traumatismo (laceração do manguito rotador), uso repetitivo (bursite, tendinite), degeneração ou reparo ineficaz (OA), neoplasia (sinovite vilonodular pigmentada) ou amplificação da dor (fibromialgia).

Referindo-se à distribuição dos sintomas, a monoartrite refere-se à apresentação clínica de dor ou edema em uma única articulação. O diagnóstico pode ser desafiador em quadros iniciais quando não é possível fazer a distinção entre dor limitada à articulação e apresentação precoce de uma doença sistêmica. Portanto, qualquer patologia articular pode apresentar-se, de modo primordial, como uma monoartrite.

Com relação às monoartrites Becker (2016, p. 810) ressalta que a monoartrite aguda pode ser a manifestação inicial de muitos distúrbios articulares. Os diagnósticos mais comuns no cenário da atenção primária são osteoartrite, gota e trauma. A presença de dor óssea focal ou trauma recente requer radiografia da articulação afetada para descartar doença óssea metabólica, tumor ou fratura. A infecção é uma etiologia comum da dor nas articulações. Quando houver suspeita de infecção na presença de derrame articular ou inflamação, deve ser realizada artrocentese, além de exames laboratoriais adicionais conforme indicado. Causas menos comuns de monoartrite incluem doenças sistêmicas, como espondiloartropatias (por exemplo, artrite psoriática, artrite reativa, espondilite anquilosante), sarcoidose, síndrome de Behçet, lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatóide. Doenças reumáticas e o uso de corticosteroides podem causar necrose avascular do osso.

Ainda sobre a monoartrite de etiologia infecciosa, a artrite gonocócica é o tipo mais comum de monoartrite aguda não-traumática em pessoas jovens e sexualmente ativas nos Estados Unidos (SCHLESINGER, 2010, p. 1907-1912, apud BECKER, 2016, p. 811). A artrite séptica é uma consideração importante em adultos que apresentam monoartrite aguda, particularmente na presença de dor nas articulações, eritema, calor e imobilidade (HOROWITZ, 2011, p. 653-660, apud BECKER, 2016, p. 811). Nesse caso, quando há suspeita de artrite séptica, é importante iniciar antibióticos empíricos imediatamente após a artrocentese, porque a falha em iniciar a antibioticoterapia pode

levar à perda óssea subcondral e disfunção articular permanente (MATHEWS, 2010, p. 846-855, apud BECKER, 2016, p. 811).

Dessa forma, diante de um quadro de monoartrite é necessário pensar nos principais diagnósticos possíveis com objetivo de indicar tratamento de urgência quando necessário, sobretudo diante de quadro infeccioso bacteriano, o qual acarreta elevada morbidade e mortalidade.

Com relação à confirmação diagnóstica nos casos de mono e oligoartrites, além de uma história clínica e exame físico minuciosos, podemos lançar mão de algumas estratégias complementares, como assegura Carvalho (2014, p. 118), o qual destaca que em casos de monoartrite deve-se lançar mão da artrocentese (retirada de líquido sinovial após punção articular) na maioria dos pacientes, sendo conduta mandatória quando se suspeita de artrite infecciosa. Para análise do líquido sinovial é importante solicitar a contagem total de leucócitos e diferencial, contagem de hemácias, exame bacterioscópico e cultura, bioquímica e microscopia com luz polarizada para pesquisa de cristais. Na impossibilidade de estabelecer o diagnóstico etiológico da monoartrite deve-se proceder à biópsia da membrana sinovial, sede da maioria das patologias inflamatórias articulares.

Concordante ao exposto, Becker (2016, p. 810) expõe que no cenário de trauma a radiografia da articulação afetada é necessária para descartar luxação ou fratura antes de realizar manobras de exame físico ativo. A radiografia também pode mostrar sinais de osteoartrite, como estreitamento do espaço articular, osteófitos e esclerose subcondral. Se um derrame articular estiver presente na ausência de lesão traumática, deve-se realizar artrocentese, particularmente quando outros sinais inflamatórios estiverem presentes e houver uma preocupação razoável com a infecção (por exemplo, febre, eritema, calor). A análise do líquido sinovial distingue as causas infecciosas e inflamatórias da monoartrite aguda (por exemplo, artrite reumatóide, séptica e induzida por cristais) de causas não inflamatórias (por exemplo, trauma, osteoartrite). A análise deve incluir contagem de células e diferencial, contagem de leucócitos, coloração de Gram, culturas e avaliação de cristais.

O acometimento de mais de quatro articulações é definido como poliartrite. Consoante à Júnior (2018, p. 74), a maioria das patologias sistêmicas, do campo de concentração da Reumatologia, apresenta em sua evolução, quer de forma aguda, subaguda ou crônica, manifestação poliarticular. A primeira preocupação é localizar o sítio anatômico de origem da dor. Além da dor articular, podemos observar quadros de

dor de origem muscular, neuropática e também vascular, e, deste modo, faz-se necessária a identificação precisa de sua origem topográfica. Os comprometimentos articulares localizados, na maioria das vezes, têm uma causa identificável para sua ocorrência, tal como traumas, vícios posturais e/ou ocupacionais, entre outros, caracterizando quadros de artralgia, não de artrite.

Após confirmação de que a origem da dor é articular e realizada a distinção entre padrão inflamatório e não inflamatório pode-se cogitar os principais diagnósticos inclusos nesse grupo de artrites. No que se concerne às poliartrites inflamatórias Carvalho, (2005, p. 120) destaca que, dentre as doenças inflamatórias poliarticulares, a que mais chama a atenção é a artrite reumatoide, que se caracteriza por poliartrite de pequenas articulações das mãos (interfalangianas proximais e metacarpofalangianas), punhos, pés (interfalangianas e metatarsofalangianas), tornozelos, joelhos e outras. O processo é, na maioria das vezes, crônico, bilateral, simétrico e fixo, evoluindo para deformidades articulares, como desvio ulnar, subluxação, dedo em pescoço de cisne e em botoeira.

A Artrite Reumatóide é um exemplo de poliartrite inflamatória, a qual obedece critérios diagnósticos específicos de acordo com sua apresentação clínica, laboratorial e em exames de imagem. Seu reconhecimento e tratamento precoce são imprescindíveis, visto que é uma patologia com evolução progressiva e passível de repercussões graves. De forma semelhante Carvalho (2005, p. 120) acrescenta que as doenças difusas do tecido conjuntivo, como lúpus eritematoso sistêmico (LES), esclerose sistêmica, dermatopolimiosite e doença mista do tecido conjuntivo, podem ter envolvimento poliarticular, e o diagnóstico é feito por critérios clínicos próprios de cada patologia. O LES pode facilmente ser confundido com a AR pelo padrão de envolvimento articular, contudo no LES não ocorrem as erosões típicas visualizadas radiograficamente.

Nos casos em que não denotam-se características inflamatórias a dor articular pode ser caracterizada como um quadro puramente álgico, ou seja, como artralgia. A poliartralgia é um sintoma inespecífico que pode ocorrer em um ampla variedade de condições clínicas benignas, sendo comum em processos pós-virais, contudo pode representar o pródromo de doenças sistêmicas, tais como as doenças difusas do tecido conjuntivo.

Diante disso e, considerando a elevada prevalência das doenças reumatológicas no âmbito das consultas de atenção primária e nos ambulatórios especializados em

reumatologia, é essencial considerar a relevância dos sintomas musculoesqueléticos, os quais são, por vezes, precursores de doenças graves que afetam outros sistemas, com evolução e prognóstico desfavoráveis. Deste modo, a meticulosidade na obtenção da história clínica e na realização do exame físico tem um papel primordial, pois a conjugação destas informações permite a orientação do diagnóstico diferencial, a solicitação de exames complementares e, por fim, o diagnóstico definitivo e tratamento específico de cada condição.

2 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DAS DOENÇAS (CID-10)

Na classificação estatística e internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, reconhecida pela sigla CID-10, as artrites, de modo geral, encontram-se descritas nos códigos:

M130: Poliartrite não especificada;

M131: Monoartrites não classificadas em outra parte;

M138: Outras artrites especificadas;

M139: Artrite não especificada.

3 DIAGNÓSTICO

3.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS ARTRITES

3.1.1 Artrite reumatoide

3.1.1.1 Classificação CID-10

M053: Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas;

M058: Outras artrites reumatóides soro-positivas;

M059: Artrite reumatoide soro-positiva não especificada;

M060: Artrite reumatoide soro-negativa;

M068: Outras artrites reumatóides especificadas;

M069: Artrite reumatoide não especificada.

3.1.1.2 Diagnóstico clínico da artrite reumatoide

De acordo com Mota, *et al* (2013, p. 141, apud LEE, 2001, p. 903-911), a artrite reumatoide (AR) é definida como uma doença inflamatória sistêmica, crônica e progressiva, que acomete preferencialmente a membrana sinovial das articulações, podendo levar à destruição óssea e cartilaginosa. Evidencia-se uma predominância da doença no sexo feminino e uma maior ocorrência entre a quarta e sexta décadas de vida.

As manifestações clínicas da AR podem ser divididas em articulares e extra-articulares. Os sintomas iniciais podem ser articulares ou sistêmicos, tais como febre, astenia, fadiga, mialgia e perda ponderal, os quais podem anteceder ou acompanhar as manifestações articulares típicas.

Com relação às manifestações articulares, a AR reumatoide caracteriza-se pela sinovite que acomete as articulações diartrodiais. Como descrito por Mota, *et al* (2013, p. 142, apud WOOLF, 2003, 381-402), a queixa clínica é de dor, edema e limitação dos movimentos das articulações acometidas. Ao exame físico, observa-se presença de dor, aumento do volume das articulações, derrame intra-articular, calor e, eventualmente, rubor.

A AR tem algumas peculiaridades em sua apresentação, segundo Mota, *et al* (2013, p. 142, apud WOOLF, 2003, 381-402): há predomínio de comprometimento

poliarticular, ou seja, mais de quatro articulações envolvidas. As articulações mais frequentemente envolvidas no início do quadro são os punhos, as metacarpofalangeanas e as interfalangeanas proximais, além das metatarsofalangeanas, ombros e joelhos, mas com a progressão da doença outros sítios passam a ser acometidos. O envolvimento das interfalangeanas distais é raro, sendo um indicador do diagnóstico de osteoartrite ou artrite psoriásica. O acometimento articular na AR se dá de forma aditiva, com padrão cumulativo, e simétrico. De modo peculiar a dor segue um ritmo inflamatório - piora à noite e pela manhã - além disso, um aspecto quase universal da inflamação sinovial é a rigidez matinal ou após repouso prolongado. A duração da rigidez correlaciona-se com o grau de inflamação, sendo um parâmetro importante para o diagnóstico e avaliação da resposta ao tratamento, nesse caso a rigidez deve ser superior a 60 minutos (CARVALHO, 2014).

Além dos sintomas sistêmicos típicos das fases iniciais da doença, outros órgãos e sistemas podem estar comprometidos, sobretudo quadros cutâneos, oculares, cardíacos, pleuropulmonares, hematológicos, neurológicos e osteometabólicos. A presença de manifestações extra-articulares está relacionada com doença grave e poliarticular, fator reumatoide (FR) ou anticorpo anti-peptídeos citrulinados cíclicos (anti-CCP) positivos e com nódulos reumatoides (Mota *et al.* 2013, p. 142, apud GOELDNER, 2011, 975-80; apud TURESSON, 2007, 1543-44).

O diagnóstico precoce da AR está associado com melhor prognóstico, evolução radiológica e funcional. Embora haja divergências entre as literaturas atuais, consoante a Mota, *et al* (2013, p. 143, apud LOUZADA-JUNIOR, 2007, p. 84-90), “considera-se como AR inicial a que possui duração dos sintomas inferior a 24 meses, com ênfase nos primeiros 12 meses e, como AR muito inicial nas primeiras 12 semanas de evolução”. O primeiro ano é considerado pelos autores como um período de “janela de oportunidade terapêutica”, já que, conforme Mota, *et al* (2013, p.143, apud KYBURZ, 2011, p.1106-10) a instituição de tratamento com drogas modificadoras do curso da doença (DMCD) no primeiro ano da AR determinou redução na progressão radiológica em cinco anos de seguimento e produziu melhor evolução funcional e clínica em 10 anos de seguimento, em comparação com os pacientes tratados entre um e cinco anos de início da doença (Mota, *et al*, 2013, p. 144, apud KEYSSER, 2001, p.69-73).

