

Abordagem das artrites: Uma visão geral

Approach to arthritis: An overview

Enfoque de la artritis: Visión general

Recebido: 01/09/2023 | Revisado: 14/09/2023 | Aceitado: 15/09/2023 | Publicado: 18/09/2023

Luíza Vitória da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5524-7516>
Centro Universitário Christus, Brasil
E-mail: luizavitoria.silva03@gmail.com

Guilherme Ferreira Maciel da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2843-3903>
Hospital Geral de Fortaleza, Brasil
E-mail: gfms.guilherme@gmail.com

Pedro Sales Pereira Gondim

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4243-9479>
Centro Universitário Christus, Brasil
E-mail: pedrosales3004@hotmail.com

Aston Alves de Freitas

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6792-3590>
Centro Universitário Christus, Brasil
E-mail: astondefreitas@gmail.com

Jobson Lopes de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8912-1121>
Centro Universitário Christus, Brasil
E-mail: jobsonlopesdeoliveira@gmail.com

Resumo

Objetivo: Revisar a abordagem e o manejo dos pacientes com artrites. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa, efetivada mediante buscas na plataforma PubMed, com os descritores “Artrites”, “Monoartrites” e “Poliartrites”. Foram incluídos os estudos disponíveis na íntegra, em inglês ou português. Excluíram-se as publicações que não obedeciam aos critérios de inclusão ou ao escopo do tema abordado, resultando na seleção de 40 estudos. Foram acrescentados capítulos de obras consolidadas em Reumatologia, objetivando complementar as informações extraídas dos artigos. **Resultados e Discussão:** As artrites são classificadas quanto à característica da dor, ao tempo de evolução, à simetria, ao número, à localização, ao tamanho das articulações envolvidas e à temporalidade. A anamnese de um paciente com artrite requer investigação do perfil epidemiológico e do histórico médico pessoal e familiar. Já o exame físico, demanda inspeção, palpação, movimentação passiva e ativa e manobras especiais. As principais causas de monoartrite são a artrite induzida por cristais, a artrite séptica e o trauma, podendo ser necessária a artrocentese com estudo do líquido sinovial para elucidação diagnóstica. Dentre as oligoartrites, destacam-se a artrite gonocócica e as espondiloartrites, enquanto as poliartrites possuem maior associação com quadros virais, artrite reumatoide, colagenoses e espondiloartrites. Os exames complementares podem auxiliar no diagnóstico, seguimento e prognóstico, demandando direcionamento conforme as hipóteses diagnósticas. **Conclusão:** O estudo das artrites é de grande importância, tendo em vista sua alta prevalência e morbidade, necessitando de anamnese e exame físico detalhados.

Palavras-chave: Revisão; Oligoartrite; Poliartrite; Diagnóstico.

Abstract

Objective: To review the approach and management of patients with arthritis. **Methodology:** This is a narrative review, carried out through searches on the PubMed platform, using the descriptors "Arthritis", "Monoarthritis" and "Polyarthritis". Studies available in full in English or Portuguese were included. Publications that did not meet the inclusion criteria or the scope of the topic were excluded, resulting in the selection of 40 studies. Chapters from reference books in Rheumatology were added to complement the information extracted from the articles. **Results and Discussion:** Arthritis is classified according to the characteristics of the pain, time of evolution, symmetry, number, location, size of the joints involved and temporality. Anamnesis of a patient with arthritis requires investigation of the epidemiological profile and personal and family medical history. The physical examination requires inspection, palpation, passive and active movement and special maneuvers. The main causes of monoarthritis are crystal-induced arthritis, septic arthritis and trauma, and arthrocentesis with synovial fluid study may be necessary for diagnostic elucidation. Among oligoarthritis, gonococcal arthritis and spondyloarthritis stand out, while polyarthritis is more associated with viral conditions, rheumatoid arthritis, collagenosis and spondyloarthritis. Complementary exams can help with diagnosis, follow-up and prognosis, and need to be directed according to the diagnostic hypotheses.

Conclusion: The study of arthritis is of great importance, given its high prevalence and morbidity, requiring a detailed anamnesis and physical examination.

