

Artrite Reumatoide de apresentação incomum: desafio diagnóstico

Unusual clinical presentation of rheumatoid arthritis: diagnostic challenge

Gabriel Antonio Cabriott Dumbra^{1*}, Mariana Storino Conte¹, Giulia Sestini¹, Karoline Jacob Casaroti¹, Ana Laura Arroyo Teixeira¹, Daneila Vichiato Polizelli Roma².

RESUMO

A artrite reumatoide (AR) é uma doença de natureza autoimune, inflamatória, sistêmica e crônica, cuja característica clínica principal é a inflamação das articulações. Na sua apresentação habitual, o acometimento visceral ocorre após a instalação do quadro articular. O envolvimento pulmonar pode aparecer como derrame pleural, sendo este um evento incomum quando se apresenta como primeira manifestação da doença. Neste relato de caso, apresentamos um paciente do sexo masculino, de 52 anos diagnosticado posteriormente com Artrite Reumatoide, cuja manifestação inicial foi o derrame pleural, demonstrando um desafio diagnóstico.

Palavras-chave: Artrite Reumatoide. Derrame Pleural. Reumatologia.

ABSTRACT

Rheumatoid Arthritis (RA) is a *systemic autoimmune disease* whose main clinical characteristic is persistent joint inflammation. In its usual presentation, the visceral involvement occurs after the articular one. Pulmonary involvement may appear as a pleural effusion, which is an unusual event as the first manifestation of the disease. In this case report, we present a 52-year-old male patient diagnosed with Rheumatoid Arthritis, whose initial manifestation was pleural effusion, demonstrating a diagnostic challenge.

Keywords: Arthritis, Rheumatoid. Pleural Effusion. Rheumatology.

INTRODUÇÃO

A Artrite Reumatóide é uma doença que caracteriza-se pela artrite crônica, erosiva e deformante, que pode levar à incapacidade funcional. Em aproximadamente 70% dos pacientes com

doença ativa, as alterações articulares ocorrem dentro dos dois primeiros anos da doença¹. A sua etiologia compreende um processo autoimune de caráter inflamatório e natureza sistêmica, portanto, manifestações extra-articulares também podem estar presentes².

1. Discentes do sexto ano do curso de medicina da Faculdade de Medicina Faceres, São José do Rio Preto-SP. Brasil.
2. Médica reumatologista e chefe da disciplina de Reumatologia da Faculdade Medicina Faceres.

CORRESPONDÊNCIA:
Faculdade de Medicina Faceres
Avenida Anísio Haddad, nº 6751. Jardim Morumbi
15093000 - São José do Rio Preto, SP - Brasil

Recebido em 05/02/2018
Aprovado em 26/06/2018

O caso relatado refere-se ao desenvolvimento de doença reumatóide pulmonar caracterizada por derrame pleural sem alterações articulares prévias. O paciente manifestou o quadro de poliartrite apenas após o 10º dia de internação hospitalar e da realização da toracocentese para alívio do derrame pleural. Derrame pleural como manifestação inicial de artrite reumatóide é um evento incomum e de interesse científico, já que é um desafio diagnóstico e deve ser considerado no diagnóstico diferencial de diversas doenças pulmonares. Dessa forma, a motivação para exposição deste caso baseia-se em explorar uma apresentação incomum de uma patologia conhecida e estudada, na qual o diagnóstico diferencial foi importante para superar as dificuldades encontradas.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 52 anos, casado, construtor, branco, natural e procedente de Mendonça, interior de São Paulo. Procurou atendimento devido à dispnéia aos mínimos esforços e dor ventilatório-dependente em hemitórax direito há quatro dias. Na história clínica inferiu que 4 dias antes da internação iniciou com dispnéia aos grandes esforços evoluindo para mínimos esforços, notando que a dispnéia estava progressivamente limitando suas atividades cotidianas.

Há um dia da internação, além da piora súbita dos sintomas, começou a apresentar também dor ventilatório dependente em região de hemitórax direito o que fez com que procurasse o serviço de emergência. Negou queixas articulares como também em outros aparelhos. Como antecedentes prévios referia tabagismo de longa data (carga tabágica de 60 anos-maço), tratamento de depressão e dois episódios prévios de pneumonias tratadas sendo uma em 2003 e a outra em 2005. Ao exame físico, paciente apresentava-se taquicárdico (frequência cardíaca de 110bpm), taquipneico (frequência respiratória de 32 incursões por minuto), saturação de 99%, murmúrio vesicular abolido em base e terço médio de hemitórax direito, com macicez à percussão e crepitação em base de hemitorax esquerdo. Foi solicitada radiografia de tórax que constatou derrame pleural bilateral, mais proeminente à direita (Figura 1

e Figura 2). E em seguida realizada toracocentese de alívio com análise do líquido pleural (Quadro 1), sendo que as culturas para micobactérias, fungos e bactérias foram negativas; pesquisa de BAAR negativa; pesquisa de células neoplásicas negativa. Hemograma sem alterações; Proteína C Reativa: 9,29 mg/L, proteínas totais: 6,2mg/dL, glicemia: 103mg/dL; D-dímero: negativo; hemocultura: negativa.