3.1.1.3 Avaliação laboratorial da artrite reumatoide

Em relação ao fator reumatoide (FR) e de acordo com Carvalho (2014, p.313), a sorologia é positiva em cerca de 70% dos pacientes, sendo que em até metade dos casos é negativa na AR inicial. O FR possui sensibilidade e especificidade limitadas por estar presente em outras condições, reumatológicas ou não, dessa forma, a negatividade não exclui o diagnóstico e a positividade só tem valor quando associada a parâmetros clínicos. Além de influenciar no diagnóstico, o seu uso permite estimar o prognóstico, sobretudo quanto à progressão radiológica e mortalidade. Na AR a positividade do FR está associado a curso mais grave da doença, já que níveis mais altos associam-se com doença mais agressiva, presença de nódulos reumatoides e de doença extra-articular. (apud MOTA, 2011, 199-219; apud BURMESTER, 2012).

Anticorpos anti-peptídeos citrulinados cíclicos (anti-CCP): essa sorologia possui sensibilidade semelhante ao FR, mas especificidade maior, sobretudo em fases iniciais da doença. Portanto, é útil em pacientes com AR em fase inicial e FR negativo (CARVALHO, 2014).

3.1.1.4 Exames de imagem na artrite reumatoide

Na prática clínica inicia-se a avaliação do dano estrutural articular com radiografia de mãos/punhos e antepés, como investigação básica, seguido de nova imagem 12 meses após o diagnóstico, para acompanhamento. Achados típicos na radiografia incluem simetria, osteopenia (inicialmente periarticular) e aumento de partes moles, que são alterações precoces. Mais tardiamente destacam-se a redução do espaço articular e as erosões ósseas. Quando a imagem é positiva para a presença de erosões ósseas a probabilidade diagnóstica eleva-se para 100% (CARVALHO, 2014).

A ultrassonografia é um método capaz de detectar sinovite, acúmulo de fluido articular e erosões ósseas na AR, portanto possui aplicabilidade para diagnóstico e monitoramento (CARVALHO, 2014). De acordo com Mota, *et al* (2013, p. 150, apud FORSLIND, 2003, p. 131-7) a ressonância magnética é o método mais sensível para detectar as alterações da AR em sua fase inicial. Esse método permite avaliar alterações de partes moles, ossos e cartilagens, além de erosões antes das radiografias convencionais.

3.1.1.5 Critérios diagnósticos da artrite reumatoide

O diagnóstico da AR baseia-se na análise de manifestações clínicas e exames complementares, já que nenhum método de investigação é capaz de definir a patologia isoladamente (MOTA, 2013). Contudo, o diagnóstico nas fases iniciais da doença pode ser desafiador, já que alterações clínicas, sorológicas e radiográficas típicas podem estar ausentes nesse período.

Com o objetivo de permitir a classificação de indivíduos com AR, foram estabelecidos critérios pelo American College of Rheumatology (ACR) em 1987 e, mais recentemente, pelo American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism - ACR/EULAR em 2010. As acurácias diagnósticas desses critérios são comparáveis, sendo os últimos mais sensíveis para casos iniciais. Apesar disso, os critérios de 2010 não identificam alguns pacientes classificados pelos critérios de 1987, especialmente aqueles com artrite simétrica soronegativa e limitada a poucas articulações. Os critérios de 2010 não são diagnósticos, mas sim classificatórios, ou seja, identificam populações que possuem uma doença para fins de estudos.

Os novos critérios classificatórios ACR/EULAR podem ser aplicados a qualquer paciente, desde que dois requisitos básicos estejam presentes: 1) Deve haver evidência de sinovite clínica ativa no momento do exame em pelo menos uma articulação; 2) Os critérios só são aplicáveis aos pacientes para os quais a sinovite não possa ser mais bem explicada por outros diagnósticos.

As manifestações são divididas em quatro domínios: acometimento articular, sorologia, duração dos sintomas e provas de atividade inflamatória. A contagem de articulações acometidas pode utilizar métodos de imagem ultrassonográfica (US) e de ressonância magnética (RM), em caso de dúvida. Uma pontuação ≥ 6 classifica o paciente como tendo AR.

É importante frisar que, se o paciente apresentar uma história compatível com AR, mesmo que não documentada, e erosões radiográficas típicas, pode-se proceder diretamente à classificação como AR, independente do preenchimento dos critérios (CARVALHO, 2014).

Segundo os critérios ACR, são necessários quatro dos sete critérios abaixo para classificar um paciente como tendo artrite reumatoide, sendo que os critérios de 1 a 4 devem estar presentes em pacientes com história de pelo menos 6 semanas de evolução.

Imagem 1: Critérios do colégio Americano de Reumatologia (1987) para classificação da Artrite Reumatoide

Critério	Definição
1. Rigidez matinal	Deverá ter duração mínima de 60 minutos até a melhora máxima
2. Artrite de 3 ou mais áreas articulares	Pelo menos 3 articulações diferentes acometidas simultaneamente, com edema ou efusão vistos por médico
3. Artrite de articulações das mãos	Pelo menos uma articulação edemaciada, em punhos, MCFs ou IFPs
4. Artrite simétrica	Envolvimento bilateral simultâneo (acometimento das articulações IFPs, MCFs e MTFs é aceitável sem simetria absoluta)
5. Nódulos reumatoides	Nódulos subcutâneos sobre proeminências ósseas ou superfícies extensoras ou em regiões justa-articulares, observados por médico
6. Fator reumatoide	Demonstração do fator reumatoide por qualquer método que seja positivo em menos de 5% dos controles normais
7. Alterações radiográficas	Alterações típicas, vistas em radiografia em incidência PA, de mãos e punhos e que incluem osteopenia periarticular e erosões ósseas

IFPs: interfalngianas proximais; MCFs: metacarpofalangianas; MTFs: metatarsofalangianas; PA: posteroanterior.

Fonte: Arnett FC. *et al.* 1988.

Os critérios ACR/EULAR (pontuação de pelo menos 6 em 10) devem estar presentes em pacientes com sinovite clínica em pelo menos uma articulação, que não seja justificada por outra causa:

Com base na importância do reconhecimento precoce e do tratamento adequado dos casos iniciais de AR, optou-se por manter ambos neste protocolo: os critérios mais estudados (1987) e os mais sensíveis para os casos iniciais (2010).

Imagem 2: Critérios ACR/EULAR (2010) para classificação da Artrite Reumatoide

Domínios	Pontos
Acometimento articular	
1 grande articulação	0
2-10 articulações grandes	1
1-3 articulações pequenas (grandes não contadas)	2
4-10 articulações pequenas (grandes não contadas)	3
> 10 articulações, pelo menos 1 pequena	5
Sorologia	
FR e ACPA negativos	0
FR e/ou ACPA em títulos baixos (≤ 3 vezes o limite superior da normalidade)	2
FR e/ou ACPA em títulos altos (> 3 vezes o limite superior da normalidade)	3
Duração da sinovite	
< 6 semanas	0
≥ 6 semanas	1
Provas de atividade inflamatória	
VHS e PCR normais	0
VHS e/ou PCR elevados	1

ACR: Colégio Americano de Reumatologia; EULAR: Liga Europeia contra o Reumatismo; FR: fator reumatoide; ACPA: anticorpos antiproteínas e peptídeos citrulinados; VHS: velocidade de hemossedimentação; PCR: proteína C reativa.

Fonte: Aletaha D. *et al.* 2010.

3.1.2 Lúpus eritematoso sistêmico

3.1.2.1 Classificação CID-10

L932: Outras formas de lúpus eritematoso localizado;

M321: Lúpus Eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas;

M328: Outras formas de Lúpus Eritematoso disseminado (sistêmico);

M329: Lúpus Eritematoso disseminado (sistêmico) não especificado.

3.1.2.2 Diagnóstico clínico do lúpus eritematoso sistêmico

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica capaz de afetar múltiplos órgãos e sistemas. O padrão mais comum de apresentação engloba

queixas constitucionais, envolvimento cutâneo, musculoesquelético, hematológico e sorológico.

O comprometimento musculoesquelético compõe as manifestações mais frequentes do LES, cerca de 95% dos pacientes com LES possuem artrite e artralguas (GRECO; RUDY; MANZY, 2003). A maioria dos pacientes apresenta-se com poliartrite intermitente, com predominância em pequenas articulações de mãos, punhos e joelhos (CARVALHO *et al.* 2014).

Os sintomas artríticos em pacientes com LES apresentam características típicas, o que possibilita a distinção de outras patologias que cursam com artrite. Nesse caso a artrite tende a ser migratória; o envolvimento geralmente é simétrico e poliarticular, com predileção por joelhos, articulação do carpo e dos dedos, sobretudo interfalangeana proximal; a rigidez matinal geralmente não é prolongada, ou seja, dura alguns minutos; e o grau de dor tende a ser superior à intensidade dos achados no exame físico (CRONINA, 1988; VAN VUGT *et al.* 1988; GROSSMAN, 2009).

Além disso, as deformidades articulares não são típicas do LES, ocorrendo em 10-50% dos pacientes. A presença de deformidades está associada à doença de longa data, ao uso de glicocorticoides e à positividade de anticorpos anti-Ro e / ou anti-La (OSTENDORF *et al.* 2003). Assim, as deformidades da mão em pacientes com LES assemelham-se à artrite de Jaccoud, uma artrite deformante crônica não erosiva caracterizada por frouxidão das estruturas periarticulares (SANTIAGO; GALVÃO, 2008).

3.1.2.2 Análise de exames de imagem no lúpus eritematoso sistêmico

Alterações nas radiografias simples são tardias, portanto, sugere-se usar a ressonância nuclear magnética para a confirmação diagnóstica em casos mais precoces (CARVALHO *et al.* 2014).

Em relação ao envolvimento sinovial, os derrames sinoviais são infrequentes em pacientes com LES (PEKIN; ZVAIFLER, 1970). Quando ocorrem, geralmente são pequenos, o fluido é claro e apenas levemente inflamatório, com baixos níveis de proteína e contagem de leucócitos (semelhante a um transudato) (GROSSMAN, 2009).

3.1.2.3 Critérios diagnósticos do lúpus eritematoso sistêmico

O diagnóstico dessa entidade baseia-se em manifestações clínicas típicas e achados laboratoriais.

Os critérios para classificação do LES foram estabelecidos pelo ACR em 1971 e revisados em 1997. Em 2012 o Systemic Lupus International Collaborating Clinic (SLICC), publicou uma nova proposta para os critérios de classificação do LES. De acordo com os critérios da SLICC, para um indivíduo ser classificado como portador de LES é necessário que sejam preenchidos 4 dos 17 critérios, incluindo pelo menos 1 critério clínico e 1 imunológico, ou deve ter presença de nefrite confirmada pela biópsia renal na presença de fator antinuclear positivo ou anticorpo anti-DNA nativo positivo.

Neste ano, 2019, novos critérios classificatórios para o LES foram desenvolvidos pelo EULAR e ACR. Os critérios, com anticorpo antinuclear (ANA) positivo como quesito inicial, ponderaram achados em sete domínios clínicos (constitucional, hematológico, neuropsiquiátrico, seroso, musculoesquelético, renal) e três domínios imunológicos (anticorpos antifosfolípidos, complementos baixos, anti-Sm e anti-DNA), como anticorpos específicos para o LES, e delimitaram um limiar de classificação ≥ 10 (de um ponto de vista teórico máximo de 51) para LES. Esses critérios tiveram uma sensibilidade de 96,1% e uma especificidade de 93,4%, demonstrando melhor desempenho em comparação com os critérios ACR 1997 e Systemic Lupus International Collaborating Clinic (SLICC) de 2012. Desta forma, os critérios mais recentes serão utilizados neste protocolo.

Imagem 3: Critérios diagnósticos ACR/EULAR (2019) para o LES.

