



Dor no doente reumatológico

ABORDAGEM E TRATAMENTO

Editor: *Raul Marques Pereira*

Autores: *Mariana Carvalho, João Pedro Neto, Carolina Abreu*

Especialistas em Medicina Geral e Familiar

Artrite Gotosa Aguda

Anatomia, etiologia e fisiopatologia

A artrite gotosa aguda, também denominada gota, é uma doença microcristalina que resulta da deposição de cristais de ácido úrico principalmente nas articulações, tecidos subcutâneos e rins.

Nem todos os indivíduos com hiperuricemia desenvolvem gota. Os principais fatores de risco para o aparecimento de gota são a obesidade, a insuficiência renal, o uso de fármacos como diuréticos e ciclosporina, o consumo excessivo de carne, marisco e bebidas alcoólicas, nomeadamente a cerveja.

A articulação mais frequentemente afetada é a primeira metatarsofalângica (50% dos casos), designando-se a crise de Podagra. As outras articulações que podem ser atingidas são as articulações do tarso, tibiotársicas, joelhos, punhos ou qualquer articulação metacarpofalângica.

Epidemiologia

A prevalência estimada em Portugal é de 1,3% (estudo EpiReumaPt, 2011). É a causa mais comum de artrite inflamatória em homens com mais de 40 anos de idade, sendo uma condição muito rara em mulheres na pré-menopausa.



Apresentação clínica



História Clínica

A apresentação inicial mais comum é a monoartrite aguda.

A crise começa, geralmente, de madrugada, com dor e tumefação de instalação rápida. Se for uma articulação superficial podem surgir eritema e hiperestesia acentuados, podendo evoluir posteriormente para descamação local. Num pequeno número de doentes, a crise inicial pode atingir várias articulações em simultâneo e podem surgir sintomas sistémicos, como febre.

Pode manifestar-se sob forma de bursite, especialmente sobre os cotovelos, joelhos ou tendão de Aquiles.

Quando a deposição dos cristais de urato ocorre a nível renal, podem surgir episódios recorrentes de cólica renal.

O aparecimento de tofos gotosos é decorrente da deposição dos cristais de ácido úrico nos tecidos subcutâneos e junto aos tendões. Esta manifestação pode ocorrer em doentes sem queixas prévias de artrite e assemelha-se a um nódulo duro e esbranquiçado.

As crises de gota não tratadas geralmente duram 7 a 10 dias, após os quais o doente pode ficar assintomático até um próximo episódio.



Exame físico

A acumulação de cristais de ácido úrico nas articulações e tecidos periarticulares desencadeia:

- Fenómenos inflamatórios: dor, edema, calor e eritema;
- Limitação da mobilização das articulações afetadas;
- Formação de tofos gotosos: nódulos duros, esbranquiçados nos tecidos subcutâneos, junto aos tendões, pavilhões auriculares e na superfície extensora dos dedos das mãos e pés e dos cotovelos. Podem abrir um orifício e drenar o seu conteúdo de ácido úrico, com aspeto esbranquiçado, através da pele.



Apresentação clínica



Meios Complementares de Diagnóstico (MCDTs)

Raio-X da articulação envolvida:

- Lesões osteolíticas da superfície óssea em “saca-bocado”, com contornos agudizados e esclerosados (osteófitose marginal);
- Erosões assimétricas e que se relacionam com a presença de tumefação dos tecidos moles adjacentes;
- Ausência de osteopenia;
- Preservação da interlinha articular (fase inicial da doença);
- Osteoartrose (esclerose subcondral, osteófitose);
- Tumefação e calcificação dos tecidos moles adjacentes (tofus gotosos calcificados);
- Anquilose (nos estados avançados da doença).

Exame Laboratorial do líquido sinovial:

- Permite o diagnóstico definitivo da etiologia de uma artrite;
- Na gota, a presença de cristais não exclui uma artrite séptica concomitante;
- Na crise aguda de gota o líquido sinovial tem características inflamatórias: baixa viscosidade, leucocitose que pode ser superior a $50000/\text{mm}^3$, neutrofilia geralmente acima de 70%, é estéril e apresenta, na observação ao microscópio de luz polarizada, cristais de monourato, que têm a forma de agulhas e são fortemente birrefringentes.



Red flags

- Sinais e sintomas sistêmicos.
- Suspeita de artrite séptica como diagnóstico diferencial.
- Traumatismo.



