



Reumatologia Básica em Medicina Geral e Familiar

Coordenação:

Maria Manuela Costa
Jaime C. Branco



Índice

| | |
|---|------|
| Os Autores..... | VII |
| Nota introdutória..... | IX |
| Siglas e abreviaturas | XI |
| Extratexto a cores | XVII |
| 1 Introdução à reumatologia, epidemiologia e classificação das doenças reumáticas e musculoesqueléticas..... | 1 |
| <i>Jaime C. Branco</i> | |
| 2 História clínica em reumatologia..... | 11 |
| <i>Maria Manuela Costa</i> | |
| 3 Exame objetivo em reumatologia..... | 19 |
| <i>Maria Manuela Costa</i> | |
| 4 Exames complementares de diagnóstico..... | 37 |
| <i>Maria Manuela Costa</i> | |
| 5 Abordagem do doente com monoartralgia e monoartrite | 45 |
| <i>Carina Lopes</i> | |
| 6 Abordagem do doente com oligoartralgia e oligoartrite..... | 65 |
| <i>João Lagoas Gomes</i> | |
| 7 Abordagem do doente com poliartralgia e poliartrite | 83 |
| <i>Tiago Afonso Costa</i> | |
| 8 Abordagem do doente com raquialgia | 99 |
| <i>Maria Manuela Costa</i> | |
| 9 Abordagem do doente com dor musculoesquelética difusa | 129 |
| <i>Jaime C. Branco</i> | |
| 10 Abordagem do doente com doença reumática sistémica | 143 |
| <i>Maria Manuela Costa</i> | |

| | | |
|-------------|---|------------|
| 11 | Reumatologia topográfica | 173 |
| 11.1 | Dor no ombro..... <i>João Madruga Dias</i> | 173 |
| 11.2 | Dor no cotovelo..... <i>Tiago Afonso Costa</i> | 187 |
| 11.3 | Dor no punho e/ou mão..... <i>Carina Lopes</i> | 194 |
| 11.4 | Dor na anca <i>Maria Manuela Costa</i> | 206 |
| 11.5 | Dor no joelho <i>João Lagoas Gomes</i> | 214 |
| 11.6 | Dor no tornozelo e/ou pé..... <i>Maria Manuela Costa</i> | 225 |
| 12 | Abordagem da criança e adolescente com artralgia <i>Maria Manuela Costa</i> | 237 |
| 13 | Doença reumática na grávida <i>Maria Manuela Costa</i> | 247 |
| 14 | Monitorização de fármacos modificadores da atividade da doença reumática <i>João Madruga Dias</i> | 255 |
| 15 | Referenciação das doenças reumáticas..... <i>Maria Manuela Costa</i> | 263 |
| | Bibliografia..... | 267 |

Os Autores

COORDENADORES/AUTORES

Maria Manuela Costa

Assistente Hospitalar Graduada de Reumatologia – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE.

Jaime C. Branco

Professor Catedrático e Diretor – NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (FCM, UNL). Diretor do Serviço de Reumatologia – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE. Investigador Principal do Centro de Estudos de Doenças Crónicas (CEDOC) – FCM, UNL. Coordenador do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas.

AUTORES

Carina Lopes

Interna do 5.º ano da Formação Específica em Reumatologia – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE. Docente afiliada na Unidade Curricular de Especialidades Médicas e Cirúrgicas 1 – NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

João Lagoas Gomes

Interno do 5.º ano de Formação Específica em Reumatologia. Docente afiliado na Unidade Curricular de Especialidades Médicas e Cirúrgicas 1 – NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

João Madruga Dias

Assistente de Reumatologia – Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE.

Tiago Afonso Costa

Assistente de Reumatologia – Hospital Beatriz Ângelo.

Nota introdutória

Sendo as doenças reumáticas e musculoesqueléticas (DRM) a patologia humana crónica mais frequente nos países ocidentais e desenvolvidos, em que Portugal se inclui, é completamente impossível que os reumatologistas possam seguir e tratar todos os doentes que elas atingem.

A maioria dos doentes reumáticos, logo no início dos seus sintomas e também durante a evolução das suas DRM, recorre aos serviços de saúde que lhe estão mais próximos e são mais acessíveis – os Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Por isso, na nossa opinião, os médicos de família (MF) deverão possuir uma sólida formação nesta tão prevalente e importante área das doenças crónicas não transmissíveis.

A deteção precoce dos sintomas e sinais mais relevantes, o diagnóstico diferencial sumário e os critérios de referência a uma consulta de reumatologia são vertentes que podem marcar a diferença na evolução prognóstica e funcional de muitos doentes reumáticos. Por isso, estes são conhecimentos e atitudes que devem fazer parte do dia a dia dos MF.