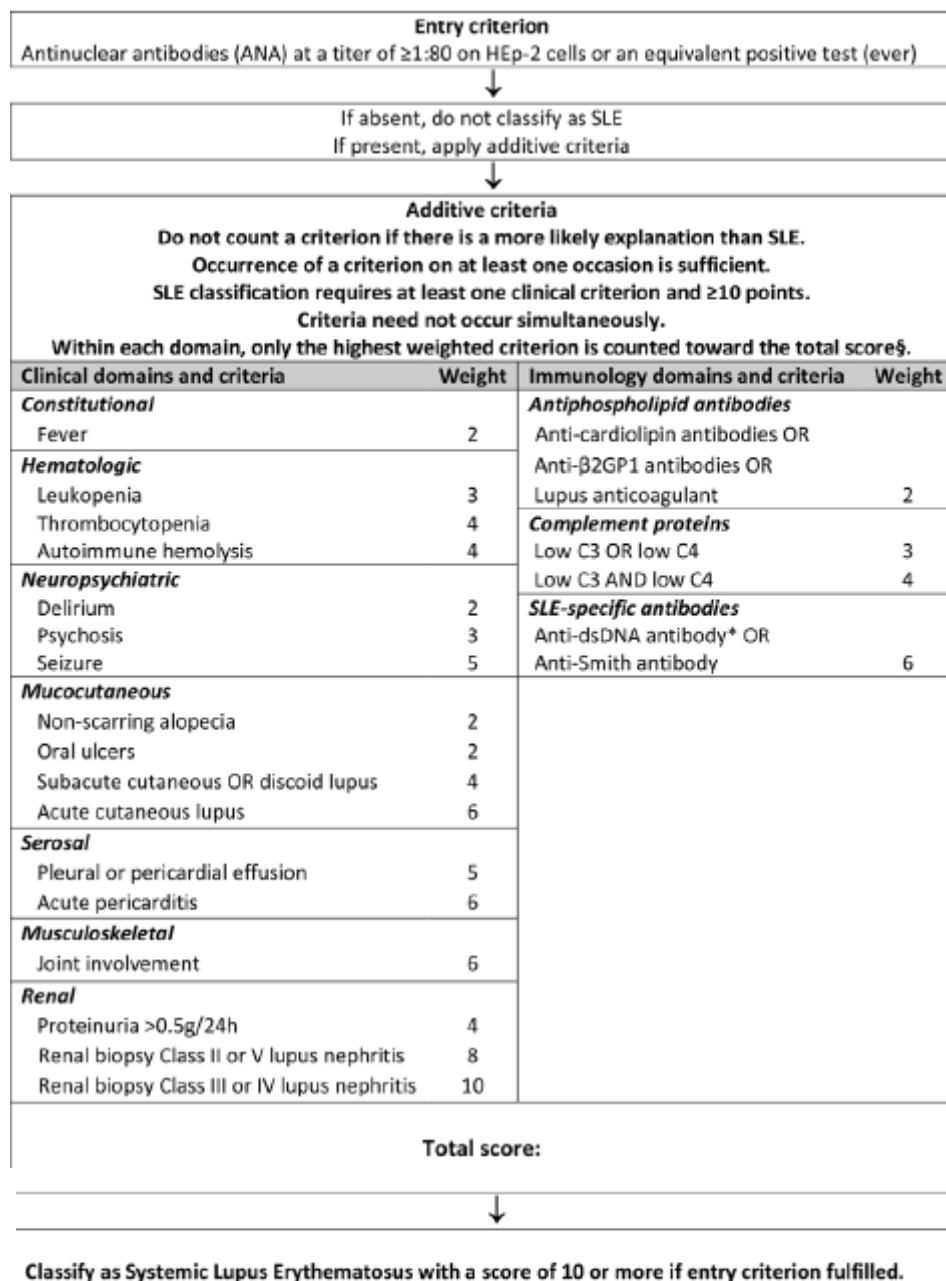
Criteria	Definition
Antinuclear antibodies (ANA)	ANA at a titre of $\geq 1:80$ on HEp-2 cells or an equivalent positive test at least once. Testing by immunofluorescence on HEp-2 cells or a solid phase ANA screening immunoassay with at least equivalent performance is highly recommended
Fever	Temperature $>38.3^{\circ}\text{C}$
Leucopenia	White blood cell count $<4.0 \times 10^9/l$
Thrombocytopenia	Platelet count $<100 \times 10^9/l$
Autoimmune haemolysis	Evidence of haemolysis, such as reticulocytosis, low haptoglobin, elevated indirect bilirubin, elevated lactate dehydrogenase (LDH) AND positive Coomb's (direct antiglobulin) test.
Delirium	Characterised by (1) change in consciousness or level of arousal with reduced ability to focus, (2) symptom development over hours to <2 days, (3) symptom fluctuation throughout the day, (4) either (4a) acute/subacute change in cognition (eg, memory deficit or disorientation), or (4b) change in behaviour, mood, or affect (eg, restlessness, reversal of sleep/wake cycle)
Psychosis	Characterised by (1) delusions and/or hallucinations without insight and (2) absence of delirium
Seizure	Primary generalised seizure or partial/focal seizure
Non-scarring alopecia	Non-scarring alopecia observed by a clinician*
Oral ulcers	Oral ulcers observed by a clinician*
Subacute cutaneous or discoid lupus	Subacute cutaneous lupus erythematosus observed by a clinician*: Annular or papulosquamous (psoriasiform) cutaneous eruption, usually photodistributed Discoid lupus erythematosus observed by a clinician*: Erythematous-violaceous cutaneous lesions with secondary changes of atrophic scarring, dyspigmentation, often follicular hyperkeratosis/haematological(scalp), leading to scarring alopecia on the scalp If skin biopsy is performed, typical changes must be present. Subacute cutaneous lupus: interface vacuolar dermatitis consisting of a perivascular lymphohistiocytic infiltrate, often with dermal mucin noted. Discoid lupus: interface vacuolar dermatitis consisting of a perivascular and/or periappendageal lymphohistiocytic infiltrate. In the scalp, follicular keratin plugs may be seen. In longstanding lesions, mucin deposition and basement membrane thickening may be noted
Acute cutaneous lupus	Malar rash or generalised maculopapular rash observed by a clinician If skin biopsy is performed, typical changes must be present: interface vacuolar dermatitis consisting of a perivascular lymphohistiocytic infiltrate, often with dermal mucin noted. Perivascular neutrophilic infiltrate may be present early in the course
Pleural or pericardial effusion	Imaging evidence (such as ultrasound, X-ray, CT scan, MRI) of pleural or pericardial effusion, or both
Acute pericarditis	≥ 2 of (1) pericardial chest pain (typically sharp, worse with inspiration, improved by leaning forward), (2) pericardial rub, (3) electrocardiogram (EKG) with new widespread ST-elevation or PR depression, (4) new or worsened pericardial effusion on imaging (such as ultrasound, X-ray, CT scan, MRI)
Joint involvement	EITHER (1) synovitis involving two or more joints characterised by swelling or effusion OR (2) tenderness in two or more joints and at least 30 min of morning stiffness
Proteinuria >0.5 g/24 hours	Proteinuria >0.5 g/24 hours by 24 hours urine or equivalent spot urine protein-to-creatinine ratio
Class II or V lupus nephritis on renal biopsy according to ISN/RPS 2003 classification	Class II: mesangial proliferative lupus nephritis: purely mesangial hypercellularity of any degree or mesangial matrix expansion by light microscopy, with mesangial immune deposit. A few isolated subepithelial or subendothelial deposits may be visible by immune-fluorescence or electron microscopy, but not by light microscopy Class V: membranous lupus nephritis: global or segmental subepithelial immune deposits or their morphological sequelae by light microscopy and by immunofluorescence or electron microscopy, with or without mesangial alterations
Class III or IV lupus nephritis on renal biopsy according to International Society of Nephrology/ Renal Pathology Society (ISN/RPS) 2003	Class III: focal lupus nephritis: active or inactive focal, segmental or global endocapillary or extracapillary glomerulonephritis involving $<50\%$ of all glomeruli, typically with focal subendothelial immune deposits, with or without mesangial alterations Class IV: diffuse lupus nephritis: active or inactive diffuse, segmental or global endocapillary or extracapillary glomerulonephritis involving $\geq 50\%$ of all glomeruli, typically with diffuse subendothelial immune deposits, with or without mesangial alterations. This class includes cases with diffuse wire loop deposits but with little or no glomerular proliferation
Positive antiphospholipid antibodies	Anticardiolipin antibodies (IgA, IgG, or IgM) at medium or high titre (>40 A phospholipids (APL), GPL or MPL units, or $>$ the 99th percentile) or positive anti- $\beta 2\text{GP1}$ antibodies (IgA, IgG, or IgM) or positive lupus anticoagulant
Low C3 OR low C4	C3 OR C4 below the lower limit of normal
Low C3 AND low C4	Both C3 AND C4 below their lower limits of normal
Anti-dsDNA antibodies OR anti-Smith (Sm) antibodies.	Anti-dsDNA antibodies in an immunoassay with demonstrated $\geq 90\%$ specificity for SLE against relevant disease controls OR anti-Sm antibodies

ISN/RPS International Society of Nephrology/Renal Pathology Society

*This may include physical examination or review of a photograph.

dsDNA, double-stranded DNA; SLE, systemic lupus erythematosus.

Fonte: Aringer M. *et al.* 2019.

Imagem 4: Critérios classificatórios ACR/EULAR (2019) para o LES.

Fonte: Aringer M. et al. 2019.

3.1.3 Gota

3.1.3.1 Classificação (CID-10)

M100: Gota idiopática;

M101: Gota induzida por chumbo;

M102: Gota induzida por drogas;

M103: Gota devido à disfunção renal;

M104: Outra gota secundária;

M109: Gota, não especificada.

3.1.3.2 Diagnóstico clínico da gota

A gota, patologia por deposição de cristais de monourato de sódio (MUS), manifesta-se por hiperuricemia, crises recorrentes de artrite aguda, formação crônica de cristais de MUS e deposição na forma de tofos, nefrolitíase por cristais de ácido úrico e nefropatia crônica. A gota refere-se à síndrome clínica, já a hiperuricemia é uma pré-condição necessária, mas não suficiente, para o desenvolvimento da doença por deposição de cristais de MUS (CARVALHO *et al.* 2014).

A evolução da patologia passa por três fases clínicas distintas: artrite gotosa aguda, período intercrítico e gota tofácea crônica.

A artrite gotosa aguda típica apresenta-se com sinais inflamatórios intensos (dor, rubor, calor e edema) e incapacidade funcional que se instalam em um período máximo de 12-24 horas. As crises frequentemente são precipitadas por uso de álcool, cirurgias, traumas e sepse, e a resolução dos sintomas ocorre em dias a semanas, mesmo em indivíduos não tratados (DALBETH; HASKARD, 2006). A dor é de característica inflamatória, portanto o início dos sintomas é mais frequente à noite e no início da manhã (CHOI *et al.* 2015). Pelo menos 80% das crises iniciais são monoarticulares e, em relação às articulações envolvidas, a primeira articulação metatarsofalângiana (podagra) é a mais acometida, podendo também serem envolvidas as demais articulações dos pododáctilos, tarsometatársicas, tibiotársicas, joelhos, punhos, mãos e cotovelos (HADLER *et al.* 1974).

Além dos fatores já descritos, outro achado clínico que pode ser visto na gota aguda é a extensão dos sinais inflamatórios além dos limites da articulação primariamente acometida, dando a impressão de uma dactilite ou celulite, sinal descrito como “dedo em salsicha”. Contudo, este achado é mais característico da artrite reativa.

O período intercrítico é definido pela ausência de sintomas, possuindo duração variável. Na ausência de tratamento os períodos assintomáticos tendem a ser cada vez mais curtos e as crises de gota aguda cada vez mais prolongadas e incapacitantes, com envolvimento poliarticular. Dessa forma, a artrite gotosa aguda pode evoluir para gota

tofácea crônica, a qual caracteriza-se por uma poliartrite crônica, com dor contínua na ausência de sinais inflamatórios, mas com deformidades e aparecimento de tofos - nódulos intra-articulares e subcutâneos do acúmulo de cristais nos tecidos.

3.1.3.3 Análise laboratorial na gota

Em relação à análise de exames séricos, durante uma crise de gota aguda as alterações podem ser inespecíficas e o valor do ácido úrico pode estar elevado, normal ou baixo. Leucocitose com predomínio de neutrófilos, elevação da velocidade de hemossedimentação (VHS) ou proteína C reativa (PCR) são comuns nas crises de gota, mas sua presença em outras artrites agudas geralmente torna esses achados de pouco valor diagnóstico. As crises de gota geralmente ocorrem com concentrações séricas normais ou até baixas de urato no momento do evento agudo. Em pacientes com suspeita de gota com base em características clínicas, a hiperuricemia ($\geq 6,8$ mg / dL) pode dar suporte ao diagnóstico, mas, portanto, não é necessária para estabelecer o diagnóstico. O tempo mais preciso para a avaliação do urato sérico é de duas ou mais semanas após resolução completa do surto de gota (LOGAN; MORRISON; MCGILL, 1997; SCHLESINGER; BAKER; SCHUMACHER, 1997; PARK et al. 2003; SCHLESINGER; NORQUIST; WATSON, 2009).