Keywords: Review; Oligoarthritis; Polyarthritis; Diagnosis.

Resumen

Objetivo: Revisar el abordaje y manejo de los pacientes con artritis. **Metodología:** Se trata de una revisión narrativa, realizada mediante búsqueda en la plataforma PubMed con los descriptores "Arthritis", "Monoarthritis" y "Polyarthritis". Se incluyeron los estudios disponibles en su totalidad en inglés o portugués. Se excluyeron las publicaciones que no cumplían los criterios de inclusión o el ámbito del tema, lo que resultó en la selección de 40 estudios. Se añadieron capítulos de obras consolidadas en Reumatología para complementar la información extraída de los artículos. **Resultados y Discusión:** La artritis se clasifica según las características del dolor, tiempo de evolución, simetría, número, localización, tamaño de las articulaciones implicadas y temporalidad. La anamnesis de un paciente con artritis requiere investigar el perfil epidemiológico y los antecedentes médicos personales y familiares. La exploración física requiere inspección, palpación, movimiento pasivo y activo y maniobras especiales. Las principales causas de monoartritis son la artritis inducida por cristales, la artritis séptica y los traumatismos, y puede ser necesaria una artrocentesis con estudio del líquido sinovial para elucidar el diagnóstico. Entre las oligoartritis, destacan la artritis gonocócica y la espondiloartritis, mientras que las poliartritis están más asociadas a afecciones víricas, artritis reumatoide, colagenosis y espondiloartritis. Los exámenes complementarios pueden ayudar al diagnóstico, seguimiento y pronóstico, y deben orientarse en función de las hipótesis diagnósticas. **Conclusión:** El estudio de la artritis es de gran importancia dada su elevada prevalencia y morbilidad, requiriendo una anamnesis y exploración física detalladas.

Palabras clave: Revisión; Oligoartritis; Poliartritis; Diagnóstico.

1. Introdução

Artrite consiste em uma inflamação da articulação, podendo afetar sinóvia, ossos, cartilagem ou tecido de suporte, sendo uma condição frequente na prática clínica, acometendo cerca de 23,7% dos adultos nos EUA entre 2016 e 2018. Essa condição pode ocasionar importantes limitações nas atividades habituais, o que ocorre em 44,0% dos acometidos, com presença de dor, rigidez ou inchaço nas articulações, propiciando custos ostensivos aos sistemas de saúde (Theis et al, 2021).

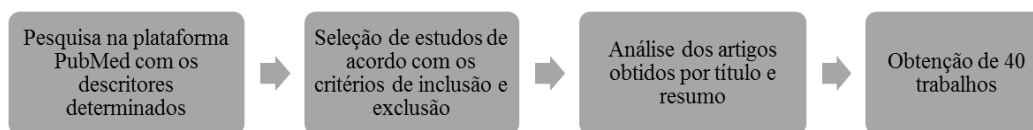
Há uma ampla gama de etiologias que podem se manifestar com sinais flogísticos em articulações, variando desde quadros benignos a doenças com consequências potencialmente devastadoras, como artrite séptica e artrite reumatoide. A avaliação de um quadro de artrite tem como esteio uma anamnese detalhada e um exame físico acurado (Woolf, 2016). O presente estudo objetiva ressaltar a relevância da abordagem e manejo dos pacientes com artrites.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica desenvolvida sob o formato de revisão narrativa. Esse método de pesquisa constitui a maior parte de todos os tipos de texto em Medicina, sendo uma ferramenta importante para a análise de temas de interesse de forma mais ampla, oferecendo flexibilidade para o estudo de conceitos em evolução (Bastian et al, 2010; Baethge et al, 2019; Collins et al, 2005).

Para a sua realização, foram executadas buscas na plataforma PubMed utilizando-se os descritores: "Artrites", "Monoartrites" e "Poliartrites". Foram incluídos os estudos disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês ou português. As publicações que não obedeciam aos critérios de inclusão ou ao escopo do tema abordado foram excluídas. A avaliação da conformidade entre as temáticas dos estudos encontrados com o assunto da presente pesquisa foi desempenhada mediante a leitura dos títulos e resumos, selecionando-se aqueles que abordavam aspectos da definição, anamnese, classificação, diagnóstico e tratamento das artrites, resultando na obtenção de 40 trabalhos (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos utilizados no presente estudo.