Muitos desses doentes reumáticos, sobretudo com DRM inflamatórias e sistémicas, serão cuidados pelo reumatologista em conjunto com o MF, mas a maioria dos doentes com outras DRM, será, e bem, seguida apenas pelo seu MF.

Sabemos que a formação médica contínua é um dos mais importantes deveres dos médicos. Por isso as sociedades científicas médicas realizam, produzem e patrocinam várias ações, veículos e instrumentos de educação científica e formação prática.

Quando ambos desempenhámos cargos na direção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (2002-2004), firmámos, pela primeira vez, com a direção da então Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral um protocolo com os objetivos de, por um lado, melhor preparar e treinar os MF para o diagnóstico e tratamento dos doentes reumáticos e, por outro, melhor sensibilizar e instruir os reumatologistas acerca das necessidades e dificuldades que os seus colegas dos CSP vivem e sentem na sua exigente e pesada atividade clínica diária.

Para isso desenvolveram-se e criaram-se vários meios e instrumentos: participação bipartida em congressos e outras reuniões científicas, publicação, de várias edições, do livro *Regras de Ouro em Reumatologia* e introdução “permanente” da reumatologia como tema das Escolas de Medicina Geral e Familiar (MGF).

Desde aquela data e até hoje organizámos e realizámos nessas Escolas quase duas dezenas de cursos sobre DRM, no continente e na Região Autónoma dos Açores. Estes cursos têm 30 horas de ensino/aprendizagem com contacto e já serviram cerca de 400 MF, sobretudo internos de MGF à época em que os frequentaram.

Na impossibilidade natural de estas Escolas poderem chegar a todos os MF, este livro, *Reumatologia Básica em Medicina Geral e Familiar*, tem esse desígnio mais amplo de lhes poder servir como formação médica continuada, tendo em vista o incremento da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes reumáticos portugueses.

Foi com gosto e dedicação que nós, e os restantes autores, a quem muito agradecemos, o imaginámos, programámos e produzimos.

Agradecemos ainda ao Dr. Carlos Barbeitos pela inestimável colaboração prestada na obtenção das figuras utilizadas neste livro.

Esperamos que vos seja útil e de agradável leitura.

Maria Manuela Costa
Jaime C. Branco
(Coordenadores)



Exame objetivo em reumatologia

Maria Manuela Costa

1. INTRODUÇÃO

A observação do doente com doença reumática e musculoesquelética (DRM) inclui sempre:

- exame objetivo reumatológico;
- exame objetivo geral.

No momento em que o doente entra no consultório, inicia-se a observação clínica:

- fácies (por exemplo, lúpico, esclerodérmico, “cushingado”);
- *habitus* (por exemplo, osteoporótico, espondilítico);
- marcha (por exemplo, claudicante);
- deformações ósseas ou articulares (por exemplo, doença óssea de Paget, *genu varum*, *genu valgum*);
- lesões cutâneas de psoríase, eritema malar, úlceras nas polpas digitais, nódulos.

O exame objetivo reumatológico encontra-se dividido em quatro partes:

1. Inspeção.
2. Palpação/Percussão.
3. Mobilização:
 - ativa;
 - passiva;
 - contra resistência.
4. Manobras específicas.

A **inspeção** inclui:

- aspeto global;
- posição em repouso, que pode ser indiferente ou antálgica;
- simetria;
- deformação/tumefação;
- atrofia muscular;
- alterações cutâneas.

A **palpação** consiste em:

- detetar alteração da temperatura cutânea;
- pesquisar pontos dolorosos, que podem estar localizados nas massas musculares e nas regiões periarticulares ou ósseas;
- avaliar a articulação para pesquisa de dor articular ou periarticular;
- identificar tumefação articular e caracterizar a sua consistência, que pode ser dura (óssea) ou elástica (sinovite, bursite).

Deve observar-se a simetria dos ombros e das omoplatas e, por último, verificar se as cristas ilíacas estão ao mesmo nível ou se existe báscula da bacia por dismetria dos membros inferiores.

O observador deve avaliar a existência de assimetrias das goteiras paravertebrais, por contractura muscular ou atrofia muscular. Pesquisar a presença de outras anomalias, tais como lesões cutâneas.

2.1.2 Palpação

Nesta posição o observador efetua a palpação das apófises espinhosas para detetar dor na presença de patologia infecciosa, inflamatória ou tumoral de uma das vértebras. Pesquisar a existência de pontos dolorosos paravertebrais ou contracturas musculares.

2.1.3 Mobilização ativa

O doente executa os movimentos de flexão, extensão, rotação e inclinação lateral do pescoço na avaliação da coluna cervical e de flexão, extensão e inclinação lateral do tronco na avaliação da coluna lombar.

2.1.4 Mobilização passiva

O observador executa os mesmos movimentos referidos anteriormente na avaliação da coluna cervical; nos restantes segmentos não é possível fazer esta avaliação.