A análise do líquido sinovial ou dos tofos identifica cristais de MUS na gota. O melhor meio de identificação desses cristais é através do exame direto utilizando a microscopia de luz polarizada compensada, na qual o cristal aparece com birrefringência negativa forte, assemelhando-se a uma agulha. Além disso, a análise do líquido sinovial revela um fluido articular inflamatório, contagem de glóbulos brancos entre 10.000 e 100.000, com predomínio de neutrófilos (CARVALHO *et al.* 2014).

3.1.3.4 Análise dos exames de imagem na gota

Os métodos de imagem possuem aplicabilidade distinta nos diferentes estágios da gota. Nas fases iniciais, ou seja, na artrite gotosa aguda, as radiografias são normais ou apresentam aumento de partes moles. Com os episódios sucessivos aparecem a osteoporose justarticular e as erosões ósseas, imagens líticas em “saca bocado” - bem delimitadas - resultando do depósito de cristais em forma de tofos epifisários. Em casos

crônicos observa-se redução de espaços articulares, erosões grosseiras, deformidades articulares, osteófitos e anquilose óssea. A tomografia computadorizada pode mostrar os tofos intra-articulares mais precocemente (CARVALHO *et al.* 2014).

Os achados ultrassonográficos podem apoiar de maneira forte e independente o diagnóstico de gota e podem ser úteis na detecção precoce e no monitoramento da terapia. Características diagnósticas importantes incluem espessamento sinovial com depósitos hiperecoicos, densidade linear sobre a cartilagem (sinal de duplo contorno) ou depósitos tofáceos (áreas hiperecoicas) (THIELE; SCHLESINGER, 2007).

3.1.3.5 Critérios diagnósticos da gota

Podem ser incluídos como possíveis portadores de gota aqueles pacientes com episódios agudos de dor articular de forte intensidade, edema e eritema, que alcançam o máximo dentro de 6-12 horas. Esses sinais e sintomas são altamente sugestivos de inflamação por cristais, apesar de não serem específicos para gota. Pacientes com apresentação típica com envolvimento da primeira articulação metatarsofalangiana associado à hiperuricemia tem elevada acurácia diagnóstica, porém a confirmação diagnóstica só pode ser feita através da análise do líquido sinovial de uma articulação afetada e demonstração da presença de cristais de MUS na microscopia de luz polarizada.

Portanto, a abordagem preferível para o diagnóstico de gota é baseada na identificação de cristais de MUS na microscopia de luz polarizada de uma articulação afetada, particularmente quando o diagnóstico não foi estabelecido ou é incerto. A sensibilidade desta técnica em demonstrar cristais negativamente birrefringentes em pacientes com crises de gota é de pelo menos 85%, e a especificidade para a gota é de 100% (WALLACE *et al.* 1977; CHEN; SCHUMACHER, 2006). Quando isso não for viável, um diagnóstico pode ser feito com base em características clínicas, incluindo a história clínica, exames laboratoriais e de imagem.

Além da metodologia mencionada anteriormente, incluímos neste protocolo uma abordagem, sugerida por Janssens e colaboradores na sua publicação “Uma regra de diagnóstico para artrite gotosa aguda na atenção primária sem análise de fluidos articulares”, de diagnóstico clínico que pode ser usada para estimar a probabilidade de gota. Este método demonstrou melhorar a precisão do diagnóstico de um episódio agudo

de gota feito na prática de cuidados primários sem análise de fluido articular. O modelo utiliza sete variáveis que podem ser verificadas na atenção primária para classificar três níveis de risco para a gota.

Imagem 5: Método de Janssens e colaboradores para diagnóstico clínico da gota na Atenção primária à Saúde

Critério	Pontuação	Interpretação:
Sexo Masculino	2 pontos	≤ 4 pontos: BAIXA PROBABILIDADE
Artrite aguda anterior relatada pelo paciente	2 pontos	> 4 a <8 pontos: INTERMEDIÁRIA PROBABILIDADE
Início dos sintomas dentro de um dia	0,5 pontos	≥ 8 pontos: ALTA PROBABILIDADE
Eritema articular	1 ponto	
Comprometimento da primeira articulação metatarsofalangiana	2,5 pontos	
Hipertensão ou pelo menos uma doença cardiovascular	1,5 pontos	
Nível de ácido úrico sérico maior que 5,88 mg/dL	3,5 pontos	

Fonte: Becker, M.A.; Gaffo, A.L. 2019.

Os pacientes que caírem na categoria intermediária seriam os que mais se beneficiariam de uma avaliação mais aprofundada com a análise do líquido sinovial, já que a gota não pode ser excluída ou confirmada com base apenas em um escore intermediário.

O American College of Rheumatology (ACR) e a European League Against Rheumatism (EULAR) desenvolveram critérios de classificação para identificar um grupo homogêneo de pacientes com gota para estudo clínico, genético e epidemiológico, mas não para diagnóstico clínico. Estes critérios não serão abordados neste protocolo, visto que seu uso não fornece aplicabilidade para o diagnóstico, mas sim para classificação de pacientes a nível de estudos.

3.1.4 Pseudogota

3.1.4.1 Classificação CID-10

M118: Outras artropatias especificadas por deposição de cristais;

M119: Artropatia por deposição de cristais, não especificada.

3.1.4.2 Diagnóstico clínico da pseudogota

A doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio (DPFC) constitui um espectro clínico que inclui a artrite inflamatória aguda, denominada de pseudogota; artropatia inflamatória crônica degenerativa e calcificação radiográfica da cartilagem hialina, denominada condrocalcinose. Neste protocolo abordaremos a manifestação articular aguda, ou seja, a pseudogota (MACHADO, 2019).

A artrite aguda por DCPC caracteriza-se pelo envolvimento de uma ou mais articulações periféricas e pelo acometimento predominante de idosos, sendo a causa mais comum de monoartrite nessa faixa etária. Nesse caso e, sobretudo no sexo feminino, as manifestações agudas podem se sobrepor a um quadro articular crônico (MACHADO, 2019). A crise aguda pode ser precipitada por trauma articular e por intercorrências médicas (infecções, infarto agudo do miocárdio) e cirúrgicas (sobretudo paratireoidectomia), transfusão sanguínea, lavagem e infiltração articular e por alguns medicamentos (levotiroxina, pamidronato, filgastrim) (CARVALHO *et al.* 2014).

De modo geral, qualquer articulações pode ser acometida, incluindo a primeira metatarsofalangiana, contudo a mais comum é o joelho, seguida pelo punho, ombros, tornozelo e cotovelo. O quadro instala-se rapidamente, com sintomas de dor, edema e rigidez que alcançam seu máximo em 6 a 24 horas. A duração dos sintomas pode ser mais prolongada que uma crise de gota, mas raramente ocorre formação de tofos após sucessivos quadros agudos (MACHADO, 2019).

Uma parcela de pacientes, em torno de 5% e particularmente mulheres idosas, pode desenvolver uma sinovite crônica, de grandes e médias articulações, que se manifesta de forma simétrica ou quase simétrica. Sintomas incluem dor, rigidez matinal, fadiga, limitação e sinovite, podendo facilmente levantar a suspeita de artrite reumatoide, contudo a artrite crônica por DPFC é, caracteristicamente, não erosiva, o que a difere da artrite reumatoide (MACHADO, 2019).

3.1.4.3 Avaliação laboratorial e de imagem na pseudogota

A análise do líquido sinovial por microscopia com luz polarizada revela a presença de cristais de pirofosfato de cálcio que são pequenos, em forma de paralelepípedo ou romboides e com birrefringência fraca. Não é incomum a presença

simultânea de cristais de monourato de sódio (presentes na gota), o que ocorre em cerca de 5% dos casos (MACHADO, 2019).

A radiografia identifica a condrocalcinose. Características radiológicas incluem calcificações lineares ou pontilhadas em estruturas fibrocartilagosas (meniscos, sínfise púbica, ligamentos do punho, acetábulo e glenoide) e na cartilagem hialina. Além disso, alterações degenerativas hipertróficas, mesmo na ausência de depósitos calcificados típicos, sugerem artropatia por cristais de pirofosfato de cálcio (CARVALHO *et al.* 2014). Se a radiografia da articulação acometida for normal sugere-se realização de radiografia das seguintes articulações: anteroposterior dos joelhos e da sínfise púbica e posteroanterior de cada punho (MACHADO, 2019).

Exames laboratoriais auxiliam no diagnóstico diferencial, podem ser incluídos provas inflamatórias, fator reumatoide e ácido úrico sérico. Após o diagnóstico é importante que sejam solicitadas dosagem de cálcio, fósforo, magnésio, fosfatase alcalina, ferritina, ferro e saturação de transferrina, para que causa endócrino-metabólica seja descartada, principalmente em pacientes com menos de 60 anos (CARVALHO *et al.* 2014).

3.1.4.4 Critérios diagnósticos da pseudogota

Neste protocolo utilizaremos critérios diagnósticos baseados nos inicialmente propostos por McCarty e colaboradores.

Imagem 6: Critérios propostos por McCarty para diagnóstico clínico da Artrite por

Deposição de Pirofosfato de Cálcio

Diagnóstico Definitivo:	1) Cristais típicos na análise do líquido sinovial por microscopia com luz polarizada E 2) Calcificações peculiares no exame radiológico.
Diagnóstico Provável:	1) Alterações radiográficas típicas OU 2) Achados no líquido sinovial.
Diagnóstico Possível:	1) <u>Artrite</u> aguda de grandes articulações, especialmente o joelho OU 2) Artrite crônica semelhante à osteoartrite (OA), particularmente se as articulações envolvidas não forem típicas da AO, tais como punhos, metacarpofalangianas, cotovelos e ombros e se forem acompanhadas por crises <u>inflamatórias</u> agudas e autolimitadas.

Fonte: Machado, N.P. 2019.

3.1.5 Artrite séptica

3.1.5.1 Classificação CID-10

M009: Artrite piogênica, não especificada.

3.1.5.2 Diagnóstico clínico da artrite séptica

A artrite séptica pode ser definida pela presença de infecção em uma articulação. Na imensa maioria das vezes é causada por bactérias, mas agentes como vírus e fungos também podem estar envolvidos. Essa entidade é uma forma destrutiva de artrite aguda, por isso é considerada uma emergência médica. O atraso diagnóstico ou para instituição de tratamento determina sequelas articulares irreversíveis e elevada mortalidade.

Quanto à classificação a artrite séptica é dividida em aguda (não gonocócica e gonocócica) e crônica (causada por micobactérias ou fungos).

Entre as artrites bacterianas agudas não gonocócicas, a imensa maioria dos agentes etiológicos pertence ao grupo das bactérias Gram-positivas (75 a 80%); o *Staphylococcus aureus* é encontrado em 60% das artrites infecciosas em adultos. O estreptococo beta-hemolítico é responsável por até 30% dos casos de artrite séptica não-gonocócica, quase sempre resultando de infecção cutânea ou de partes moles periarticulares. *E.coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Salmonella* spp. e *Pseudomonas* spp. são os bacilos Gram-negativos de ocorrência mais frequente nas artrites sépticas em neonatos, pacientes com doenças crônicas, idosos e usuários de drogas injetáveis. A artrite séptica por Gram negativos também pode ocorrer como uma complicação de trauma (FERNANDEZ; NETO, 2019; ALLISON *et al.* 2010).

Concordante com Fernandez e Neto (2019, p.393) a artrite não-gonocócica pode apresentar-se da seguinte maneira em determinados grupos: em neonatos é rara, sendo a infecção de origem hospitalar mais frequente com uma condição mórbida preexistente. *S. aureus* e bacilos Gram-negativos são os agentes mais encontrados. Em ambiente extra hospitalar o estreptococo é o mais comum.