Fonte: Autoria própria (2023).

É possível observar linearmente, na Figura 1, as etapas para seleção dos artigos utilizados na presente pesquisa, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão supracitados.

Ademais, capítulos de obras acadêmicas consolidadas em Reumatologia também foram consultados na elaboração desta revisão narrativa, a fim de complementar e detalhar as informações encontradas nos artigos selecionados. A análise do conteúdo obtido mediante as fontes referidas foi efetuada de forma qualitativa.

As Figuras 2 e 3 utilizadas neste trabalho foram extraídas do acervo pessoal dos autores, sendo registradas mediante a autorização dos pacientes.

3. Resultados e Discussão

3.1 Classificações das artrites

Durante a abordagem diagnóstica, é muito importante classificar o padrão de acometimento articular (Woolf, 2016). Tal classificação deve levar em consideração a duração do quadro, o número, a simetria, a topografia, o tamanho da articulação, o padrão de evolução e as características da dor, com o fito de estabelecer boas pistas para a triagem diagnóstica do paciente (Hubscher, 2016). O Quadro 1 resume as principais características a serem avaliadas em um quadro de artrite.

Quadro 1 - Classificação do acometimento articular.

Características da dor	
Mecânica	Piora com movimento, melhora com repouso e rigidez <30 minutos. Ex.: osteoartrite
Inflamatória	Melhora com movimento, piora com repouso e rigidez > uma hora. Ex.: artrite reumatoide
Número de articulações	
Monoartrite	1 articulação
Oligoartrite	2 a 4 articulações
Poliartrite	5 ou mais articulações
Duração	
Agudo	< 6 semanas
Crônico	≥ 6 semanas
Simetria	
	Simétrico
	Assimétrico
Localização da articulação	
	Axial
	Periférica
Tamanho da articulação	
	Grandes articulações
	Pequenas articulações
Temporalidade	
	Aditivo
	Migratório
	Intermitente

Fonte: Autoria própria (2023).

No que se refere à duração, podemos dividir as artrites/artralgias em agudas (< 6 semanas) e crônicas (≥ 6 semanas). Pelo número de articulações afetadas, pode-se classificar o acometimento em monoarticular (uma única articulação), oligoarticular (2 a 4 articulações) ou poliarticular (igual ou superior a 5 articulações). É chamado de simétrico o quadro que acomete igualmente os dois lados do corpo (ex.: os dois joelhos ou os dois punhos), caso isso não aconteça é denominado assimétrico. Quanto à topografia, podemos classificar o acometimento em axial, quando afeta esqueleto axial (ex.: coluna, sacroilíaca), e periférico, quando acomete esqueleto apendicular (ex.: mão, punho, joelho, tornozelo, cotovelo). No que tange ao tamanho da articulação afetada, pode haver comprometimento de grandes articulações (ombros, cotovelos, quadril, joelhos ou tornozelos), pequenas articulações (punhos, interfalangeanas proximais e distais de mãos e pés, metacarpofalangeanas e metatarsofalangeanas), ou de ambos. Em relação ao padrão de evolução, classifica-se em aditivo, quando as articulações são acometidas simultaneamente, migratório, quando o acometimento migra de articulação em articulação, ou intermitente, quando o acometimento articular se dá em crises entremeadas por períodos assintomáticos, como na gota (Hubscher, 2016; Weaver et al., 2021).

Também é essencial diferenciar as dores articulares em mecânicas e inflamatórias. As de caráter mecânico pioram com o movimento, melhoram com o repouso e são geralmente mais intensas ao fim do dia. Além disso, não costumam cursar com rigidez matinal, e quando cursam, tal rigidez costuma durar menos de 30 minutos. Por outro lado, as dores de caráter inflamatório tendem a melhorar com o movimento e piorar com repouso, além de cursar com rigidez matinal superior a 30 minutos. Também costumam estar associadas a sinais flogísticos (calor, edema e eritema) mais exuberantes. A presença de sinais e sintomas sistêmicos e/ou elevação de marcadores inflamatórios como VHS e PCR, embora sejam mais inespecíficos, também aponta para uma dor de origem inflamatória (Hubscher, 2016).

