

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA ARTRITE REUMATÓIDE PARA MINIMIZAR AS CHANCES DE DESFECHOS DESFAVORÁVEIS - RELATO DE CASO

THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS OF RHEUMATOID ARTHRITIS TO MINIMIZE THE CHANCES OF UNFAVORABLE OUTCOMES - CASE REPORT

**Adilson Lima dos Santos Junior¹; Clara de Assis Karoline Oliveira¹;
Gilberto da Costa Quintino Junior¹; Maria Luísa Carvalho dos Santos¹;
Michelle Alves de Farias¹; Paula Regina Toche dos Santos²**

¹ Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda e membros da Liga Acadêmica de Reumatologia (LAREU), ² Docente da FMO e Orientadora da LAREU

Recebido: 18.fevereiro.2022 | Aprovado: 22.setembro.2022

RESUMO

A artrite reumatoide (AR) é caracterizada pela inflamação do tecido sinovial de múltiplas articulações que leva à destruição tecidual, dor e deformidades. É apresentado o relato de caso de uma paciente de 68 anos que possuía história de poliartrite havia 17 anos e cujo exame físico revelava deformidades articulares de cotovelos e joelhos, bloqueio parcial da mobilidade de cotovelos e mãos, além de edema nos tornozelos e joelhos. Exames complementares evidenciaram fator reumatoide (FR) positivo, e a radiografia indicou severa destruição articular, que, combinados com a história clínica e a avaliação corporal, permitiram o diagnóstico de AR. A fim de evitar danos físicos, psicossociais e gastos com medicações, próteses articulares e afastamentos laborais, o diagnóstico precoce da AR é imperativo.

PALAVRAS - CHAVE: Artrite Reumatoide; Doenças Reumáticas; Dano ao paciente; Diagnóstico Tardio.

ABSTRACT

Rheumatoid Arthritis (RA) is characterized by inflammation of the synovial tissue of multiple joints, leading to tissue destruction, pain and deformities. We aimed to relate the caso of a 68-year-old female patient with a history of polyarthritis has been 17 year, of whose physical examination revealed joint deformities in elbows and knees, decreased range of motion in elbows and hands, in addition to edema of ankles and knees. Complementary exams showed Positive Rheumatoid Factor and X-ray with severe joint destruction. These results, taken together with clinical history and physical examination, takes to the diagnosis of Rheumatoid Arthritis. In order to avoid physical and psychosocial damage and expenses with medications, joint prostheses and work leaves, early diagnosis of RA is imperative.

KEYWORDS: Rheumatoid Arthritis; Rheumatic Disease; Patient Harm; Delayed Diagnosis.

INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide (AR) é caracterizada pela inflamação do tecido sinovial de múltiplas articulações, que leva à destruição tecidual, dor, deformidades e redução na qualidade de vida¹. Sua etiologia é complexa e amplamente desconhecida, porém estudos demonstram a influência de fatores genéticos e ambientais em sua patogênese². Mãos e punhos são as articula-

ções afetadas com mais frequência, e, quando inflamadas, provocam dor e rigidez matinal. Com a progressão da doença, há destruição da cartilagem articular, e os pacientes podem desenvolver deformidades. Devido à forte influência genética, familiares de pacientes com AR constituem um grupo de risco para o desenvolvimento da doença, sobretudo na forma mais grave³.

O período inicial da AR pode ser considerado uma janela de oportunidade terapêutica em que o estabelecimento da terapia adequada é capaz de modificar a evolução da doença, resultando em um prognóstico melhor do que com o diagnóstico em fases mais tardias⁴. Por esse motivo, os critérios de classificação de 1987 do American College of Rheumatology, que incluem características consideradas subótimas para a identificação de indivíduos com AR inicial, como alterações radiográficas (erosões) e nódulos reumatoides, foram rediscutidos, levando à publicação dos novos critérios do American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism (ACR-EULAR) em 2010, com enfoque especial na fase precoce da doença⁵. Os novos critérios contemplam quatro domínios: articular, sorologia, duração dos sintomas e provas de atividade inflamatória. Os itens de cada domínio são pontuados e, para classificação, a pontuação mínima é seis. Além disso, os critérios podem ser aplicados a qualquer paciente, desde que considerados dois requisitos básicos: a evidência de sinovite clínica ativa no momento do exame físico em pelo menos uma articulação e a ausência de outro diagnóstico que explique melhor a sinovite^{5,6}. A contagem de articulações acometidas pode utilizar métodos de imagem ultrassonográfica e, se restarem dúvidas, ressonância magnética⁵.