Fatores predisponentes para artrite infecciosa não gonocócica são: idade maior que 80 anos, diabetes mellitus, alcoolismo, condições que causam dano à integridade da pele (eczemas, úlceras...), cirurgia articular prévia e prótese articular, doenças crônicas como cirrose hepática, neoplasias e doença renal crônica - sobretudo em diálise - e doenças com comprometimento imunológico (FERNANDEZ; NETO, 2019).

A artrite infecciosa não gonocócica é frequentemente uma bacteremia oculta. Geralmente, o patógeno alcança o espaço articular por disseminação hematogênica a partir de um processo infeccioso à distância (FERNANDEZ; NETO, 2019).

Essa condição manifesta-se clinicamente como artrite monoarticular aguda (em 80 a 90% dos casos), os sintomas se instalam rapidamente e incluem dor, calor, edema e limitação acentuada de movimentos ativos e passivos. Em geral, os pacientes apresentam-se com quadro febril de instalação súbita, calafrios quando há bacteremia e queda do estado geral, mas devemos lembrar que idosos podem se manifestar de modo atípico, frequentemente afebris (FERNANDEZ; NETO, 2019).

Embora todas as articulações possam ser afetadas, em cerca de metade dos casos o joelho é acometido, seguido pelo quadril, tornozelo, cotovelo, punho e ombro. O envolvimento poliarticular ocorre em 10 a 20% dos casos e está mais relacionado com quadros gonocócicos, em pacientes portadores de artrite reumatoide ou com sepse (FERNANDEZ; NETO, 2019).

Já a artrite aguda gonocócica resulta da propagação hematogênica do patógeno *Neisseria gonorrhoeae*, tendo como porta de entrada uma infecção, sexualmente adquirida, de mucosa. Sua apresentação típica é a tríade composta por poliartrite, tenossinovite e lesões cutâneas. Fatores de risco para sua ocorrência são infecção mucosa assintomática, múltiplos parceiros sexuais, uso de drogas intravenosas, baixo nível socioeconômico, deficiência de complemento, lúpus eritematoso sistêmico e anemia falciforme (VIEIRA; MONT'ALVERNE, 2019).

Clinicamente apresenta-se agudamente em indivíduos sexualmente ativos com poliartralgia (aditiva ou migratória), tenossinovite (67%), febre alta (60%), calafrios e dermatite (75%). As lesões cutâneas são indolores, não pruriginosas e ocorrem em tronco e extremidades, poupando a face. A tenossinovite ocorre com maior frequência em dorso das mãos, dedos e pés. Essa fase bacterêmica pode evoluir para uma monoartrite persistente ou oligoartrite (VIEIRA; MONT'ALVERNE, 2019).

3.1.5.3 Avaliação laboratorial da artrite séptica

A análise laboratorial na suspeita de artrite séptica inclui a solicitação de marcadores de fase aguda, tais como VHS (velocidade de hemossedimentação) e PCR (proteína C reativa), os quais podem estar elevados e irão ajudar na monitorização da resposta ao tratamento. O hemograma pode indicar leucocitose. A hemocultura é positiva em torno até 50% dos casos, recomenda-se coleta imediatamente antes do início do

tratamento. Em casos de artrite séptica gonocócica, quando possível, é preferencial a coleta de material para cultura em orofaringe, uretra e reto, pois a positividade para gonococos nesses locais é maior que no líquido sinovial (CARVALHO et al. 2014).

3.1.5.4 Avaliação dos exames de imagem da artrite séptica

Alterações radiológicas no início dos sintomas são raras, porém a solicitação auxiliará na evolução do caso (CARVALHO et al. 2014). As alterações começam a aparecer com cerca de 2-3 semanas de evolução da patologia, sendo inespecíficas, tais como osteopenia periarticular, derrame articular, edema de partes moles e redução do espaço articular. Em casos de infecção mais avançada podem ser observados achados como reação periosteal, erosões marginais ou centrais, destruição óssea subcondral e anquilose. A ultrassonografia identifica derrame articular. Técnicas de imagenologia nuclear não são justificadas na suspeita de artrite séptica. A ressonância nuclear magnética possui alta sensibilidade, sobretudo na identificação de casos com evolução precoce e quadros atípicos, além disso facilita a artrocentese de articulações como ombros, quadris e sacroilíacas.

Portanto, o principal método para diagnóstico da artrite séptica é a análise do líquido sinovial.

3.1.5.5 Critérios diagnósticos da artrite séptica

O diagnóstico de artrite séptica deve ser suspeitado em pacientes com início agudo de pelo menos uma articulação edemaciada e dolorosa, com ou sem fatores de risco relevantes. O diagnóstico é feito com base na análise e cultura do líquido sinovial. Pode ser definitivamente estabelecido em pacientes com cultura positiva do líquido sinovial e estabelecido de modo presuntivo naqueles com líquido sinovial purulento (leucócitos de 50.000-150.000 células/mm³, com predomínio de neutrófilos), mas cultura negativa (MARGARETTEN; KOHLWES; MOORE, 2007).

3.1.6 Artrite reativa

3.1.6.1 Classificação CID-10

M029: Artropatia reacional não especificada;

M036: Artropatia reacional em outras doenças classificadas em outra parte.

3.1.6.2 Diagnóstico clínico da artrite reativa

A artrite reativa (ARe) é uma patologia enquadrada no grupo das espondiloartrites. Define-se como uma artrite transitória, não purulenta, reativa, que manifesta-se durante ou após a ocorrência de uma infecção intestinal ou urogenital, em geral de transmissão sexual. A bactéria *Chlamydia trachomatis* é responsável por 50% dos casos. O acometimento intestinal relacionado à ARe frequentemente é leve e ocorre dias a semanas antes de seu aparecimento, bactérias envolvidas incluem a *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter* e *Yersinia*. Uma particularidade dessa artrite é a impossibilidade de cultivar o micro-organismo causal a partir do líquido sinovial (CHIEREGHIN; XIMENES; KEISERMAN, 2019).

Clinicamente a ARe manifesta-se cerca de 1 a 4 semanas após o evento infeccioso. Por ser uma patologia sistêmica são comuns sinais e sintomas gerais inespecíficos, tais como mal-estar geral, febre baixa e fadiga. A apresentação articular mais frequente é de uma oligoartrite, periférica e assimétrica, mais comumente, mas não exclusivamente, acometendo membros inferiores, sobretudo joelhos, tornozelos e metatarsofalangeanas. É comum o início das queixas articulares ser agudo, podendo ocorrer rigidez articular, edema, calor e certo grau de rubor nas articulações afetadas (CHIEREGHIN; XIMENES; KEISERMAN, 2019; LAHU *et al.* 2015).

A ocorrência de entesite de predomínio em membro inferior, principalmente na inserção do tendão do calcâneo e na região da fáscia plantar, e a presença de dactilite ou “dedo em salsicha” nos pododáctilos são comuns e bastante sugestivas dessa patologia, contudo também podem ser manifestações da artrite psoriásica (CHIEREGHIN; XIMENES; KEISERMAN, 2019).

Além das manifestações articulares, a patologia acomete pele e mucosas, causando tipicamente a ceratodermia blenorragica ou pustulose palmoplantar e a balanite circunada, contudo podem ocorrer úlceras orais indolores e autolimitadas, de modo menos comum. No sistema genitourinário a manifestação mais típica é a uretrite. Em relação ao acometimento ocular a conjuntivite é o mais frequente, em geral asséptica ou por *Chlamydia trachomatis* (CHIEREGHIN; XIMENES; KEISERMAN, 2019; CARVALHO *et al.* 2014).

3.1.6.3 Avaliação laboratorial da artrite reativa

Achados laboratoriais incluem elevação da PCR e VHS nas fases iniciais, contudo o achado de marcadores de fase aguda elevados, geralmente, afasta o diagnóstico de ARe,

sobretudo em fases mais crônicas. Leucocitose e anemia podem estar presentes. A análise do líquido sinovial revela líquido inflamatório e não séptico.

3.1.6.4 Critérios diagnósticos da artrite reativa

Não existem critérios específicos para o diagnóstico definitivo de ARe. Serão incluídos neste protocolo como possíveis portadores de ARe aqueles pacientes que tiverem 1) evidência de infecção prévia ou atual do sistema geniturinário ou gastrointestinal por meio de história e/ou exame físico e/ou exame laboratorial; 2) presença de oligoartrite assimétrica e 3) predominantemente em membros inferiores.

3.1.7 Espondiloartrites

3.1.7.1 Classificação CID-10

M468: Outras espondilopatias inflamatórias especificadas;

M469: Espondilopatia inflamatória não especificada;

M488: Outras espondilopatias especificadas;

M489: Espondilopatia não especificada;

M498: Espondilopatia em outras doenças classificadas em outra parte.

3.1.7.2 Diagnóstico clínico das espondiloartrites

O termo espondiloartrite (EpA) é utilizado para descrever um grupo de doenças inflamatórias que apresentam características clínicas comuns, como comprometimento inflamatório axial (espondilite – acometimento da coluna vertebral - e sacroiliíte – acometimento das articulações sacroilíacas); artrite periférica, com frequência assimétrica, no qual há predomínio da oligoartrite de grandes articulações, em especial dos membros inferiores; dactilite; entesite (processo inflamatório ao nível das ênteses, ou seja, inserções) e manifestações extra-articulares (uveíte, doença inflamatória intestinal e psoríase). Podem ser classificadas em axiais ou periféricas, a depender do acometimento articular predominante (MARQUES; GONÇALVES; SAAD, 2019; CARVALHO *et al.* 2014).

Características adicionais incluem uma associação com doenças infecciosas anteriores ou contínuas, história familiar positiva, reagentes de fase aguda elevados, negatividade para a pesquisa do fator reumatoide e uma forte associação com o antígeno leucocitário humano (HLA)-B27 (HEALY; HELLIWELL, 2005).

Fazem parte deste grupo de doenças a espondilite anquilosante (EA), espondiloartrite axial não radiográfica, espondiloartropatias indiferenciadas, artrite psoriásica (artrite associada à psoríase), artrite reativa e artrite associada a doenças inflamatórias intestinais (doença de Crohn, retocolite ulcerativa).

É imprescindível ressaltar que a identificação das espondiloartrites em seu estágio inicial e encaminhamento ágil e adequado para atendimento especializado é essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

Neste protocolo abordaremos apenas o diagnóstico e tratamento inicial do acometimento articular (artrite) neste grupo de doenças, visto que cada condição isolada apresenta suas particularidades no manejo das demais manifestações como uveíte, dactilite, psoríase, entre outras. Dessa forma, este protocolo irá definir os critérios de classificação e de tratamento de paciente com EA ou com espondiloartrite axial não radiográfica, que apresentam manifestações músculo-esqueléticas (axiais ou periféricas).

3.1.7.3 Critérios diagnósticos das espondiloartrites

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Espondilite Ancilosante do Ministério da Saúde (2018, p. 4), não há disponível na literatura critérios diagnósticos para a EA, mas existem critérios de classificação que facilitam a identificação das características mais importantes para o diagnóstico (apud YU, David; VAN TUBERGEN, 2016).

Os critérios ASAS (Assessment of SpondyloArthritis International Society) permitem a inclusão de pacientes ainda sem dano estrutural, e os critérios de classificação modificados de Nova Iorque, a inclusão de pacientes já com alterações radiográficas, numa fase mais avançada da doença (apud, RUDWALEIT, M. *et al.* 2009, p.777-83). Na prática clínica ambos podem ser empregados, mas a tendência atual é usar preferencialmente os critérios ASAS.

Para o diagnóstico de doença inicial, os critérios ASAS são mais úteis para espondiloartrites axiais (IMAGEM 1), podendo ser utilizados também para as espondiloartrites periféricas (IMAGEM 2), segundo os quais pacientes com até 45 anos e lombalgia por mais de três meses são classificados como doentes com espondiloartrite axial em dois cenários.

Imagem 1: Critérios Classificatórios do ASAS para Espondiloartrite Axial.