Tratamento

Farmacológico

- Descontinuar, se possível, fármacos hiperuricemiantes: 1) tiazidas, 2) diuréticos, de ansa, 3) ácido acetilsalicílico, 4) varfarina, 5) ciclosporina, 6) β -bloqueadores.
- Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são a 1ª linha de tratamento na ausência de contra-indicações a AINE:
 - Naproxeno 500 mg, 12/12 horas;
 - Indometacina 50 mg, 8/8 horas;
 - Ibuprofeno 600 mg, 8/8 horas;
 - Diclofenac 50 mg, 12/12 horas;
 - Meloxicam 15 mg, 24/24 horas.
- Colquicina:
 - dose inicial: 1 mg seguido de 0,5 mg (1 hora após); dose total de 1,5 mg no 1º dia;
 - posteriormente deve manter dose de 0,5 mg de 12/12 horas ou 8/8 horas (se tolerável) até 2-3 dias após resolução dos sintomas;
 - dose máxima total recomendada: 6 mg;
 - se taxa de filtração glomerular (TFG) entre 10-50 mL/min/1,73 m², reduzir dose colquicina para 0,25 mg id ou bid.

- Notas:
 - Ponderar tratamento de combinação (colquicina + AINE/corticoide) se dor intensa, quadro poliarticular ou se estiverem afetadas ≥ 2 articulações major.
 - Ponderar uso de um inibidor da bomba prótons (IBP) concomitante.
 - Devem ser evitadas combinações AINE + corticoide.
 - O tratamento hipouricemiante deve ser protelado até resolução completa da crise aguda de gota. Se o doente estiver com tratamento hipouricemiante em curso, este deve ser mantido.
 - Na ausência de terapêutica hipouricemiante, as crises podem tornar-se mais frequentes, envolver múltiplas articulações, persistir por mais tempo e podem ocorrer depósitos de ácido úrico nos tecidos moles com formação dos tofos gotosos (fortemente associados à doença articular destrutiva e deformante).

Não farmacológico

- Incentivar perda ponderal (se indicado).
- Atividade física regular.
- Aconselhar diminuição de ingestão de alimentos ricos em purinas como carnes, vísceras, marisco, salmão, truta e sardinhas.
- Limitar o consumo de bebidas açucaradas e produtos processados.
- Diminuir consumo de álcool, especialmente cerveja e bebidas brancas.
- Ingestão de 2 a 3 litros de água por dia.
- Devem ser monitorizados fatores de risco cardiovasculares - rastrear HTA, DM e avaliar a função renal.

Quando referenciar a consulta hospitalar ou ao serviço de urgência de ortopedia

- Suspeita de artrite séptica
Apresentação típica: início abrupto de febre alta, dor, rubor e edema de uma articulação major, principalmente o joelho. Dependendo da articulação afetada, há grande sensibilidade à palpação e restrição acentuada dos movimentos passivos e ativos.
- Presença de sintomas sistêmicos sem trauma associado, cirurgia recente, história de viagem ou história sexual de risco podem aumentar a probabilidade do diagnóstico.



Osteoartrose primária

Anatomia, etiologia e fisiopatologia

A osteoartrose (OA) é uma doença reumática que resulta de um desequilíbrio entre os mecanismos de formação e destruição de uma articulação levando a uma deterioração progressiva da cartilagem articular e do osso subjacente. Não é apenas um processo degenerativo, uma vez que o processo inflamatório desempenha um papel fundamental, estando associada a fatores de risco como a idade, o excesso de peso/obesidade, fatores genéticos e doenças metabólicas, entre outros.

A OA primária afeta primariamente dois tipos de articulações:

- suporte de carga (coluna, ancas, joelhos e primeira articulação metatarso falângica);
- articulações das mãos (primeira metacarpofalângica, interfalângicas proximais e distais), no caso da osteoartrose nodal.

Epidemiologia

A dor crónica relacionada com a osteoartrose representa 20% da totalidade da dor crónica reportada. É uma doença pouco comum abaixo dos 40 anos, afetando 10% da população acima dos 55 anos e o aumento da prevalência está associado à idade e à obesidade.