Em relação ao manejo de pacientes com AR, deve-se destacar a importância do tratamento não farmacológico, como terapia ocupacional, fisioterapia, apoio psicossocial e, principalmente, educação do paciente e da família⁷. Do ponto de vista farmacológico, a Sociedade Brasileira de Reumatologia recomenda o uso de medicamentos antirreumáticos modificadores da doença (DMARDs), como metotrexato e leflunomida, que podem ser associados a medicamentos modificadores do curso da doença biológicos e a inibidores de Janus quinase⁶.

Apesar do elevado potencial incapacitante, o curso da AR pode ser modificado com o diagnóstico precoce e o manejo adequado do paciente, reduzindo danos físicos, sociais e laborais que, por sua vez, resultam em períodos prolongados de absenteísmo no trabalho, com vultuosos custos socioeconômicos diretos e indiretos⁸. No entanto, diante da heterogenei-

dade das manifestações clínicas da doença, o diagnóstico precoce da AR ainda é bastante difícil, o que retarda o início do tratamento.

Com base nisso, o presente estudo objetivou evidenciar a importância do diagnóstico precoce da AR a partir do estudo de caso de uma paciente com diagnóstico tardio que evoluiu com sequelas irreversíveis, destruição articular e prejuízo na qualidade de vida.

RELATO DE CASO

MJS, 68 anos, sexo feminino, costureira, aposentada. Encaminhada ao ambulatório de Reumatologia da Clínica Escola da Faculdade de Medicina de Olinda devido a uma poliartralgia e um diagnóstico de “artrite” e “artrose” 17 anos antes, ocasionalmente tratada com prednisona. Tendo feito o desmame da medicação em fevereiro de 2021, apresentou-se na primeira consulta com o especialista sem uso de medicamento. A paciente relatou que as dores tiveram início insidioso, associadas a edemas nas articulações do cotovelo, joelho e tornozelo, e que as dores aumentaram nos últimos três meses, resultando em incapacidade de andar devido ao calor e ao edema articular. Sobre os fatores de melhora e piora da artralgia, a dor melhorava parcialmente quando a paciente fazia uso de dipirona monoidratada e prednisona, e piorava após esforços, como tarefas domésticas. Referiu, também, rigidez articular após repouso maior que 30 minutos, com melhora ao longo do dia. Negou câibras, fraquezas musculares e qualquer outro sintoma geral.

Durante o exame físico, observou-se edema no cotovelo e no joelho direitos e no tornozelo esquerdo, bloqueio à extensão da articulação do cotovelo e do joelho direito, além de edema e nódulos de Bouchard no 3º quirodáctilo da mão direita (Figuras 1-4). Na palpação, referiu dor nos joelhos, cotovelo direito, ombros, punhos e tornozelo esquerdo. Na escala visual analógica de dor, referiu de oito em dez na última semana. O squeeze teste no pé esquerdo foi positivo.

A radiografia de mãos e punhos revelou redução do espaço articular, erosões corticais e presença de cistos ósseos. Os exames apresentaram fator reumatoide (FR): 45 UI/mL (valor de referência [VR]: 20 UI/mL); proteína C reativa

ARTIGO

(PCR): 53 mg/L (VR: 6 mg/L); 25(OH) D: 25 ng/mL (VR: 20 ng/mL). Foi proposto o início do tratamento com metotrexato 15 mg por semana, associado a prednisona 5 mg (meio comprimido pela manhã), ácido fólico 5 mg (ingerir no dia seguinte ao uso do metotrexato), carbonato de cálcio e vitamina D 50.000 UI.

