

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) caracteriza-se pela inflamação do tecido sinovial de múltiplas articulações, levando a destruição tecidual, dor e deformidades. Relatamos o caso de paciente de 68 anos com história de poliartrite há 17 anos, cujo exame físico revelava deformidades articulares em cotovelos e joelhos, bloqueio parcial da mobilidade cotovelos e mãos, além de edema em tornozelos e joelhos. Exames complementares evidenciaram Fator Reumatoide Positivo e Raio-X com severa destruição articular, os quais, juntamente com a história clínica e o exame físico, permitiram o diagnóstico de Artrite Reumatoide. A fim de se evitar danos físicos, psicossociais e gastos com medicações, próteses articulares e afastamentos laborais, o diagnóstico precoce da AR se faz 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 case 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) caracteriza-se pela inflamação do tecido sinovial de múltiplas articulações levando à destruição tecidual, dor, deformidades e redução na qualidade de vida do paciente.¹ Sua etiologia é complexa e em grande parte desconhecida, porém estudos demonstram a influência de fatores genéticos e ambientais em sua patogênese.² Mãos e pu-

nhos são as articulações mais frequentemente afetadas, essas, quando inflamadas, provocam dor e rigidez matinal, e 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 formam um grupo de risco para o desenvolvimento da doença, principalmente em sua forma mais grave.³



Artrite Reumatoide inicial pode ser considerada como uma janela de oportunidade terapêutica em que o estabelecimento da terapia adequada pode modificar a evolução da doença tornando o prognóstico melhor do que em fases mais tardias da evolução.⁴ Por esse motivo, os critérios de classificação do *American College of Rheumatology* (ACR) de 1987, os quais incluem características consideradas sub-ótimas para a identificação de indivíduos com AR inicial como alterações radiográficas (erosões) e nódulos reumatoide, foram rediscutidos, sendo publicado em 2010 os novos critérios do ACR-EULAR (*American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism*), com foco, de maneira especial, na fase precoce da doença.⁵ Esses novos critérios podem ser aplicados a qualquer paciente, desde que dois requisitos básicos estejam presentes sendo eles: haver evidência de sinovite clínica ativa no momento do exame físico em pelo menos uma articulação e ausência de outro diagnóstico que possa mais bem explicar a sinovite.⁵ Eles contemplam quatro domínios: articular, sorologia, duração dos sintomas e provas de atividade inflamatória e atribuem-se pontos para cada um dos itens dos domínios, sendo a pontuação mínima para classificação de seis.⁶ A contagem de articulações acometidas pode utilizar métodos de imagem ultrassonográfica (US) e ressonância magnética (RM), em caso de dúvida.⁵

Em relação ao manejo dos pacientes com AR, deve-se destacar a importância do tratamento não farmacológico como terapia ocupacional, fisioterapia, apoio psicossocial e, principalmente, educação do paciente e sua família.⁷ Do ponto de vista farmacológico, a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) recomenda o uso de medicamentos antirreumáticos modificadores por doenças (DMARDs) como metotrexato e leflunomida, podendo também fazer uso dos medicamentos modificadores do curso da doença biológicos (MMCDb), e inibidores de JAK (Janus quinase).⁶

Apesar de seu elevado potencial incapacitante, o curso da AR pode ser modificado por meio do diagnóstico precoce e do manejo adequado do paciente reduzindo danos físicos, sociais e laborais, resultando desta última, prolongados períodos de absenteísmo no trabalho, com

avultados custos socioeconômicos diretos e indiretos.⁸ No entanto, o diagnóstico precoce da AR é ainda bastante difícil diante da heterogeneidade das manifestações clínicas da doença, o que acaba retardando o início ao tratamento.

Baseado nisso, o presente estudo objetivou evidenciar a importância do diagnóstico precoce da AR em 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. Veio ao ambulatório de Reumatologia da Clínica Escola da Faculdade de Medicina de Olinda (FMO) devido a uma poliartralgia e um diagnóstico de “artrite” e “artrose” há 17 anos, que era ocasionalmente tratada com prednisona. Em fevereiro de 2021 fez o desmame da medicação, encontrando-se na primeira consulta com o especialista sem uso de medicamento. Relatou que as dores iniciaram de modo insidioso, associado a edemas nas articulações do cotovelo, joelho e tornozelo. Relatou que há 3 meses as dores haviam piorado encontrando-se sem conseguir andar devido ao calor e edema articular. Sobre os fatores de melhora e piora da artralgia, referiu melhora parcial quando fazia uso de dipirona monoidratada e prednisona, além de piora aos esforços como tarefas domésticas. Referiu, também, uma rigidez articular após repouso maior que 30 minutos e que melhora ao longo do dia. Negou câimbras, fraquezas musculares e qualquer outro tipo de sintomas gerais.

Ao exame físico, observou-se edema em cotovelo e joelho direito, tornozelo esquerdo, bloqueio à extensão da articulação do cotovelo e 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, de 8 em 10 na última semana. O *squeeze* teste no pé esquerdo foi positivo.