Em pacientes com dor lombar ≥ 3 meses e idade de início < 45 anos



#Características EpA

- Dor lombar inflamatória
- Artrite
- Entesite (calcanhar)
- Uveíte
- Dactilite
- Psoríase
- Crohn / colite ulcerativa
- Boa resposta a AINHS
- História familiar de EpA
- HLA-B27
- PCR elevada

*Sacroiliíte na imagem

- Inflamação ativa (aguda) na RNM, altamente sugestiva de sacroiliíte associada a EpA
- Sacroiliíte radiológica definida, de acordo com os critérios modificados de New York

n=649 pacientes com dor lombar;

Sensibilidade: 82.9%, Especificidade 84.4%

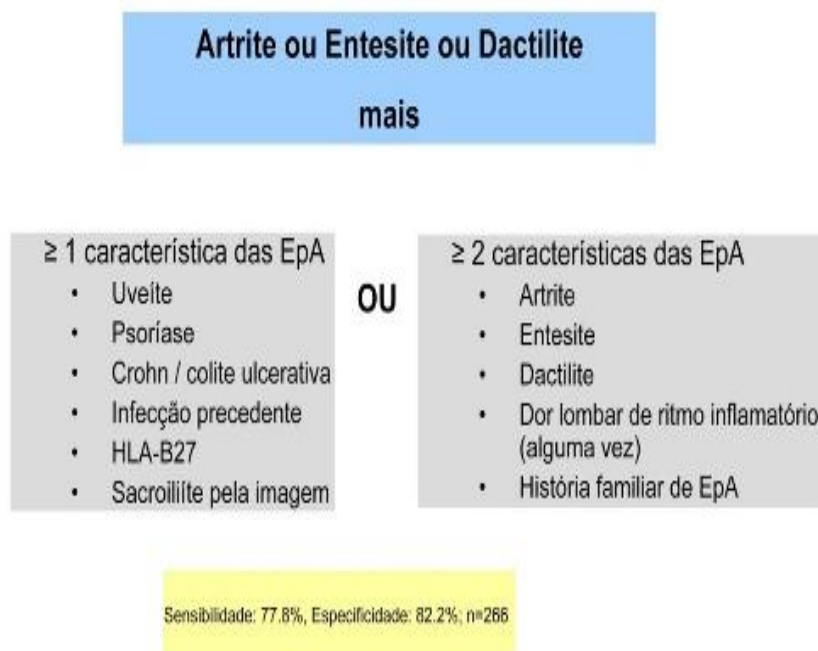
Somente Imagem: Sensibilidade: 66.2%, Especificidade: 97.3%



Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis 2009; 68: 777-783 (com permissão)

Fonte: Rudwaleit M. *et al.* 2009.

Imagem 2: Critérios Classificatórios do ASAS para Espondiloartrite Periférica.



Fonte: Rudwaleit M. *et al.* 2011.

Em relação à artrite psoriásica, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Psoriásica do Ministério da Saúde (2018, p.4), vários critérios diagnósticos foram criados nas últimas décadas, todavia os Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR) apresentaram maior acurácia diagnóstica e facilidade de aplicação na prática clínica. De acordo com esses critérios, o paciente será considerado com artrite psoriásica quando apresentar doença inflamatória articular (periférica, axial ou entesítica) e três ou mais pontos das categorias apresentadas a seguir (IMAGEM 3) (apud, TAYLOR *et al.* 2006, p.2665-73; TILLET *et al.* 2012, p.154-6).

Imagem 3: Classificação da Artrite Psoriásica – Critérios CASPAR

To meet the CASPAR criteria for PsA, a patient must have inflammatory articular disease (joint, spine, or enthesal) and score ≥ 3 points based on these categories.	
	POINTS
1. Evidence of psoriasis Current psoriasis Personal history of psoriasis Family history of psoriasis	2 or 1 or 1
2. Psoriatic nail dystrophy Pitting, onycholysis, hyperkeratosis	1
3. Negative test result for rheumatoid factor	1
4. Dactylitis Current swelling of an entire digit History of dactylitis	1 or 1
5. Radiologic evidence of juxta-articular new bone formation Ill-defined ossification near joint margins on plain x-rays of hand/foot	1

CASPAR, Classification criteria for Psoriatic Arthritis
Taylor W et al. Arthritis Rheum 2006;54:2665-2673



Fonte: Taylor W. *et al.* 2006.

3.1.8 Miscelâneas

3.1.8.1 Classificação e CID-10

M138: Outras artrites especificadas;

M139: Artrite não especificada.

3.1.8.2 Diagnóstico clínico das miscelâneas

O termo miscelânea foi utilizado para descrever uma série de patologias que podem apresentar-se com comprometimento articular agudo, tais como a sarcoidose,

tuberculose, febre reumática, esclerose sistêmica, hepatites, miosites autoimunes, vasculites, entre outros. Essas patologias diferem entre si no padrão de envolvimento articular, já que algumas são monoarticulares, oligoarticulares ou poliarticulares, inflamatórias ou não inflamatórias, com comprometimento axial ou periférico.

A análise das diferentes formas de apresentação clínica são fundamentais para o esclarecimento e diagnóstico da artrite, com base no modo de comprometimento das articulações e nas demais queixas apresentadas pelo paciente.

Neste protocolo não serão abordadas, de modo específico, os demais tipos de patologias que podem cursar com artrite, contudo é importante que essas entidades estejam entre os possíveis diagnósticos diferenciais.

4 TRATAMENTO

4.1 TRATAMENTO DA ARTRITE REUMATOIDE

O tratamento da AR objetiva produzir melhores desfechos clínicos, com menos alterações radiológicas, melhor capacidade funcional e, conseqüentemente, melhora da qualidade de vida e prognóstico do paciente.

4.1.1 Tratamento não-farmacológico da artrite reumatoide

Baseia-se, sobretudo, na educação do paciente e de sua família acerca da patologia. As atividades educativas fazem com que o paciente torne-se sujeito ativo diante de sua condição, participando das decisões terapêuticas, compreendendo os métodos de prevenção de deformidades e o processo de reabilitação, o que contribui para melhor desfecho clínico.

O manejo não-farmacológico inclui a prática regular de exercícios físicos, técnicas específicas de fisioterapia e medidas de reabilitação, além do apoio psicológico individualizado.

4.1.2 Tratamento farmacológico da artrite reumatoide

4.1.2.1 Anti-inflamatórios não hormonais (AINH)

Conforme Mota, *et al* (2012, p.154) os AINH possuem aplicabilidade na redução da dor e do processo inflamatório, sobretudo no início da doença, quando as drogas modificadoras do curso da doença (DMCD) ainda não alcançaram seu efeito total, e em casos de reagudização. A escolha deve ser individualizada, já que não há uma droga reconhecida como sendo superior em relação às demais da mesma classe (apud American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines, 2002, p. 328-46). Dentre as drogas utilizadas pode-se citar a indometacina (100-150 mg/dia), diclofenaco (100-150 mg/dia), naproxeno (1g/dia), cetoprofeno (100-150 mg/dia), piroxicam e tenoxicam (20 mg/dia). Entre os inibidores seletivos da ciclo-oxigenase 2, os quais representam menor risco de efeitos colaterais envolvendo o sistema gastrointestinal, podemos citar a nimesulida (200 mg/dia) e meloxicam (15 mg/dia) (CARVALHO, 2014).

4.1.2.2 Corticosteroides

Estão reservados para duas situações específicas: associados ao AINH em pacientes que iniciam o uso de drogas remissivas, até que essas iniciem seus efeitos terapêuticos. Nesse caso a dose não deve ultrapassar 15mg/dia de prednisona, e sempre que possível a dose deve ser reduzida e a droga suspensa. A segunda indicação é na vigência de manifestações extra-articulares, como as vasculites e o envolvimento pulmonar, nesse caso devem ser administrados em dose diária ou pulsoterapia de metilprednisolona. É importante ressaltar que os pacientes que necessitarão de corticosteroide por um período maior de três meses devem receber suplementação de cálcio e vitamina D, com o objetivo de prevenir o desenvolvimento de osteoporose (CARVALHO, 2014).

4.1.2.3 Drogas modificadoras do curso da doença (DMCD) –Sintéticas e Biológicas

As DMCD devem ser indicadas a todos os pacientes a partir da definição da AR. Dentre essas drogas, o Metotrexato é considerado o agente de primeira linha, devendo ser utilizado em monoterapia no início do tratamento. Se houver contraindicação ao uso; tais como insuficiência renal, hepatopatias, etilismo, supressão da medula óssea e em mulheres em idade fértil que não estejam em uso de anticoncepção; podem ser indicadas como primeira escolha a Sulfassalazina ou a Leflunomida (CARVALHO, 2014).

Em relação ao Metotrexato, essa droga, além de reduzir sinais e sintomas da doença, melhora a capacidade funcional e reduz a progressão de lesões radiográficas. A dose inicial recomendada é de 10-15 mg/semana, podendo ser administrada por via oral ou parenteral. Se a dose inicial não for capaz de gerar melhora clínica ou controle da doença, deve-se aumentar a dose progressivamente a cada duas a quatro semanas, até atingir a dose de 20-30 mg/semana, preferencialmente nas primeiras 12 semanas. Efeitos adversos relacionados ao uso do Metotrexato incluem neutropenia, anemia, náuseas e vômitos, mucosite e elevação de enzimas hepáticas (CARVALHO, 2014).

A Sulfassalazina é utilizada na dose de 1-3 g/dia, por via oral. Efeitos colaterais relacionados ao uso da droga são intolerância gastrointestinal, exantema cutâneo, elevação de enzimas hepáticas, úlceras orais e mielossupressão. Seu uso está

contraindicado em casos de hipersensibilidade a sulfas e salicilatos, e em portadores de porfiria (CARVALHO, 2014).

A Leflunomida deve ser prescrita na dose de 20 mg/dia, administrada por via oral. Os efeitos adversos incluem náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia, alteração das enzimas hepáticas, exantema cutâneo e hipertensão. Contraindicações ao uso incluem mulheres em idade fértil que não fazem uso de anticoncepção, insuficiência renal e hepatopatias (Mota, *et al*, 2012, p.155, apud ROZMAN, 2002, p. 421-30).

Nos pacientes que iniciaram o tratamento com Metotrexato e não obtiveram a resposta clínica esperada com a dose máxima do medicamento, ou na presença de efeitos colaterais, recomenda-se a troca por outra DMCD em monoterapia ou associação de uma outra DMCD ao Metotrexato (Metotrexato + Hidroxicloroquina; Metotrexato + Sulfassalazina). Para que a ausência de resposta ao tratamento de primeira linha possa ser definida são necessários um período de, pelo menos, 6 meses em uso da terapia.

A terapia com biológicos está indicada para pacientes que persistem com atividade da doença moderada a alta apesar do tratamento com pelo menos dois dos esquemas propostos como primeira linha de tratamento. Entre os biológicos a primeira escolha são as drogas anti-fator de necrose tumoral (anti-TNF) (MOTA, 2012).

Não há evidências suficientes para definir o tempo ideal de uso de terapia para a AR. Em casos de remissão da doença sustentada por mais de 6 a 12 meses, pode-se tentar a retirada gradual de medicamentos, obedecendo à seguinte ordem: primeiramente os AINH, após os corticosteroides e DMCD biológicos, mantendo o uso das DMCD sintéticas. Se a remissão se mantiver pode-se tentar a retirada dos agentes sintéticos, contudo a remissão sustentada sem uso de medicamentos é pouco frequente na AR (Mota, *et al*, 2012, p.162, apud, O'MAHONY, 2010, p.1823-6).

4.2 TRATAMENTO DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

O tratamento da artrite e das artralguas associadas ao LES visa a melhora dos sintomas articulares, bem como controle da atividade da doença. Os AINH podem ser utilizados para alívio sintomático da artrite aguda não acompanhada de comprometimento sistêmico, se não houver contraindicações. Os glicocorticoides podem ser adicionados ao esquema em pacientes cujos sintomas não cederam com a administração de antimaláricos

e/ou AINH, nesse caso pode ser usado prednisona 5-20 mg/dia, de acordo com a gravidade do comprometimento articular.

Nas artrites com evolução crônica ou com recidivas frequentes, está indicado o uso de antimalárico, como a Hidroxicloroquina. Essa droga é prescrita na dose de 200-400 mg/dia, não devendo exceder 5 mg / kg de peso corporal por dia para evitar a toxicidade da retina. Nos casos não responsivos ou em que os antimaláricos sejam contraindicados, pode-se associar Metotrexato na dose de 15-25 mg/semana. Em situações de ausência de resposta ou intolerância estão indicados Leflunomida ou Azatioprina (WILLIAMS *et al.* 1994; WALLACE, 1994; RUIZ-IRASTORZA, 2010; Grupo Canadense de Estudo de Hidroxicloroquina, 1991).