Considerando a hipótese diagnóstica de AR, foram aplicados os critérios de 2010 do ACR/EULAR, resultando em nove pontos (envolvimento de mais de dez juntas, FR positivo, mais que seis semanas de duração, reagentes de fase aguda alterados), sendo seis pontos o mínimo exigido para a classificação da doença⁹. Em consulta três meses após esse esquema de

tratamento, a paciente referiu melhora do quadro álgico e do edema articular, classificando a dor na última semana como seis em dez, e houve normalização da PCR. A paciente prosseguiu com acompanhamento trimestral.

Este relato de caso seguiu rigorosamente as recomendações da resolução 466/12 e da carta circular n.º 166/2018 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMO sob o parecer n.º 5.151.987.

DISCUSSÃO

Os avanços diagnósticos da AR favorecem a identificação precoce e o monitoramento da



Figura 01: Deformidade no cotovelo direito, com limitação da extensão articular e edema em 3ª interfalangeana proximal da mão direita



Figura 02: Edema de joelhos (direito maior que esquerdo) e tornozelos (esquerdo maior que o direito) com limitação de movimento.



Figura 03: Radiografia de mãos evidenciando diminuição do espaço articular e erosões em carpo e seta vermelha mostrando redução de espaço e erosões em 3ª interfalangeana proximal da mão direita.



Figura 04: Radiografia de cotovelos, evidenciando destruição articular no cotovelo direito (seta) com importante limitação da mobilidade dessa articulação.

atividade da doença e contribuem para um tratamento adequado e eficaz². Mesmo com todo o progresso e as opções terapêuticas disponíveis, uma considerável parcela da população afetada por doenças reumáticas autoimunes evolui para desfechos desfavoráveis. Isso pode ser resultado de fatores intrínsecos do paciente, como predisposição genética, sexo e herança familiar. Fatores externos também influenciam, como a falta de pronto reconhecimento do médico generalista, a dificuldade de acesso ao especialista, entre outros⁸.

Na atualidade, o tempo de duração dos sintomas para definir a AR como inicial varia de acordo com a literatura⁵. Em relatos históricos, considerava-se “inicial” a AR com duração inferior a cinco anos; todavia, no início da década de 1990, esse tempo foi reclassificado para menos de dois anos, com destaque para os 12 primeiros meses de manifestações clínicas, quando pode ser classificada como “AR muito precoce”⁶. Os critérios que auxiliam no raciocínio diagnóstico têm como base os achados clínicos e os exames complementares. Entre esses critérios, é essencial considerar o tempo de evolução da AR, a presença dos autoanticorpos FR, anticorpo anti-peptídeo citrulinado cíclico, a elevação de provas de atividade inflamatória,

como PCR e velocidade de hemossedimentação, e as alterações compatíveis em exames de imagem⁵. Além dos sintomas articulares, é importante lembrar que a doença pode cursar com manifestações extra-articulares, como nódulo reumatoide, pneumopatia intersticial ou vasculite cutânea¹⁰. No caso da paciente em questão, a ausência de identificação precoce levou à destruição articular com prejuízo considerável na amplitude de movimento e na deambulação, e, por consequência, na qualidade de vida. Além de dano osteoarticular, pacientes com AR podem desenvolver complicações cardíacas e infecções, o que eleva os índices de mortalidade¹¹. Estimativas sugerem prognóstico ruim a longo prazo, pois, após 20 anos, 80% dos afetados possuirão alguma incapacidade, e sua expectativa de vida é reduzida em uma proporção de 3 a 18 anos¹².

A Liga Europeia contra o Reumatismo considera fatores de risco para a evolução desfavorável aqueles listados no Quadro 1. A observação desses fatores é fundamental para identificar pacientes com maior chance de evolução grave e incapacitante da doença e denota necessidade de vigilância clínica mais rigorosa e tratamento mais agressivo⁶.