2.1.5 Manobras específicas

No **teste de Schober modificado** assinala-se o ponto médio da linha que une as espinhas ilíacas póstero-superiores e medem-se 10 cm acima deste ponto. O doente faz a flexão máxima do tronco e a distância aumenta de 10 cm para um valor igual ou superior a 15 cm (figura 3.1).

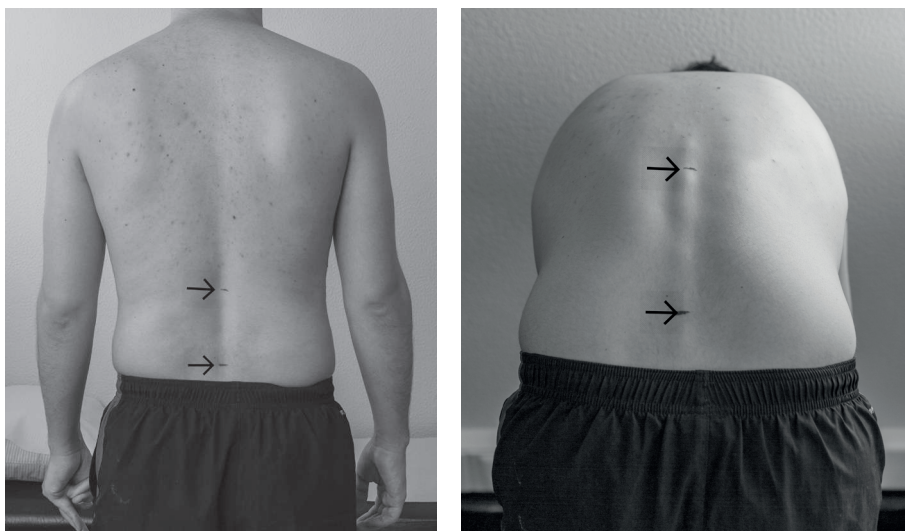


Figura 3.1 – Teste de Schober modificado.

5. PUNHO

5.1 OBSERVAÇÃO DO PUNHO COM O DOENTE SENTADO

5.1.1 Inspeção

A inspeção do punho inclui a observação das faces dorsal, palmar, bordo radial e bordo cubital.

Deve pesquisar-se a existência de tumefação difusa (articular), tumefação localizada (tenossinovite ou quisto sinovial), deformação articular, eritema, nódulos subcutâneos e tofos gotosos.

5.1.2 Palpação

A palpação da entrelinha articular na face dorsal do punho e nos recessos laterais faz-se para detetar pontos dolorosos, ou a existência de proliferação da membrana sinovial, ou derrame intra-articular ou tenossinovite do extensor comum dos dedos.

O observador apoia o punho do doente e com os polegares faz a palpação da entrelinha articular e com o polegar e o indicador o trajeto dos tendões (figura 3.18). Deve ainda pesquisar tofos gotosos, nódulos ou quistos sinoviais.



Figura 3.18 – Palpação do punho.

5.1.3 Mobilização ativa, passiva e contra resistência

A mobilização ativa e passiva da extensão dorsal e flexão palmar permite avaliar a amplitude dos movimentos e se existe despertar de dor por patologia articular ou periarticular.

A extensão dorsal dos dedos contra resistência permite analisar o tendão extensor comum dos dedos; nos casos de tenossinovite, esta manobra desencadeia dor.

5.1.4 Manobra de Finkelstein

Na avaliação de tenossinovite de De Quervain, o doente faz a flexão dos dedos sobre o polegar, seguindo-se a mobilização passiva da mão no sentido cubital (figura 3.19).

6. MÃO

6.1 OBSERVAÇÃO DA MÃO COM O DOENTE SENTADO

6.1.1 Inspeção

A inspeção da mão inclui a observação das faces dorsal e palmar da mão como um todo e de cada articulação que a constitui.

O observador deve pesquisar a existência de deformações (por exemplo, nódulos de Heberden e nódulos de Bouchard), quistos sinoviais, tumefação articular ou tendinosa, atrofia muscular da eminência tenar ou dos interósseos, tofos gotosos, contractura da aponevrose palmar, alterações da coloração da pele, úlceras digitais, esclerodactilia, psoríase, ponteados ungueal.

6.1.2 Palpação

A palpação das articulações da mão inclui a palpação individual de cada articulação para identificação de tumefação de consistência elástica (sinovite) ou de consistência dura/óssea (osteófito), ou avaliação em bloco da 2.^a à 5.^a metacarpofalângicas (MCF), denominada *squeeze test*, para identificação de dor numa das MCF (figura 3.22).

Na avaliação individual de cada MCF, o observador apoia a mão do doente nas suas mãos e com os polegares faz a palpação da entrelinha articular (figura 3.23).