Além disso, existem novas alternativas de tratamento, tais como os imunobiológicos. O rituximabe possui papel importante em pacientes com doença grave e refratária ao tratamento convencional, especialmente nos casos com envolvimento renal, mas também musculoesquelético, hematológico, cutâneo e neurológico. Também foram encontrados resultados positivos com o uso de Belimumabe. Apesar disso, o tratamento de pacientes com LES ainda é de elevada complexidade, mesmo para reumatologistas, devido ao fato de que casos graves permanecem com baixo percentual de remissão completa e elevada frequência de danos permanentes (NETO *et al.* 2019).

4.3 TRATAMENTO DA GOTA

Os objetivos do tratamento concentram-se na supressão do episódio agudo de gota, redução dos níveis séricos de ácido úrico e prevenção da deposição de cristais. Neste protocolo daremos ênfase ao tratamento da crise aguda de gota.

Diante de um episódio agudo de artrite gotosa, de modo inicial, recomenda-se que a articulação afetada seja colocada em repouso por um período de 24-48 horas, a crioterapia pode ser indicada e o tratamento sintomático iniciado imediatamente. Neste momento os hipouricemiantes orais não devem ser utilizados, pois rápidas flutuações do ácido úrico sérico podem perpetuar ou agravar a crise (CARVALHO *et al.* 2014).

Para o manejo da crise aguda é recomendada a utilização de AINH, na ausência de contraindicações, uma das drogas indicadas é o naproxeno na dose de 500 mg, de 12/12 horas. Dessa forma, preconiza-se que a colchicina seja administrada a cada 6-8

horas, em conjunto com um AINH, reduzindo-se a dose de acordo com a melhora clínica. A dose deve ser reduzida se ocorrer debilidade muscular, náuseas, vômitos ou diarreia, sendo que a dose máxima diária deve ser abaixo de 7 mg. Ajustes de dose devem ser considerados, a depender do grau de comprometimento hepático ou renal (CARVALHO *et al.* 2014).

Os corticosteroides podem ser eficazes nos casos recidivantes de gota aguda, na gota poliarticular ou na presença de contraindicações ao uso de colchicina ou AINH. Recomenda-se a utilização de prednisona, na dose de 0,5 mg/kg/dia. Pode-se ainda, indicar o uso de corticosteroide intra-articular (p.ex. acetato de metilprednisolona ou hexacetonida de triancinolona) em pacientes com acometimento mono ou oligoarticular e que sejam portadores de múltiplas comorbidades ou que tenham contraindicação ao(s) tratamento(s) oral(is) convencional(is) (Carvalho *et al.* 2014, p.265, apud KHANNA, 2012, p.1431-61).

4.4 TRATAMENTO DA PSEUDOGOTA

As orientações para tratamento da pseudogota, de acordo com a Sociedade Brasileira de Reumatologia, são baseadas na opinião de especialistas e em resultados de estudos não-controlados, não havendo diretrizes.

O tratamento da pseudogota contempla medidas não farmacológicas como importantes adjuvantes, tais como o repouso articular, por vezes com uso de órteses por 48 a 72 horas, crioterapia e exercícios de fortalecimento muscular.

Na crise aguda de pseudogota envolvendo uma ou duas articulações opta-se por infiltração de glicocorticoide intra-articular, após aspiração do líquido sinovial (função diagnóstica e terapêutica). Caso não seja possível, recomenda-se curso breve com AINH, glicocorticoide sistêmico ou colchicina (MACHADO, 2019). Devemos considerar que esses medicamentos devem ser utilizados com cautela em idosos pelos efeitos colaterais relacionados a eles e à maior predisposição para sua ocorrência nessa faixa etária (diarreia por uso de colchicina, insuficiência renal, sangramento gastrointestinal e eventos cardiovasculares por uso de AINH).

Se o envolvimento for de mais de duas articulações deve-se utilizar AINH (na ausência de contraindicações), colchicina (0,5 mg/dia no primeiro dia, seguido de 1 mg/dia até a remissão) ou glicocorticoide na dose de até 0,5 mg/kg/dia por curtos períodos

(MACHADO, 2019). A duração do tratamento depende do alívio dos sintomas e da presença de efeitos colaterais.

Em pacientes com três ou mais episódios agudos no período de um ano recomenda-se a profilaxia de novos episódios mantendo a colchicina na dose de 0,5-1 mg/dia (MACHADO, 2019).

4.5 TRATAMENTO DA ARTRITE SÉPTICA

As bases do tratamento da artrite séptica baseiam-se na instituição precoce de antibioticoterapia e drenagem da articulação.

A escolha inicial da terapia antimicrobiana deve ser empírica, de modo a abranger os patógenos mais prováveis em relação ao quadro clínico, fatores de risco e dados locais de resistência. Até que o resultado da cultura revele o patógeno a coloração de gram deve guiar a escolha. Em casos em que a coloração de gram não puder ser obtida recomenda-se: para pacientes imunocompetentes terapia empírica com oxacilina ou ceftriaxone e para pacientes imunodeprimidos associação de vancomicina mais cefalosporina de 3ª geração, como o ceftriaxone.

Em casos em que a coloração inicial de gram demonstrar cocos gram-positivos deve ser iniciado tratamento empírico com vancomicina 15-20 mg/kg/dose, endovenosa, a cada 8 ou 12 horas. Em artrite séptica por cocos gram-negativos as cefalosporinas de 3ª geração são recomendadas, tais como a ceftriaxone 2g, endovenosa, a cada 24 horas (FERNANDEZ; NETO, 2019; LIU et al. 2011).

A duração da terapia recomendada é de 2 a 4 semanas, sendo que o antibiótico deve ser administrado por via endovenosa por, no mínimo, 2 semanas. Depois disso, dependendo das condições clínicas do paciente, a droga pode passar a ser administrada por via oral (FERNANDEZ; NETO, 2019).

A drenagem articular pode ser realizada através da aspiração por agulha, artrocentese ou artroscopia, não há consenso sobre a melhor técnica, mas a escolha é baseada no tipo de articulação afetada e na duração da infecção. Em articulações de fácil acesso, como o joelho, a artrocentese por agulha pode ser realizada diariamente, sendo útil para acompanhar a resposta terapêutica (FERNANDEZ; NETO, 2019).

Recomenda-se que para o tratamento da artrite aguda gonocócica seja utilizado como regime inicial de escolha ceftriaxone 1g, intravenoso ou intramuscular, a cada 24 horas, associado a azitromicina 1g, via oral, em dose única, para o tratamento empírico

de *Chlamydia trachomatis*. O parceiro sexual, com contato até dois meses antes do diagnóstico, deve ser tratado, tanto para *N. gonorrhoeae* como para clamídia (VIEIRA; MONT'ALVERNE, 2019).

4.6 TRATAMENTO DA ARTRITE REATIVA

O tratamento de primeira linha para o manejo da dor e da inflamação aguda articular deve ser feito com AINH, em dose plena, por pelo menos duas semanas. Não há superioridade de uma droga em relação à outra. Um exemplo de droga é o ibuprofeno na dose de 600 mg, administrado 3-4 vezes ao dia (Ministérios da Saúde, 2015, p.3, apud, HAMDULAY; GLYNNE; KEAT, 2006, p.446-53; apud, LEIRISALO-REPO, 2005, 251-9).

Os glicocorticoides não devem ser utilizados como primeira escolha de tratamento, mas podem ser associados à droga inicial em casos em que os AINH não controlarem os sintomas de modo satisfatório, geralmente na doença grave e prolongada. Esquemas a serem utilizados incluem a prednisona 5 mg, 1-4 comprimidos ao dia ou de 20 mg, ½-1 comprimido ao dia. Infiltrações intra-articulares podem ser benéficas, sobretudo em casos de lesão única e incapacitante.

A ARe de início recente é, por definição, uma doença infecciosa, e a identificação do agente causal e sua erradicação com tratamento adequado podem propiciar sua cura. Portanto, o uso de antibióticos deve ser estimulado. A escolha do antibiótico segue o padrão para a patologia infecciosa de acordo com o local em que ela ocorre. Quando a infecção for gastrointestinal, em geral, se indicam antibióticos apenas em casos complicados ou se persistência do quadro, nesse caso, recomenda-se a utilização de sulfametoxazol 800 mg/trimetoprima 160 mg, 2 vezes ao dia, ou ciprofloxacina 500 mg, via oral, 2 vezes ao dia, ambos durante 7 a 10 dias. A doxiciclina é o antibiótico de escolha para tratar infecção por *Chlamydia*, a qual deve ser utilizada durante 14 dias, sendo azitromicina também indicada, em dose única de 1 grama (CHIEREGHIN; XIMENES; KEISERMAN, 2019).

Apesar de resultados contraditórios, as DMCD estão indicadas na ARe crônica. A sulfassalazina parece oferecer bons resultados, podendo ser prescrita na dose de 500 mg até 3g/dia. O metotrexato também é uma opção, a dose recomendada é de 10-25 mg/semana (CHIEREGHIN; XIMENES; KEISERMAN, 2019).

4.7 TRATAMENTO DAS ESPONDILOARTRITES

Consoante ao exposto pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Psoriásica do Ministério da Saúde (2018, p.7) os objetivos do tratamento das espondiloartrites são reduzir os sintomas, manter a flexibilidade axial e a postura normal, reduzir as limitações funcionais, manter habilidade laboral e reduzir complicações associadas à doença (apud WARD *et al.* 2016, p.282-98). A conduta ideal para manejo da EA inclui tratamentos não medicamentosos e medicamentosos combinados.

O tratamento medicamentoso inclui o uso de AINH, glicocorticoides e DMCD - sulfassalazina, metotrexato, e agentes biológicos bloqueadores do fator de necrose tumoral alfa (anti-TNF). Esses fármacos estão contraindicados em caso de hipersensibilidade a qualquer um de seus componentes ou em casos de contraindicação absoluta.

O tratamento dessas condições têm avançado bastante recentemente. Inicialmente é realizado com AINH, considerados como agentes de primeira linha em pacientes com artrite axial em atividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p.7 apud, WARD *et al.* 2016, p.282-98; SAMPAIO-BARROS *et al.* 2013, p.242-57). Algumas vezes, medicamentos biológicos especiais podem ser necessários. Esses medicamentos poderão ser apropriadamente prescritos pelo médico reumatologista ao longo do acompanhamento clínico. Além das medicações, o tratamento fisioterápico é fundamental para a prevenção de deformidades.

Após suspeita diagnóstica e manejo inicial do acometimento articular associado às espondiloartrites é essencial que o paciente seja avaliado por médico reumatologista para manutenção e acompanhamento do tratamento, visando melhora de desfechos e do prognóstico.

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O termo artralgia refere-se à sintomatologia dolorosa em uma ou mais articulações. Está configurada a ocorrência de artrite quando, além de dor, existem outros sinais inflamatórios (calor, rubor, aumento de volume articular e prejuízo funcional) (NEUBARTH; VASCONCELOS, 2019).

Dessa forma, serão incluídos neste protocolo para diagnóstico e tratamento de artrites os pacientes que se apresentarem com história de dor e evidência de processo inflamatório em uma ou mais articulações. Serão excluídos os pacientes que apresentarem quadro isolado de artralgia.

A faixa etária estudada é a de adultos e idosos, sendo excluída deste protocolo a faixa etária pediátrica.