Quadro 01 - Fatores de Mau Prognóstico na Artrite Reumatoide

Atividade da doença persistentemente moderada ou alta apesar da terapia com DMARDs

Presença de erosões iniciais

Falha de dois ou mais csDMARDs

Presença de FR* e/ou Anti-CCP**, especialmente em níveis elevados

Contagem elevada de articulações inchadas

Altos níveis de reagente de fase aguda

*fator reumatoide ** anticorpos anti-peptídeos citrulinados cíclicos

Considerando a necessidade de pronta identificação e observância dos fatores de mau prognóstico da AR, é necessário garantir o acesso da população a médicos especialistas, neste caso o reumatologista. Porém, também é imprescindível investir na formação dos médicos generalistas, que ocupam a primeira linha de assistência à saúde da população. Eles precisam estar aptos a identificar a doença, iniciar uma terapêutica precoce ou direcionar os pa-

cientes conforme necessidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AR é uma poliartrite autoimune que pode levar à destruição articular e causar grande prejuízo à qualidade de vida. Apesar dos avanços diagnósticos que favorecem a identificação precoce, parte do grupo acometido evolui com desfechos desfavoráveis. Isso pode se dar por fatores modificáveis, como a dificulda-

ARTIGO

de dos médicos generalistas em estabelecer o diagnóstico, o baixo acesso a médicos especialistas e a inobservância dos fatores de mau prognóstico. Nesse aspecto, também estão incluídas a falta de individualização do tratamento de acordo com a realidade local e a dificuldade de acesso a exames complementares. Além dos modificáveis, porém, há fatores inerentes ao paciente, como predisposição genética.

Buscar metas que facilitem o reconhecimento precoce da AR contribuirá para a diminuição da morbidade dos pacientes acometidos.

REFERÊNCIAS

1. NGIAN GS. Artrite reumatoide. Aust Fam Doctor. 2010 Set;39(9):626-8.
2. GOELDNER I, SKARE TL, REASON ITM, UTIYAMA SRR. Artrite reumatoide: uma visão atual. J. Bras. Patol. Med. Lab. 2011 Out; 47(5).
3. BÉRTOLO MB et al. Atualização do consenso brasileiro no diagnóstico e tratamento da artrite reumatoide. Revista Brasileira de Reumatologia. 2007 Ago; 47(3):151-159.
4. Mota, Licia Maria Henrique da, Laurindo, Ieda Maria Magalhães e Santos Neto, Leopoldo Luiz dos Artrite reumatoide inicial: conceitos. Revista da Associação Médica Brasileira [online]. 2010, v. 56, n. 2 [Acesso em: 26 Junho 2022], pp. 227-229. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000200024>>. Epub 13 Maio 2010. ISSN 1806-9282. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000200024>.
5. MOTA LMH, et al. Diretrizes para o diagnóstico da artrite reumatoide. Revista Brasileira de Reumatologia. 2015 Out; 53(2):141-157.
6. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Novas Diretrizes de Tratamento de Artrite Reumatoide da Sociedade Brasileira de Reumatologia - Sociedade Brasileira de Reumatologia; 2017 Nov. Disponível em: <<https://www.reumatologia.org.br/noticias/novas-diretrizes-de-tratamento-de-artrite-reumatoide-da-sociedade-brasileira-de-reumatologia/>>.
7. COFFITO. PORTARIA Nº 710, DE 27 DE JUNHO DE 2013 – Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide.
8. FIGUEIREDO FA, VIANNA D. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas artrite reumatoide. Ministério da saúde secretaria de atenção especializada à saúde secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos portaria conjunta nº 16, de 05 de novembro de 2019.
9. ALETAHA D, NEOGI T, SILMAN AJ et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis. 2010 Sep;69(9):1580-8.
10. MARTINEZ JE, et al. Nódulos reumatoides pulmonares precedendo o aparecimento de artrite. Revista Brasileira de Reumatologia. 2008 Abr; 48(1): 47-50.
11. MARC C. HOCHBERG et al. Reumatologia. 6ª ed. Rio de Janeiro. Editora Elsevier, 2016.
12. HELLMANN, D. B.; STONE, J. H. Arthritis & musculoskeletal disorders. In: TIERNEY, L. M. et al. Curr Med Diag Treat. 43. ed. New York: McGraw-Hill, 2004. p. 797-825.