As articulações interfalângicas proximais (IFP) e as articulações interfalângicas distais (IFD) requerem o uso dos polegares e dos indicadores do observador (figura 3.24).

A palpação dos tendões, em todo o seu trajeto, permite identificar pontos dolorosos, tumefação, nódulos (tendinite nodular do flexor) ou fibrose palmar.

Os nódulos de Heberden têm consistência dura/óssea e localizam-se na face dorsal das articulações IFD e os nódulos de Bouchard localizam-se nas articulações IFP.



Figura 3.22 – *Squeeze test* (avaliação em bloco da 2.^a à 5.^a metacarpofalângicas).



Figura 3.23 – Palpação da articulação metacarpofalângica.



Figura 3.24 – Palpação da articulação interfalângica proximal.

A OA pode comprometer apenas uma articulação (monoarticular) ou, pelo contrário, ter um compromisso mais extenso de, pelo menos, três grupos articulares (generalizada).

Uma outra forma de ser classificada (tabela 5.5) é em:

- OA primária ou idiopática;
- OA secundária a outras doenças metabólicas, como a hemocromatose ou ocronose, anomalias anatómicas, incluindo epifisiólise da cabeça do fémur ou condrodisplasias, traumatismo ou cirurgia articular ou artropatias inflamatórias.

Tabela 5.5 – Critérios de classificação da osteoartrose pelo Colégio Americano de Reumatologia

I. Idiopática

A. Localizada

1. mãos – nódulos de Heberden e Bouchard (nodal), osteoartrose interfalângica erosiva (não nodal), carpometacárpica
2. pés – *ballux valgus*, *ballux rigidus*, dedos em martelo, talonavicular
3. joelho – compartimento medial, compartimento lateral e compartimento patelofemoral
4. anca – excêntrica (superior), concêntrica (axial, medial) e difusa (coxa senil)
5. coluna vertebral (particularmente cervical e lombar) – interapofisária, intervertebral, espondilose (osteófitos) e ligamentos
6. outras localizações – ombro, articulações temporomandibulares, articulações sacroilíacas, tibio-társica, punho, acromioclavicular

B. Generalizada – inclui três ou mais áreas descritas em A.

1. pequenas articulações e coluna
2. grandes articulações e coluna
3. pequenas e grandes articulações e coluna

II. Secundária

A. Pós-traumatismo

B. Doença congénita ou *development*

1. localizada:
 - a. anca – doença de Legg-Calvé-Perthes, luxação congénita da anca, epifisiólise da cabeça do fémur, acetábulo plano
 - b. fatores mecânicos e locais – obesidade, dismetria, deformidade em *valgum* ou *varum*, síndromes de hipermobilidade, escoliose
2. generalizada:
 - a. displasias ósseas – displasia epifisial, displasia espondiloepofisial
 - b. doença metabólica – hemocromatose, ocronose, doença de Gaucher, hemoglobínoptia, doença de Ehlers-Danlos

C. Doença por deposição de cálcio

1. doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio
2. artropatia por apatite
3. artropatia destrutiva (ombros, joelhos)

D. Outras doenças ósseas e artropatias, osteonecrose, artrite reumatoide, gota úrica, artrite infecciosa, doença óssea de Paget, osteopetrose, osteocondrite

E. Outros fatores:

1. doenças endócrinas – diabetes *mellitus*, acromegalia, hipotireoidismo, hiperparatiroidismo
2. artropatia neuropática (artropatia de Charcot)
3. outras – congelamento, doença de Kashin-Beck, doença de Caisson

Adaptado de Hochberg M et al. (2018).

5.1.3 Diagnóstico

A maior parte das vezes assume-se, de forma presuntiva, o diagnóstico clínico de infeção viral aguda autolimitada com base na história clínica. Em alguns casos, ao solicitar-se a serologia viral, é possível confirmar o diagnóstico.

5.1.4 Tratamento

O tratamento é essencialmente sintomático, com anti-inflamatórios não esteroides (AINE) e repouso. Algumas infeções virais têm tratamento dirigido aos vírus envolvidos e de acordo com o quadro clínico.

5.1.5 Prognóstico

O prognóstico geral é bom, sendo uma infeção de resolução rápida na maior parte dos casos, contudo, depende do tipo de patogéneo, idade do paciente e outras comorbilidades. De salientar que a infeção por hepatite B e C pode evoluir para cronicidade.

5.1.6 Referenciação

Perante a confirmação de infeção viral com necessidade de terapêutica adequada, o doente deve ser referenciado a consulta de infeciologia.