Apresentação clínica



História Clínica

- Dor da articulação afetada, tipicamente mecânica, mas pode ser inflamatória em agudizações;
- Dor com evolução lenta (meses a anos);
- Não há correlação entre o grau de lesão articular e a intensidade da dor;
- Rigidez que não ultrapassa os 30 minutos;
- A limitação dos movimentos é, em fases mais avançadas, causada pelas deformações.



Exame físico

- Crepitação, osteófitos palpáveis, mobilidade ativa e passiva limitada com ou sem sinais inflamatórios.



Meios Complementares de Diagnóstico (MCDTs)

Raio-X da articulação envolvida:

- Diminuição do espaço articular assimétrico e focal.
- Perda de densidade óssea na articulação e de cartilagem.

Localizações:

- OA da mão: dor mista com períodos de inflamação súbitos – tratamento sintomático.
- OA da coluna vertebral: dor mecânica com ou sem irradiação (compressão de raízes nervosas por osteófitos).
- OA joelho: dor mecânica, mas com ritmo inflamatório com derrame e dor noturna pode ocorrer durante uma exacerbação.
- OA anca: dor mecânica na região inguinal, com ou sem irradiação para joelho/glúteo; limitação da rotação interna, encurtamento secundário do membro.



Red flags

- Trauma recente.
- História anterior/atual de tumor.
- Dor noturna intensa e constante.
- Dor constante não mecânica.
- Perda de peso inexplicável.
- Febre.

Tratamento

Farmacológico em degraus

Degrau 1

- Paracetamol até 4 g/dia + AINE tópico/capsaicina tópica em creme e/ou: AINE nos períodos de inflamação (dose mínima necessária para alívio da dor durante o menor tempo possível).
- Associar IBP se risco de hemorragia gastrointestinal (GI) ou doença ulcerosa péptica.
SE:
 - contra-indicações para AINE:
 - tramadol 200-300 mg/dia dividido em 4 tomas (usar metoclopramida/domperidona antes) OU
 - codeína 30-60 mg/4-6 horas.
 - Dor moderada: buprenorfina transdérmica 1 vez/semana: 5, 10 ou 20 µg/h.

Degrau 2:

- Alívio inadequado da dor moderada a forte: opioide forte:
 - oral: Morfina ou Oxycodona (libertação modificada).
 - transdérmico:
 - Buprenorfina 2x/semana 35/ 52,5/70 µg/h
 - Fentanilo a cada 3 dias: 12, 25, 50, 100 µg/h
 - Tramadol 50-100 mg/4h.

Não farmacológico

- Educação do doente.
- Perda de peso.
- Fisioterapia – fortalecimento muscular do quadríceps.
- Dispositivos de auxílio à marcha e de assistência às atividades diárias.
- Manutenção de exercício físico.
- Termas.

Quando referenciar a consulta hospitalar ou ao serviço de urgência

Consulta hospitalar: dor intensa que não responde ao tratamento médico farmacológico e não farmacológico, com agravamento progressivo e impacto na qualidade de vida.

Onde?

- Consulta da Unidade de Dor: aplicação de capsaicina tópica.
- Consulta de Ortopedia: tratamento cirúrgico – prótese total do joelho.
- Consulta de Ortopedia/MFR: infiltração com um corticoide/ácido hialurónico.
- Consulta de Cirurgia Geral se indicação para cirurgia bariátrica.

Serviço de Urgência: artrite com febre, traumatismo.

Artrite Reumatóide

Anatomia, etiologia e fisiopatologia

A artrite reumatoide (AR) é uma doença crônica, inflamatória e auto-imune que se caracteriza como uma poliartrite simétrica aditiva.

As articulações mais comum e precocemente atingidas são: metacarpo falângicas e interfalângicas proximais das mãos; metatarso falângicas e interfalângicas proximais dos pés (embora qualquer articulação com membrana sinovial possa ser afetada).

A etiologia da AR é desconhecida, no entanto parece existir uma predisposição genética para o seu aparecimento e estão descritos alguns fatores de risco como tabagismo. Desta forma, a AR parece resultar da interação entre fatores genéticos, ambientais, hormonais, imunológicos e infecciosos.

Epidemiologia

A incidência anual (mundial) é de 3 casos/100.000 habitantes, com uma prevalência de aproximadamente 1%. É importante realçar que a prevalência aumenta com a idade, atingindo um pico entre os 35 e os 50 anos de idade e é 3 vezes superior nas mulheres.