Realizou radiografia de mãos e punhos que apresentava redução do espaço articular, erosões corticais, além da presença de cistos ósseos; Fator Reumatoide: 45 UI/mL (Valor de

Referência (VR): 20 UI/mL); Proteína C Reativa (PCR): 53 mg/L (VR: 6 mg/L); 25(OH) D: 25 ng/mL (VR: 20ng/mL). Foi proposto o início do tratamento com metotrexato 15mg por semana, associado a prednisona 5 mg (meio comprimido pela manhã), ácido fólico 5mg (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) obtendo-se uma pontuação de 9 (envolvimento de mais de 10 juntas, fator reumatoide positivo, mais que 6 semanas de duração e reagentes de fase aguda alterados), preenchendo uma pontuação maior que a mínima

exigida, que é de 6, para a classificação dessa doença.⁹ Em uma consulta 3 meses após esse esquema de tratamento, a paciente retorna referindo melhora do quadro álgico e do edema articular, classificando sua dor na última semana como 6 em 10, e houve normalização da PCR. A paciente continuará em acompanhamento trimestral.

Este relato de caso seguiu rigorosamente as recomendações da resolução 466/12 e carta circular nº 166/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMO sob o parecer nº 5.151.987”.



Figura 01: Deformidade em 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 em cotovelo direito (seta) com importante limitação da mobilidade dessa articulação.

DISCUSSÃO

Os avanços diagnósticos na AR favorecem a identificação precoce e o monitoramento da atividade da doença e contribuem para um tratamento adequado e eficaz.² Mesmo com todo o progresso e opções terapêuticas disponíveis, uma considerável parcela da população com doenças reumáticas autoimune evoluem com desfechos desfavoráveis, podendo isso ser resultado de fatores intrínsecos do paciente, como por exemplo, predisposição genética, sexo e herança familiar, como fatores que são externos a essa população, quer seja pela falta do pronto reconhecimento do médico generalista ou dificuldade de acesso ao especialista, dentre outros.⁸

Atualmente o tempo de duração dos sintomas para a AR ser definida como inicial varia de acordo com a literatura.⁵ De acordo com relatos históricos, considerava-se “inicial” a AR com duração inferior a cinco anos, todavia, no início da década de 1990 passou-se a reclassificar esse tempo de duração para menos de 2 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 exames complementares. Entre esses critérios, é essencial considerar o tempo de evolução da artrite, a presença dos autoanticorpos Fator

Reumatoide, Anticorpo Antipeptídeo Citrulina-do Cíclico (Anti-CCP), elevação de provas de atividade inflamatória como PCR, Velocidade de Hemossedimentação (VHS) e as alterações compatíveis em exames de imagem.⁵ Além dos sintomas articulares, é importante lembrar que a doença pode cursar com manifestações extra-articulares como nódulo reumatoide, pneumopatia intersticial ou vasculite cutânea.¹⁰ No caso da paciente em questão, a ausência de identificação precoce levou à destruição articular com considerável prejuízo na amplitude de movimento, deambulação e, conseqüentemente, na qualidade de vida do indivíduo. Além dos danos osteoarticular, pacientes com AR podem desenvolver complicações cardíacas e infecções e assim elevar os índices de mortalidade entre os pacientes.¹¹ Estimativas sugerem que o prognóstico a longo prazo é considerado ruim, pois 80% dos afetados possuirão algum tipo de incapacidade após 20 anos e sua expectativa de vida é reduzida em uma proporção de três a dezoito anos.¹²

De acordo com a Liga Européia contra o Reumatismo, os fatores de risco para uma evolução desfavorável são os que se encontram listados no Quadro 01. A observação desses fatores é fundamental a fim de se identificar os pacientes que tem maior chance de evoluir com doença grave e incapacitante, e denota uma 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 ACPA**, especialmente em níveis elevados

Contagem elevada de articulações inchadas

Altos níveis de reagente de fase aguda

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

* Fator Reumatóide; ** Anticorpos Antipeptídeos Citrulinizados

Considerando-se a necessidade de pronta identificação e observância dos fatores de mau prognóstico da AR, faz-se necessário não apenas garantir o acesso a médicos especialistas, neste caso o reumatologista, mas também, de forma imprescindível, investir na formação dos médicos generalistas, que estão na primeira li-

nha de assistência à saúde da população, para que estejam aptos a identificar a doença, iniciar a terapêutica precocemente ou direcionar os pacientes conforme necessidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A artrite reumatoide é uma poliartrite autoimu-

ne que pode levar à destruição articular e grande prejuízo à qualidade de vida dos pacientes. Apesar dos avanços diagnósticos favorecendo a identificação precoce, uma parte desse grupo evolui com desfechos desfavoráveis, tanto por fatores modificáveis, como a dificuldade em estabelecer o diagnóstico por médicos generalistas, acesso aos médicos especialistas, inobservância aos fatores de mau prognóstico, falta de individualização do tratamento de acordo com a realidade local e dificuldade de acesso à exames complementares, quanto por fatores inerentes ao paciente como predisposição genética.

Perseguir metas que facilitem o reconhecimento precoce da Artrite Reumatoide contribuirá para a diminuição da morbidade dos pacientes que são por ela 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 reumatóide. *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 [Acessado 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 reumatóides 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.