5.2 ARTRITE REUMATOIDE

A AR é a forma mais comum de artrite e consiste numa artropatia inflamatória que causa dor, tumefação, rigidez e diminuição da função articular. Existe, de forma característica, uma inflamação das articulações periféricas, que evolui com destruição articular. O compromisso articular é bilateral, simétrico e aditivo, iniciando-se nas pequenas articulações das mãos (IFP e MCF) e punhos, mas pode também atingir pés, ombros, joelhos, cotovelos, ancas e coluna cervical, entre outras. Ocasionalmente, a AR pode ter envolvimento sistémico, afetando as glândulas salivares (xerostomia) e lacrimais (xeroftalmia), pulmões (pleurite, doença pulmonar intersticial) e coração (pericardite), entre outros órgãos.

A AR, cuja prevalência é de 0,7% em Portugal (estudo EpiReumaPt, 2015), atinge 3 vezes mais mulheres do que homens. Nas mulheres a doença surge, normalmente, entre os 30 e os 50 anos, enquanto nos homens costuma aparecer mais tarde na vida. No entanto, pode atingir pessoas de qualquer idade.

5.2.1 Manifestações clínicas

A AR constitui uma artropatia inflamatória progressiva, sendo caracterizada por sinovite com envolvimento preferencial de articulações de mãos e punhos, de caráter simétrico e aditivo (figura 7.2). Esta doença pode manifestar-se de forma bastante variável, desde sintomas mais ligeiros, de instalação insidiosa, até uma poliartrite progressiva e destrutiva, associada a vasculite e outras manifestações extra-articulares. Em alguns casos, a poliartrite é precedida por episódios de mono-oligoartrite intercalados por períodos assintomáticos.

A deformação articular numa fase inicial resulta da inflamação da membrana sinovial e é reversível com um diagnóstico e tratamento instituído precocemente. Se a inflamação persistir durante longos períodos, instala-se deformação por destruição articular irreversível, como, por exemplo, dedos em “botoeira” ou em “pescoço de cisne” (figura 7.3).

2. CERVICALGIA

A cervicalgia ocorre em 18% da população geral. A prevalência aumenta com a idade, sendo que, depois dos 45 anos, 40 a 50% da população acaba por ter, pelo menos, um episódio. Na tabela 8.5 estão descritas as diferentes patologias que podem cursar com cervicalgia.

Tabela 8.5 – Diagnóstico diferencial da cervicalgia

| |
|---|
| Causas mecânicas |
| <ul style="list-style-type: none">• perturbações da estática e/ou posturais• distúrbios miofasciais• cervicartrose |
| Causas não mecânicas |
| <ul style="list-style-type: none">• espondilodiscite• lesão infiltrativa/tumoral• fratura ou lesão expansiva óssea• espondilartrite• artrite reumatoide• polimialgia reumática• polimiosite/dermatomiosite• dor visceral (cardiovascular, esofágica, otorrinolaringológica, tiroidite) |
| Causas neurológicas |
| <ul style="list-style-type: none">• hérnia discal• estenose foraminal• mielopatia espondilótica• tumor (por exemplo, neurofibroma, meningioma)• infeção (por exemplo, meningite, abscesso) |
| Outras causas |
| <ul style="list-style-type: none">• psicossociais |

2.1 ESPONDILODISCITE

A espondilodiscite constitui um processo infeccioso do disco e corpo vertebral adjacente, sendo provocada por agentes bacterianos (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumococcus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas*, *Klebsiella* ou *Salmonella*) (figura 8.1).

A localização mais frequente é o segmento lombar, todavia, a coluna dorsal também pode ser afetada. Os segmentos sagrado e cervical são locais menos comuns de espondilodiscite.

Na história clínica deve-se pesquisar fatores que favoreçam a entrada em circulação de um agente infeccioso, tais como infeção recente, técnicas invasivas (por exemplo, cateterismo, cistoscopia) ou antecedentes epidemiológicos relevantes, como tuberculose e contacto com *Brucella*.

2.1.1 Manifestações clínicas

A cervicalgia intensa e persistente, que não cede à terapêutica analgésica convencional, representa um sintoma de alarme. Quando associada a febre, sudação noturna, emagrecimento ou outros sintomas constitucionais, é indicadora de um processo infeccioso, todavia, a sua ausência não exclui esta hipótese de diagnóstico.

3.5 OUTRAS CAUSAS ARTICULARES

A displasia da anca e o conflito femoroacetabular constituem causas de dor na anca no jovem e, se não corrigidos, determinam uma causa de OA precoce.

A hemocromatose é também uma causa de coxartrose secundária que deve ser sempre ser avaliada.

Outras patologias raras da sinovial, como a osteocondromatose, podem ser causa de dor e bloqueio articular. A radiografia da anca permite o diagnóstico.

4. CAUSA ÓSSEA

4.1 OSTEONECROSE

A cabeça do fêmur é uma localização frequente de osteonecrose, que se caracteriza por isquemia do tecido ósseo subcondral.

O início é súbito, com dor de agravamento rápido e exacerbação noturna.

A dor localiza-se na virilha ou face anterior da coxa, agrava com a posição ortostática (carga articular) e no início pode aliviar com o repouso e analgésicos.