3.2 Anamnese

A anamnese ocupa um papel central na abordagem do paciente com queixa de artralgia/artrite, favorecendo o raciocínio clínico ou afastando hipóteses diagnósticas.

Na identificação, a *idade*, o *sexo* e a *etnia* são fatores que guiam a avaliação da doença (Woolf, 2016). Febre reumática e artrite idiopática juvenil, por exemplo, têm maior incidência em pacientes menores de 16 anos (Karthikey & Guilherme, 2018; Zaripova et al., 2021). Por outro lado, a polimialgia reumática predomina em idosos e o lúpus eritematoso sistêmico (LES) em pacientes com idade entre 20 e 40 anos (Mahmood et al., 2020). O gênero também tem importância, uma vez que doenças como LES, esclerose sistêmica e artrite reumatoide (AR) predominam no sexo feminino, enquanto espondilite anquilosante e gota são mais frequentes no sexo masculino (Woolf, 2016; Weaver et al., 2021; Aletaha, 2018). Em relação à etnia, pacientes negros são mais suscetíveis ao desenvolvimento de LES, enquanto as espondiloartrites predominam em brancos (Aletaha, 2018; Kiriakidou & Ching, 2020; Sharip & Kunz 2020).

Na *história da doença atual*, a dor articular do paciente deve ser caracterizada como mecânica ou inflamatória e o padrão de acometimento deve ser obtido conforme a classificação mencionada anteriormente, que leva em consideração o número e tamanho das articulações acometidas, o tempo de acometimento, o padrão de evolução e a simetria do acometimento (Hubscher, 2016). A presença de rigidez matinal prolongada (>30 minutos) deve ser ativamente pesquisada, pois é um importante indício de dor de origem inflamatória (Woolf, 2016; Hubscher, 2016).

Também devem ser pesquisados *sinais e sintomas sistêmicos*, tendo em vista que muitas das causas reumatológicas de artrite cursam com manifestações extra-articulares (Woolf, 2016). Febre, perda de peso, *rash* malar, úlceras orais, fotossensibilidade e/ou acometimentos renal, neurológico e de serosas (ex.: derrame pleural, pericardite) podem ser indicativos de LES (Zucchi et al., 2022; Kiriakidou & Ching, 2020). Nódulos subcutâneos em superfícies extensoras falam a favor de

artrite reumatoide (AR) (Aletaha, 2018). Olho seco (xeroftalmia), boca seca (xerostomia) e excesso de cáries dentárias são indicativos da síndrome de Sjögren (Manfrè et al., 2020).

A *história pregressa* muitas vezes fornece a chave para o diagnóstico (Woolf, 2016). Por exemplo, a ocorrência de trauma prévio deve ser sempre inquerida nos casos de monoartrite aguda (Ellis, 2019). Indivíduos com hemofilia podem apresentar hemartrose (derrame articular com sangue) (Gualtierotti et al., 2021). Portadores de doença inflamatória intestinal (doença de Crohn e retocolite ulcerativa) e psoríase também podem evoluir com acometimento articular, tanto periférico quanto axial (Sharip & Kunz, 2020). Pacientes com hepatite B, hepatite C e HIV podem desenvolver artralgia ou artrite (Vassilopoulos & Calabrese, 2008).

As *medicações* utilizadas também devem ser investigadas, pois podem estar relacionadas ao surgimento de doenças de cunho reumatológico. Fármacos como hidralazina e procainamida podem ocasionar lúpus induzido por droga (Rubin, 2005). Diuréticos tiazídicos como a hidroclorotiazida podem precipitar uma crise de gota por aumento de ácido úrico sérico (Weaver et al., 2021). O uso crônico de glicocorticóides tem forte associação com o desenvolvimento de osteonecrose de cabeça do fêmur, que leva à dor no quadril (Mont et al., 2015).