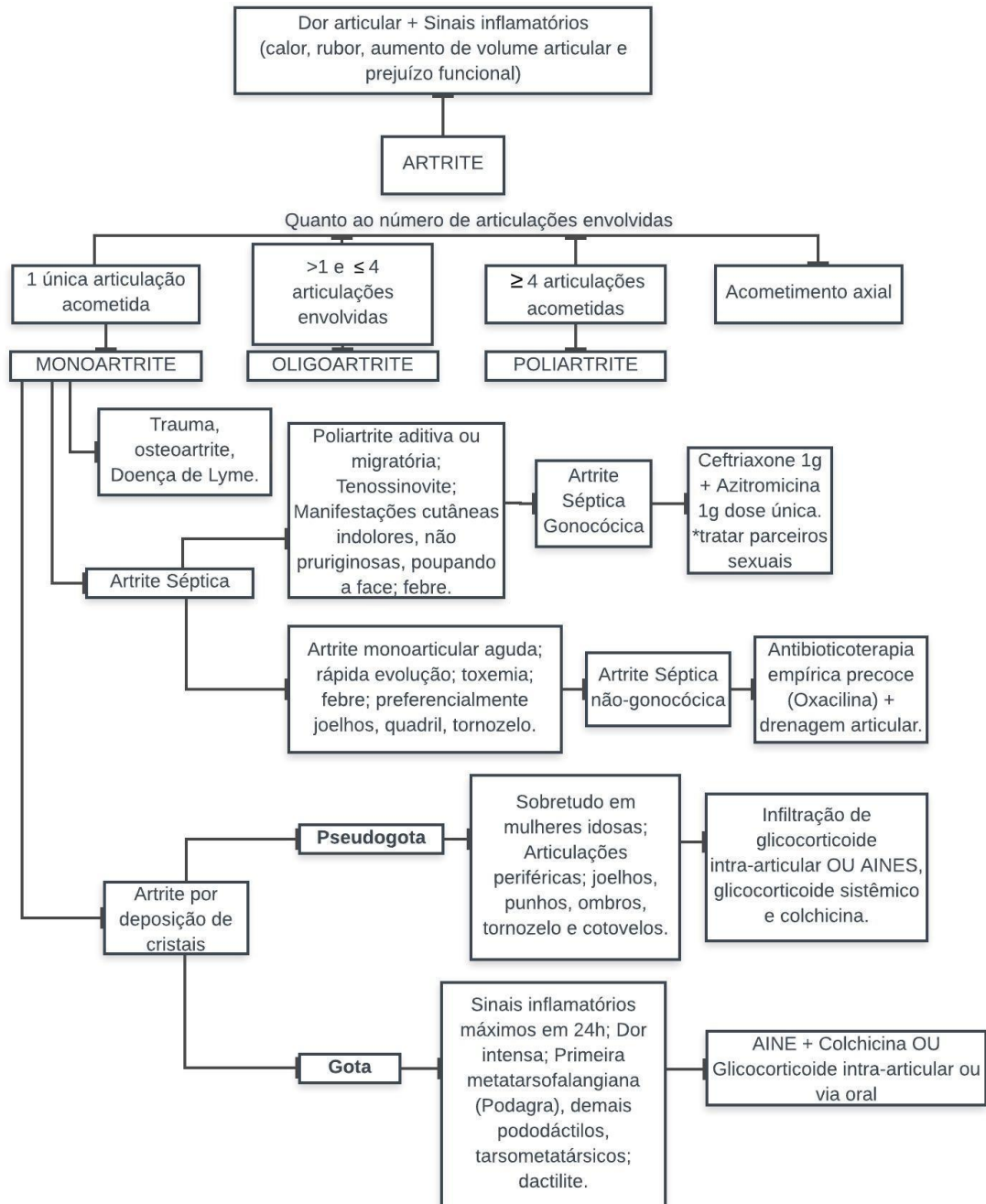
6 MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PÓS TRATAMENTO

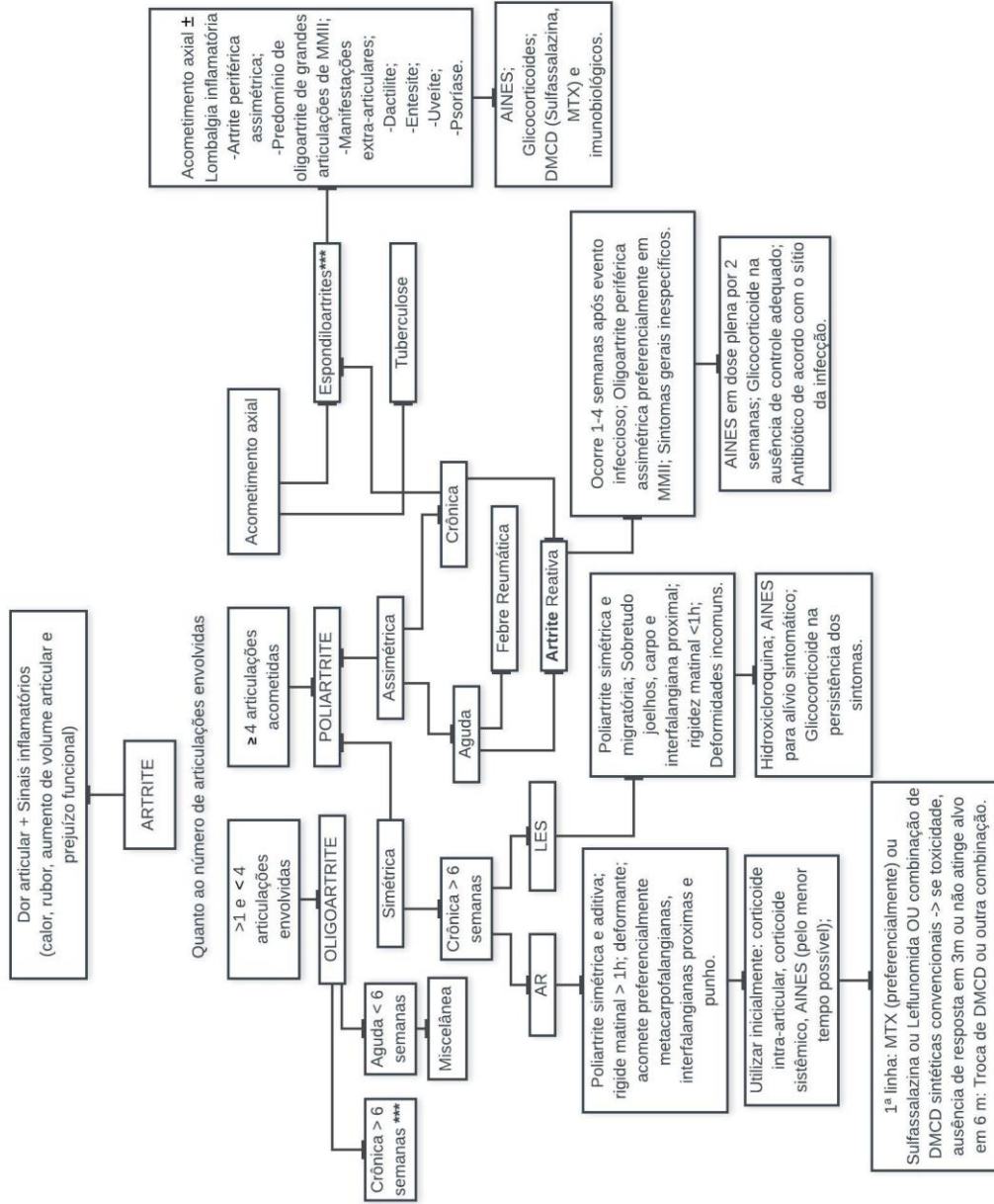
O acompanhamento dos pacientes com artrite durante o tratamento da fase aguda deve ter como princípio fundamental a avaliação clínica para análise da evolução da doença, que inclui pesquisa de sinais de edema articular, número de articulações envolvidas, duração da rigidez matinal, limitação funcional, presença de dor noturna e presença de entesites, conjuntivites, uretrites e outras queixas sistêmicas.

Nesse período, também é importante buscar ativamente possíveis efeitos adversos relacionados aos medicamentos em uso para que doses sejam adequadas ou o medicamento seja, eventualmente, suspenso ou substituído.

O acompanhamento pós tratamento da fase aguda da doença é essencial para adequação do tratamento a longo prazo. Como recomendação geral da EULAR para o manejo de artrites agudas recomenda-se que o monitoramento da atividade da doença inclua contagem de articulações dolorosas e inchadas, avaliações globais do paciente e avaliação laboratorial com dosagem de VHS e PCR. A atividade da artrite deve ser avaliada em intervalos de um a três meses, contanto que a remissão não seja alcançada. Danos estruturais devem ser avaliados por radiografias a cada 6 a 12 meses durante os primeiros anos. A avaliação funcional pode ser usada para complementar a atividade da doença e o monitoramento de danos estruturais.

7 FLUXOGRAMA





AINES: Anti-inflamatórios não esteróides; Anti-TNF: Inibidor do Fator de Necrose Tumoral; DMCD: Drogas Modificadoras do Curso da Doença; MMII: Membros inferiores; MTX: Metotrexato.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALETAHA D. et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* 2010; 62(9):2569-81.

ARINGER M. et al. *Ann Rheum Dis* 2019; 78:1151–1159.

ARNETT F.C. et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1988; 31(3):315-24.

BATTISTA, M. Di et al. One year in review 2018: systemic lupus erythematosus. **Clinical And Experimental Rheumatology**, 36: 763-777, maio 2018.

BECKER, M. A.; GAFFO, A.L. Clinical manifestations and diagnosis of gout. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on June 26, 2019).

CARDOSO, et al. Regras de ouro em reumatologia - Lisboa : DGS, 2005. p. 6.

CHIEREGHIN, A.; XIMENES, A. C.; KEISERMAN, M. Artrite reativa. In: VASCONCELOS, J. T. S. et al. **Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia**. Barueri [SP]: Manoele, 2019. p.185-189.

CRITÉRIO de classificação da artrite reumatoide ACR-EULAR 2010. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, Sp, Brasil, v. 5, n. 50, p.481-486, 2010.

DAFNA, D. Gladman. Overview of the clinical manifestations of systemic lupus erythematosus in adults. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on June 01, 2019.)

FERNANDEZ, R. N.; NETO, F. A. B. Artrite séptica bacteriana não gonocócica e osteomielite. In: VASCONCELOS, J. T. S. et al. **Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia**. Barueri [SP]: Manoele, 2019. p.392-396.

HEALY, Paul J; HELLIWELL, Philip S. Classification of the spondyloarthropathies. **Current Opinion In Rheumatology**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.395-399, jul. 2005.

LAHU, Ali et al. Modes of Presentation of Reactive Arthritis Based on the Affected Joints. **Medical Archives**, [s.l.], v. 69, n. 1, p.42-45, 2015.

MACHADO, N. P. Doença por deposição de pirofosfato de cálcio. In: VASCONCELOS, J. T. S. et al. **Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia**. Barueri [SP]: Manoele, 2019. p.381-386.

MARQUES, C. D. L.; GONÇALVES, C. R.; SAAD, C. G. S. Espondiloartrites axiais e espondilite anquilosante. In: VASCONCELOS, J. T. S. et al. **Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia**. Barueri [SP]: Manoele, 2019. p.160-167.

McCARTY, D. J. Calcium pyrophosphate dihydrate crystal deposition disease – 1975. **Arthritis Rheum**. 1976; 19 Suppl 3:275.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Ed.). **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide**. Brasil, 11 dez. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Ed.). **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reativa**. Brasil, 11 nov. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Ed.). **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Espondilite Ancilosante**. Brasil, 22 out. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Ed.). **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Psoriásica**. Brasil, 24 out. 2018.

MOTA, Licia Maria Henrique da et al. Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [s.l.], v. 52, n. 2, p.152-174, abr. 2012.

MOTA, Licia Maria Henrique da et al. Diretrizes para o diagnóstico da artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Brasil, v. 2, n. 53, p.141-157, 2013.

NETO, E. F. B. *et al.* Lúpus Eritematoso Sistêmico. In: VASCONCELOS, J. T. S. et al. **Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia**. Barueri [SP]: Manoele, 2019. p.204-217.

NEUBARTH, F.; VASCONCELOS, J. T. S. Padrões clínicos de reconhecimento em reumatologia. In: VASCONCELOS, J. T. S. et al. **Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia**. Barueri [SP]: Manoele, 2019. p.25-30.

ROSENTHAL, A. K. Clinical manifestations and diagnosis of calcium pyrophosphate crystal deposition (CPPD) disease. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on June 26, 2019.)

RUDWALEIT M. et al. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. **Ann Rheum Dis**. 2011; 70(1):25-31.

RUDWALEIT M. et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. **Ann Rheum Dis**. 2009; 6S(6):777-83.

SANTIAGO, Mittermayer B.; GALVÃO, Verena. Jaccoud Arthropathy in Systemic Lupus Erythematosus. **Medicine**, [s.l.], v. 87, n. 1, p.37-44, jan. 2008.

VIEIRA, R. M. R. A.; MONT'LVEME. A. R. S. Artrite Gonocócica. In: VASCONCELOS, J. T. S. et al. **Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia**. Barueri [SP]: Manoele, 2019. p.397-400.

WALLACE, D. J. Overview of the management and prognosis of systemic lupus erythematosus in adults. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on June 04, 2019.)