O compromisso funcional instala-se rapidamente, com diminuição dos movimentos de flexão, rotação interna e abdução.

Numa fase inicial, a radiografia é normal e o diagnóstico pode ser efetuado por RM. Com a evolução da necrose óssea, há colapso ósseo e cartilágineo com deformação da cabeça do fêmur e instala-se uma coxartrose secundária.

Os fatores de risco comuns são corticoterapia, alcoolismo, prática de mergulho, lúpus eritematoso sistêmico (LES) e coagulopatias.

O doente deve ser referenciado a consulta de ortopedia para terapêutica cirúrgica.

4.2 OUTRAS CAUSAS ÓSSEAS

A fratura de stress/fadiga no adulto jovem em reposta à prática de exercício ou no adulto com osteomalacia (fratura de insuficiência) provoca dor no local onde ocorreu. Os ossos mais afetados, que cursam com dor na anca, são o sacro, ramos púbicos ou colo do fêmur. A radiografia e/ou TC permitem o diagnóstico (figura 11.4.1 e figura 11.4.2).



Figura 11.4.1 – Radiografia da bacia revelando fratura do ramo isquiopúbico direito.

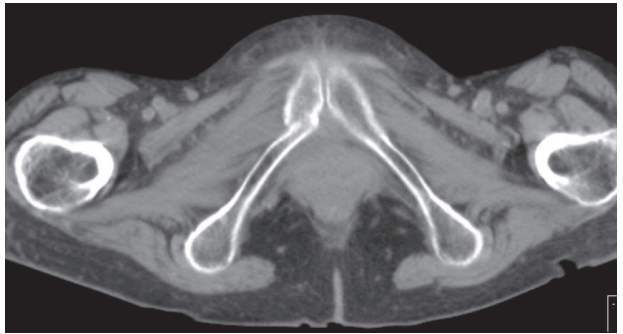


Figura 11.4.2 – Tomografia computadorizada da bacia revelando fratura do ramo isquiopúbico direito.

11.5

Dor no joelho

João Lagoas Gomes

1. INTRODUÇÃO

A dor no joelho, ou gonalgia, é uma causa frequente de consulta médica, especialmente de reumatologia. Afeta doentes de todos os grupos etários, desde jovens fisicamente ativos a idosos com múltiplas comorbilidades. Pode ter várias formas de apresentação, tanto no seu modo de instalação como nas suas características. A gonalgia crónica afeta uma percentagem significativa da população idosa, com alguns estudos a reportarem prevalências até 32,6% na população acima dos 65 anos e 25% na população acima dos 45 anos.

Para uma correta abordagem diagnóstica da gonalgia, é essencial a colheita de uma história clínica cuidadosa, da qual deve constar:

- duração dos sintomas e modo de instalação;
- traumatismo ou doença prévia noutras articulações;
- características e ritmo da dor;
- fatores de alívio ou exacerbação;
- existência de tumefação articular;
- rigidez ou bloqueio articular;
- parestesias ou diminuição da força muscular;
- claudicação da marcha;
- coxalgia ou glotalgia concomitante;
- febre ou outros sintomas constitucionais.

A maioria dos casos de gonalgia tem causa articular ou pericarticular. Todavia, o clínico deve estar alerta para a possibilidade de causas neurológicas, ósseas ou de dor irradiada para o joelho. A idade de início dos sintomas pode fornecer pistas importantes sobre os diagnósticos mais frequentes, como se pode observar na tabela 11.5.1.

Tabela 11.5.1 – Diagnósticos diferenciais divididos pela faixa etária e estruturas envolvidas

| Faixa etária | Causas articulares | Causas periarticulares | Dor irradiada |
|--------------|---|---|----------------------------------|
| < 18 anos | inflamação (artrite idiopática juvenil) síndrome de hipermobilidade | doença de Osgood-Schlatter – | rara – |
| 18-35 anos | inflamação lesão dos meniscos lesão ligamentar | bursite pré-patelar lesão ligamentar – | rara – – |
| 35-50 anos | inflamação lesão dos meniscos osteoartrose precoce (pesquisar causas secundárias) | bursite anserina e pré-patelar lesão ligamentar – | rara – – |
| > 50 anos | osteoartrose inflamação – | bursite anserina quisto de Baker tendinite | coxartrose radiculopatia – |