Figura 1: Radiografia de tórax em incidência Pósterio-Anterior mostrando obliteração dos seios costofrênicos, notadamente à direita, por provável derrame pleural. Há ainda retificação das cúpulas diafragmáticas.



Figura 2: Incidência de Lawrell, na qual foi confirmado derrame pleural à direita.

Quadro 1
Resultados da Análise do Líquido Pleural.

Resultados da Análise do Líquido Pleural	
Proteínas totais	4,9mg/dl
Glicose	9mg/dl
pH	7,0
DHL	1583 U/L
ADA	67U/L
Citologia	40% linfócitos
(814 células)	56% neutrófilos

Realizou-se a análise do líquido pleural através dos critérios de Light sendo constatado padrão de exsudato.

O paciente permaneceu com dor pleurítica após toracocentese sendo inicialmente optado pelo uso de analgésicos e antibiótico (ceftriaxona uma grama ao dia) enquanto prosseguia com a investigação da etiologia do derrame pleural. Os demais exames solicitados não apresentaram quaisquer alterações. Inicialmente foi levantada a hipótese de pneumonia.

No décimo dia da internação, começou a referir artralgia difusa acompanhada de rigidez articular. Assim, foi solicitado interconsulta com reumatologista que, ao avaliar o paciente, observou presença de sinovite discreta em terceira e quarta metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais da mão direita e em segunda e terceira metacarpofalangeanas proximais da mão esquerda. Prosseguiu-se a investigação com a solicitação de novos exames como: pesquisa de Fator Reumatóide pela prova do látex que foi positivo (640UI); Fator Anti-Núcleo não reagente; anticorpo anti-citrulinado cíclico reagente; radiografia de mãos normal. A dosagem do fator reumatóide no líquido pleural foi negativa. Biopsia pleural demonstrou pleurite crônica inespecífica, ausência de granulomas ou neoplasia e pesquisa de BAAR e fungos negativa. Após avaliação clínica e laboratorial do paciente, através dos critérios de classificação do American College of Rheumatology / European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) de 2010 para artrite reumatoide foi estabelecido o diagnóstico do paciente. A etiologia do derrame pleural foi atribuída a artrite reumatoide.

O paciente foi tratado com prednisona 20mg

ao dia e metotrexate 10mg/semana com remissão completa dos sintomas clínicos e com redução das provas inflamatórias após 30 dias de tratamento.

DISCUSSÃO

A AR é uma doença inflamatória sistêmica que, além de comprometer o sistema articular, pode envolver também diversos outros órgãos³. As manifestações extra-articulares da AR ocorrem em até 40% dos pacientes em alguma fase do desenvolvimento da doença e estão mais relacionadas ao sexo masculino, tabagismo, doença articular grave, marcadores de atividade inflamatória elevados, presença de fator reumatóide positivo, FAN positivo e HLA DRB1 positivo. A presença dos anticorpos contra peptídeos citrulinados cíclicos não demonstrou correlação com manifestações extra-articulares^{4,5}.

O comprometimento pulmonar pela AR pode se apresentar de formas variadas e é importante causa de morbidade e mortalidade⁴. As manifestações pulmonares mais conhecidas são doença intersticial pulmonar, nódulos reumatóides e derrame pleural. Outras menos comuns incluem bronquiólite obliterante e a vasculite reumatoide pulmonar¹. O derrame pleural, em geral, associa-se à atividade inflamatória articular e raramente pode precedê-la^{6,7}. Durante estudo avaliando a incidência anual de efusões pleurais em uma população com artrite reumatoide obteve-se a porcentagem de 0,34% em mulheres e 1,54% em homens⁸. Na maioria dos casos, o derrame ocorre em pacientes com doença crônica.

Em uma revisão de literatura inglesa que analisou artigos sobre derrame pleural e artrite reumatoide publicados entre 1964 e 2005, foi demonstrado que a maioria dos casos ocorre em homens de meia idade e doença de longa evolução⁹. Geralmente a efusão pleural é de pequena quantidade, unilateral (mais à esquerda), assintomática e resolve-se espontaneamente, mas que pode evoluir para um empiema volumoso estéril com risco de evolução para fibrotórax e restrição pulmonar, sendo descobertos em radiografias simples de tórax ou tomografia de tórax. Ocorrem com mais frequência durante os períodos de artrite ativa, porém em alguns casos podem preceder o aparecimento dos sintomas articulares^{9,10}.