Histórico de *tabagismo* consiste num importante fator de risco para desenvolvimento de artrite reumatoide (Woolf, 2016; Aletaha, 2018). Já o *etilismo*, aumenta o risco de gota por contribuir para a hiperuricemia (Weaver et al., 2021). O uso de drogas injetáveis pode fornecer a porta de entrada para patógenos causadores de artrite séptica (Balato et al., 2021).

A *história sexual* também é relevante, uma vez que infecções sexualmente transmissíveis podem causar quadros articulares por meio da artrite reativa ou da artrite gonocócica (Rice, 2005).

História familiar de doenças reumatológicas deve ser pesquisada, tendo em vista que aumenta a chance de certas formas de artrite. Como exemplos, é possível citar as espondiloartrites (associação com o gene HLA-B2) (Zucchi et al., 2022), o LES (risco relativo de 20 para parentes de primeiro grau) e até mesmo doenças não autoimunes, como osteoartrite de mãos (risco aumentado se houver parentes de primeiro grau com nódulos de Heberden e Bouchard) (Zucchi et al., 2022; Sharip & Kunz, 2020; Mandl, 2019).

3.3 Exame Físico

O *exame físico articular* tem início no instante em que o paciente entra no consultório. Nesse momento, deve-se observar como o paciente anda, se mantém alguma posição antálgica durante a consulta.

À *inspeção*, deve-se observar se existe alguma articulação deformada, eritematosa ou edemaciada. Também é necessário ficar atento a alterações na pele, mucosas e fâneros, como, por exemplo: *rash*, púrpura, úlceras orais e alopecia (no LES); telangiectasias (na esclerose sistêmica); *pitting* ungueal e onicólise (na artrite psoriásica) (Woolf, 2016).

Durante a *palpação*, busca-se determinar a presença de calor e edema nas articulações, bem como a existência de crepitações ou pontos dolorosos (Woolf, 2016; Hubscher, 2016). Importante lembrar que a presença de artralgia associada a outros sinais flogísticos caracteriza o quadro de artrite. Por vezes, durante a palpação, além do edema, é possível notar que algumas articulações estão revestidas por uma espécie de tecido de consistência fibroelástica. Tal tecido, chamado de *pannus*, é decorrente da hiperplasia da membrana sinovial, muito relacionada com a artrite reumatoide (Aletaha, 2018; Jang et al., 2022).

A *movimentação ativa e passiva* das articulações permite a busca de dor ou limitação da amplitude de movimento. Nos quadros articulares (como osteoartrite), há presença de dor tanto à movimentação ativa, quanto à movimentação passiva da articulação acometida, podendo também ser observada a presença de crepitações ou instabilidade (Mandl, 2019). Em contrapartida, nos quadros extra-articulares (como tendinite), a dor está presente somente na movimentação ativa da articulação (Woolf, 2016; Millar, 2021).

Manobras especiais podem ser utilizadas, conforme a suspeita, para detecção de alterações específicas do exame físico. Dentre elas, merecem destaque o teste do sinal da tecla, utilizado para identificação de derrame articular no joelho, e o teste de Patrick/FABERE, usado para detecção de sacroileíte (Mathison & Teach, 2009).

O exame articular deve, ainda, ser complementado com *exame físico geral*, já que muitas das causas de artrite também cursam com manifestações sistêmicas (Woolf, 2016). Como exemplo, podemos citar a esplenomegalia na doença de Still (Giacomelli et al., 2018), os estertores pulmonares em velcro nas colagenoses que cursam com fibrose pulmonar (Menkes, 1971), perfuração de septo nasal e nariz em sela na granulomatose com poliangite (Furuta et al., 2019).

Os principais grupos das artrites serão tratados nas próximas seções desta revisão.

3.4 Monoartrites

A apresentação de um paciente com um quadro de monoartrite aguda é uma situação que exige investigação e conduta rápidas. As causas mais comuns são a artrite induzida por cristais, a artrite séptica e o trauma (veja no Quadro 2) (Ellis, 2019). A principal preocupação é quanto à infecção, uma vez que, se não tratada de forma adequada, pode levar à destruição articular num curto intervalo ou até mesmo culminar em óbito (Scutellari et al., 1995).