Tabela 11.6.1 – Causas de dor no tornozelo e/ou pé

| |
|--|
| Periarticulares |
| <ul style="list-style-type: none">• tendinite e/ou tenossinovite• bursite• fasciíte plantar• atrofia da almofada calcaneana |
| Articulares |
| <ul style="list-style-type: none">• artrite infecciosa• gota úrica• artrite reumatoide• artrite psoriática• artrite reativa• sarcoidose• osteoartrose• <i>hallux valgus</i>• <i>hallux rigidus</i>• alterações da estática do pé |
| Ósseas |
| <ul style="list-style-type: none">• fratura de <i>stress</i>/insuficiência/fadiga• doença de Freiberg (osteonecrose do 2.º metatarso)• doença de Köhler (osteonecrose do escafoide)• doença de Sever• doença de Haglund• osteomielite• tumor• sesamoidite• doença óssea de Paget |
| Neurológicas |
| <ul style="list-style-type: none">• radiculopatia• neuropatia do ciático popliteu externo• síndrome do túnel tarsico• neurinoma de Morton• polineuropatia periférica |
| Vasculares |
| <ul style="list-style-type: none">• vasculite• doença de Buerger• doença vascular ateromatosa• fenómeno de Raynaud |
| Outras |
| <ul style="list-style-type: none">• síndrome de dor regional complexa• lesões cutâneas |

2.1.2 Tenossinovite do longo flexor do *hallux*

O tendão longo flexor do 1.º dedo (*hallux*) tem um trajeto plantar até ao 1.º dedo do pé, sendo que, em caso de inflamação, o quadro clínico caracteriza-se por:

- dor retromaleolar, que se estende pela face plantar do pé, ao longo do bordo medial;
- dor que se agrava com a flexão contra resistência do 1.º dedo do pé.

A radiografia revela, numa primeira fase, uma área hipotransparente de forma triangular na epífise distal do metatarso. Esta lesão evolui para o colapso do osso e, por último, surgem alterações degenerativas secundárias, com OA da MTF.

A terapêutica passa por analgesia, repouso articular e eventual intervenção cirúrgica. Referenciar a consulta de reumatologia.

5.2.5 Sesamoidite

A sesamoidite resulta de traumatismo repetitivo dos ossos sesamoides, localizados na região plantar da 1.^a MTF. A causa é a sobrecarga do 1.^o raio, pelo uso de sapatos de salto alto ou o pé cavo.

Recomenda-se terapêutica com AINE e plantar com apoio retrossesamoideu.

5.2.6 Fratura de fadiga

As fraturas de fadiga ou *stress* localizam-se, mais frequentemente, na diáfise do 2.^o ou do 3.^o metatarso (figura 11.6.4). O quadro clínico é constituído por dor local com tumefação e, por vezes, identifica-se um fator desencadeante, como, por exemplo, marcha prolongada.

Numa fase inicial, a radiografia pode não detetar qualquer alteração. A EME, ao identificar a interrupção da cortical óssea e o calo ósseo, é um exame útil numa fase inicial do quadro clínico.

A terapêutica consiste em analgesia e repouso articular.

Deve-se referenciar a consulta de reumatologia.



Figura 11.6.4 – Radiografia do pé demonstrando fratura do 3.^o metatarso.



Abordagem da criança e adolescente com artralgia

Maria Manuela Costa

1. INTRODUÇÃO

Os sintomas musculoesqueléticos são frequentes nas crianças e adolescentes. Na maioria dos casos, são benignos e autolimitados, todavia, a lista de diagnósticos (tabela 12.1) é vasta e requer uma abordagem adequada para um diagnóstico precoce e instituição de terapêutica adequada para prevenir a morbilidade e mortalidade associadas a algumas patologias. A história clínica e o exame objetivo são fundamentais para a orientação das hipóteses de diagnóstico e pedidos de exames complementares de diagnóstico. A referenciação a consulta de reumatologia pediátrica deve ser imediata, perante a suspeita de artropatia inflamatória ou de doença reumática e musculoesquelética (DRM) sistémica.

2. HISTÓRIA CLÍNICA

A história clínica deve ser orientada de forma a estabelecer um grau de prioridade, uma lista de hipóteses de diagnósticos e eventual pedido de exames complementares de diagnóstico.

2.1 ANAMNESE

A criança mais jovem raramente refere dor articular ou localiza com exatidão a dor. A marcha claudicante, a limitação ou recusa na execução de uma atividade, o choro durante a mobilização ou a regressão no comportamento são dados indiretos que devem levantar a suspeita de doença musculoesquelética.

A caracterização da dor articular relativamente ao ritmo permite distinguir entre causa mecânica ou inflamatória, todavia, por vezes, esta informação obtém-se através do comportamento da criança de manhã ao acordar e no fim da manhã, durante as atividades diárias (por exemplo, brincar, jogar à bola).

Questões a colocar à criança e/ou familiares:

- dor articular, muscular ou óssea?
- tumefação articular?
- dificuldade em fechar as mãos, esticar os joelhos ou dobrar os tornozelos?
- coxeia ou tem marcha diferente do habitual?
- alguma atividade que não consegue fazer, como correr, jogar à bola, brincar?
- deformidade articular?