Apresentação clínica



História Clínica

Poliartrite simétrica, periférica, aditiva e crónica, na maioria dos doentes com início insidioso que pode cursar com sinais/sintomas sistémicos iniciais: febre, mal-estar ou fraqueza.



Exame físico

- Rigidez matinal;
- Dor de ritmo inflamatório (melhora com movimento);
- Edema;
- Deformidade;
- Nódulos reumatóides;
- Limitação à mobilização;
- Manifestações extra-articulares.



Meios Complementares de Diagnóstico (MCDTs)

- Imagiologia: alterações radiográficas típicas.
- Serologia: Fator Reumatoide e/ou Ig anti-péptidos citrulinados positivos estão positivos em 75 % dos casos, no entanto são necessárias manifestações clínicas para fazer diagnóstico.
- Marcadores de inflamação: velocidade de sedimentação (VS) e proteína C-reativa (PCR) elevados.
- Suspeita de sinovite articular (não explicável por outra patologia) - se necessário complementar com ecografia.



Red flags

- Metacarpocafalângicas com desvio cubital.
- Interfalângicas proximais das mãos com deformidade de *boutonniere* e em pescoço de cisne.
- Joelhos com anquilose.
- Interfalângicas dos pés com dedos em martelo.

Tratamento

Farmacológico

O doente deve ser referenciado assim que possível. No entanto deve ser iniciado controlo sintomático com:

- Analgésicos não opioides;
- AINEs em dose eficaz.

Não farmacológico

- Os doentes fumadores devem deixar de fumar.
- Aconselhar perda ponderal a doentes com excesso de peso.
- Prática de exercício físico orientada pela equipa médica:
exercícios isotónicos e isométricos para fortalecimento muscular
e exercícios aeróbios para otimização do sistema cardiorrespiratório.

Quando referenciar a consulta hospitalar

Os doentes devem ser referenciados à consulta hospitalar assim que possível.



BIBLIOGRAFIA

1. Ahlmén M, Svensson B, Albertsson K, Forslind K, Hafström I. Influence of gender on assessments of disease activity and function in early rheumatoid arthritis in relation to radiographic joint damage. *Ann Rheum Dis.* 2010;69(1):230-3.
2. 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(9):2569-81.
3. Araújo F, Cordeiro I, Teixeira F, Ravisco J, Ramiro S, Mourão AF, et al. Portuguese recommendations for the diagnosis and management of gout. *Acta Reumatol Port.* 2014;39(2):158-71.
4. Barr S, MacMullan P, Sargious M, David O. Enhanced Primary Care Pathway: Gout. Calgary Zone Primary Care Networks, the Division of Rheumatology, and Alberta Health Services. 2017.
5. Briggs AM, Fary RE, Slater H, Ranelli S, Chan M. Physiotherapy co-management of rheumatoid arthritis: identification of red flags, significance to clinical practice and management pathways. *Man Ther.* 2013;18(6):583-7.
6. Cardoso A, Branco JC, Silva JAP, Cruz M, Costa MM. Regras de Ouro em Reumatologia. Direção-Geral de Saúde. 2005.
7. Carlens C, Hergens MP, Grunewald J, Ekbohm A, Eklund A, Höglund CO, et al. Smoking, use of moist snuff, and risk of chronic inflammatory diseases. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010;181(11):1217-22.
8. McGonagle D, Tan AL, Carey J, Benjamin M. The anatomical basis for a novel classification of osteoarthritis and allied disorders. *J Anat.* 2010;216(3):279-91.
9. Miguel C, Mediavilla MJ. [Current management of gout]. *Acta Med Port.* 2011;24(5):791-8.
10. Richette P, Doherty M, Pascual E, Barskova V, Becce F, Castañeda-Sanabria J, et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(1):29-42.
11. Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWW, Burmester GR, Dougados M, Kerschbaumer A, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann Rheum Dis.* 2020;79(6):685-99.
12. Vaz R. Patologia músculo-esquelética para Médicos de Família. Ed Heartbrain - Consultores em Comunicação Lda. 2021.
13. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of osteoarthritis. *Clin Geriatr Med.* 2010;26(3):355-69.



Esta é uma publicação da APMGF-Grupo de Estudos de Dor com o patrocínio da Grünenthal S.A., sendo que esta última não teve qualquer influência nos conteúdos da mesma.