A patogênese da doença pleural é multifatorial, envolvendo ativação linfocitária e atuação de imunocomplexos, podendo vir associada à pericardite e pneumopatia intersticial^{1,2}. A análise do líquido pleural na artrite reumatoide tem padrão de exsudato (Tabela 1)¹¹ com características como pH baixo (<7,2), glicose baixa (relação glicose líquido pleural/glicose sérica < 0,5), proteína elevada, DHL elevado e culturas negativas. O tratamento baseia-se na toracocentese de alívio acompanhada do uso de corticoides e imunomoduladores, se necessário¹.

Tabela 1
Classificação dos Derrames Pleurais

	Transudato	Exsudato
Proteínas totais	<2,5g/dl	>2,5g/dl
Glicose	>50mg/dl	<50mg/dl
pH	>7,2	<7,2
DHL	<200UI	>200UI
ADA	<45U/L	>45U/L
Citologia	Predomínio Linfomonuclear	Predomínio Polimorfonuclear

Neste caso, a hipótese diagnóstica de AR não foi inicialmente formulada porque o paciente não referia queixas articulares. Chama atenção o desenvolvimento de poliartrite crônica, compatível com AR, após 10 dias da realização da toracocentese, preenchendo, então, os critérios adequados para o diagnóstico de artrite reumatoide de acordo com ACR/EULAR de 2010¹². É necessário, no entanto, destacar que visando o diagnóstico/tratamento precoce, o período de 6 semanas de doença não pode ser avaliado conforme os critérios ACR 1987¹². O aspecto de maior importância diante da ocorrência incomum do derrame pleural como manifestação inicial de AR é a importância do raciocínio clínico frente a um desafio de diagnóstico. Já que geralmente as manifestações pulmonares ocorrem na evolução dos casos mais severos, devendo ser consideradas no diagnóstico diferencial dos derrames pleurais.

CONCLUSÃO

Em vista da apresentação inicial incomum do quadro de artrite reumatoide, a propedêutica e o

diagnóstico diferencial adequado foram de vital importância para o manejo do paciente durante todo o período de internação hospitalar. Destaca-se também que mesmo a AR sendo estudada e os critérios do ACR serem de conhecimento difundido, ainda assim trata-se de um desafio diagnóstico na prática clínica devido à variedade de apresentações. Dessa forma, é fundamental que casos como estes sejam expostos; no sentido de difundir essas diversas apresentações, sejam como desafios ou como diferenciais na rede de raciocínio médico. Reforça-se que a abordagem inicial, a investigação clínica e o tratamento foram adequados, e que o paciente se encontra em acompanhamento com profissionais capacitados.

REFERÊNCIAS

- Costa, JAA. Envolvimento pulmonar artrite reumatoide revisão de literatura [Monografia- graduação], Salvador: Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, SIBI – UFBA, Brasil; 2012.
- Wilder RL. Rheumatoid arthritis. A. Epidemiology, Pathology, and pathogenesis. In: Primer on the rheumatic diseases, 10th ed, Schumacher HR (Ed), Arthritis Foundation, Atlanta 1993.
- Turesson C, Matteson E. Extra-articular features of rheumatoid arthritis and systemic involvement. In: Rheumatology. Marc C. Hochber, Alan J. Silman, Josef S. Smolen, Michael E. Weinblatt, Michael H. Weissman. Fourth edition, cap 73, 773-83.
- Turesson C, O'Fallon WM, Crowson CS, Gabriel SE, Matteson EL. Extra-articular disease manifestations in rheumatoid arthritis: incidence trends and risk factors over 46 years. *Ann Rheum Dis.* 2003; 62: 722-7.
- Bilgici A, Ulusoy H, Kuru O, Celenk C, Unsal M, Danaci M. Pulmonary involvement in rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int.* 2005; 25: 429-35.
- Anaya JM, Diethelm L, Ortiz LA, Gutierrez M, Citera G, Welsh RA, Espinoza LR. Pulmonary involvement in rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 1995; 24: 242-54.
- Martinez JAB. Comprometimento pulmonar na artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2011;51:295-8.
- Juric AG, Graudal H. Pleurisy in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol.* 1983;12:75-80.
- Helmets R, Galvin J, Hunninghake GW. Pulmonary manifestations associated with rheumatoid arthritis. *Chest.* 1991;100:235-8.
- Gauhar UA, Gaffo AL, Alarcón GS. Pulmonary manifestations of rheumatoid arthritis. *Semin Respir Crit Care Med.* 2007;28:430-40.
- Silva GA. Derrames pleurais: fisiopatologia e diagnóstico. *Medicina (Ribeirão Preto).* 1998; 31:208-15.
- Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3rd, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* 2010; 62: 2569-81. doi: 10.1002/art.27584.