Deve também pesquisar-se outros sintomas ou sinais associados, tais como febre, anorexia, perda de peso, eritema malar, eritema heliotrópio, pápulas de Gottron, máculas de cor de salmão evanescentes, fotossensibilidade, alopecia, aftas orais, fenómeno de Raynaud, livedo reticular ou sintomas de outros órgãos ou sistemas.

7. FÁRMACOS E GRAVIDEZ

Os fármacos utilizados no tratamento das DRM podem interferir com a fertilidade, concepção e desenvolvimento fetal, pelo que a mulher deve ser aconselhada pelo seu médico antes de decidir engravidar. Salienta-se, no entanto, a importância da remissão clínica para o sucesso da gravidez, pelo que muitas mulheres com doença reumática necessitam de manter uma terapêutica adequada durante a gravidez, sem compromisso da evolução fetal.

A adesão à terapêutica é fundamental para o sucesso da gravidez e da DRM.

Os fármacos permitidos durante a gravidez são os que se encontram na tabela 13.7. Os AINE podem ser utilizados durante curtos períodos até à 32.^a semana de gestação, fase em que o seu uso está contraindicado, pelo risco de encerramento precoce do canal arterioso. A prednisolona é metabolizada na placenta, pelo que não atravessa a barreira placentária, desde que utilizada em doses inferiores a 10 mg/dia. Em doses superiores deve ser usada durante períodos de curta duração. A hidroxiquina está recomendada no LES e é responsável pela melhor evolução da doença durante a gravidez que se tem observado nas últimas décadas.

Tabela 13.7 – Fármacos permitidos durante a gravidez

- prednisolona
 - hidroxiquina
 - salazopirina
 - ciclosporina A
 - azatioprina
 - tacrolimus
-

8. DOENÇA REUMÁTICA NO PÓS-PARTO

No pós-parto há um elevado risco de exacerbação de todas as artropatias inflamatórias, incluindo as EpA e as DRM sistêmicas.

O risco de desenvolver uma artropatia inflamatória *de novo* é maior neste período, o que se deve ao efeito pró-inflamatório da prolactina.

Na mulher com SAAF existe elevado risco de desenvolver um fenómeno trombótico, pelo que está indicado o uso de HBPM até à 6.^a semana.

Por último, todas as mulheres que estão a fazer terapêutica com corticosteroides e/ou heparina devem fazer prevenção da perda de massa óssea.

Os fármacos permitidos durante a amamentação são os listados na tabela 13.8.

Tabela 13.8 – Fármacos permitidos durante a amamentação

- anti-inflamatórios não esteroides
 - prednisolona
 - hidroxiquina
 - salazopirina
-

Reumatologia Básica em Medicina Geral e Familiar

As doenças reumáticas e musculoesqueléticas são a patologia humana crónica mais prevalente nos países ocidentais e desenvolvidos, sendo, por isso, um tema frequente no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

Porque a deteção precoce dos sintomas e sinais mais relevantes, o diagnóstico diferencial sumário e os critérios de referência a uma consulta de reumatologia são vertentes que podem marcar a diferença na evolução prognóstica e funcional de muitos doentes reumáticos, os médicos de família devem possuir uma formação sólida nesta área das doenças crónicas não transmissíveis.

Este livro apresenta conhecimentos essenciais específicos da reumatologia, com uma abordagem prática e sistematizada, devidamente acompanhada por iconografia adequada. Inicia-se com noções gerais, como a classificação e a epidemiologia das doenças reumáticas, a história clínica, o exame objetivo e os exames complementares; seguem-se capítulos de abordagem do doente por patologia e por região topográfica; no final são abordados casos específicos e a referênciação.

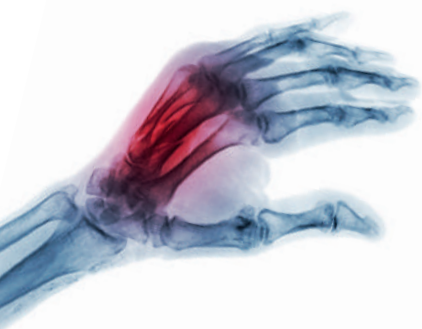
Pretende-se, com este livro, contribuir para a formação médica continuada dos médicos de Medicina Geral e Familiar, internos da especialidade e médicos de outras especialidades, bem como de estudantes e outros profissionais de saúde, tendo em vista o global aumento da qualidade dos cuidados médicos prestados aos doentes reumáticos.

Apoio científico

NOVA MEDICAL
SCHOOL
FACULDADE
DE CIÊNCIAS
MÉDICAS



Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar



Maria Manuela Costa

Assistente Hospitalar Graduada de Reumatologia – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE.

Jaime C. Branco

Professor Catedrático e Diretor – NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Diretor do Serviço de Reumatologia – Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.



ISBN 978-989-752-422-6



9 789897 524226

www.lidel.pt