Quadro 2 - Causas de monoartrites.

Aguda		Crônica	
Infecção bacteriana	Bacteriana não gonocócica: <i>Staphylococcus aureus</i> , estreptococos β-hemolíticos, <i>Streptococcus pneumoniae</i> , bacilos Gram negativos	Inflamatória	Não inflamatória
	Bacteriana gonocócica	Infecção por TB	Osteoartrite
Artrite microcristalina	Gota	Infecção por micobactéria não tuberculosa	Osteonecrose
	DDPC	Infecção fúngica	Artropatia de Charcot (neuropática)
Trauma		Sinovite de corpo estranho	Lesões estruturais (ex.: ruptura de menisco)
		Sinovite vilonodular pigmentada	

Fonte: Autoria própria (2023).

A partir do Quadro 2, infere-se que as principais etiologias das monoartrites podem ser categorizadas de acordo com sua temporalidade, sendo a infecção bacteriana, a artrite microcristalina e o trauma causas de caráter predominantemente agudo, enquanto infecções por fungos e micobactérias, sinovites de corpo estranho ou vilonodular pigmentadas, osteoartrite, osteonecrose, artropatia de Charcot e lesões estruturais representam mecanismos crônicos.

Na anamnese, o paciente deve ser questionado a respeito da cronologia, evolução e intensidade da dor e sobre a presença de sintomas associados como: febre, calafrios, fadiga, sintomas oculares, respiratórios, gastrointestinais e lesões de pele (Woolf, 2016). Também deve ser investigada a história prévia de episódios semelhantes, traumas ou ferimentos recentes, uso de drogas injetáveis, infecções de pele, artroplastias, história sexual e comorbidades (Woolf, 2016; Ellis, 2019).

O exame físico deve ser voltado para identificação de sinais flogísticos e distinção entre quadros periarticulares e artrite verdadeira. Também é de extrema importância a busca por sinais extra-articulares que indicar alguma etiologia específica, como tofos gotosos para gota, sopro cardíaco e hemorragias ungueais em estilhaço para endocardite, úlceras orais

para doença de Behçet (Weaver et al., 2021; Hubers et al., 2020; Hatemi et al., 2020). Veja a Figura 2 como exemplo de monoartrite.

Figura 2 – Homem, de 45 anos, com antecedente de gota, apresentando monoartrite acometendo a primeira articulação metatarsofalangeana esquerda (podagra).



Fonte: Acervo dos autores (2023).

A Figura 2 evidencia um quadro característico de podagra, com presença de edema e eritema proeminentes na topografia articular da base do hálux, cenário justificado pelo histórico de gota apresentado pelo paciente.

Tendo sido confirmada a hipótese de monoartrite aguda não traumática, o paciente deve ser submetido a uma artrocentese (punção articular) com objetivo diagnóstico (Scutellari et al., 1995; Abdellatif, 2016). O líquido sinovial deve ser analisado quanto sua aparência, além de ser solicitada laboratorialmente a contagem total e diferencial de leucócitos, pesquisa de cristais, coloração de Gram e culturas (Abdellatif, 2016). As principais alterações do líquido sinovial estão no Quadro 3.

Quadro 3 - Características do líquido sinovial.

	Não Inflamatório	Inflamatório	Séptico	Hemorrágico
Cor	Incolor a amarelo claro	Branco a amarelo, translúcido a opaco	Amarelado, turvo e grumoso	Avermelhado e opaco
Viscosidade	Alta	Intermediária	Baixa	
Prova mucina	–	Pobre	–	–
Celularidade	< 2 mil	2 mil – 75 mil polimorfonucleares	50 mil – 100 mil polimorfonucleares	–
Cristais	Negativo	Pode ser positivo	Negativo	Negativo
Bacterioscópico	Negativo	Negativo	Positivo	Negativo
Cultura	Negativa	Negativa	Positiva	Negativa

Fonte: Autoria própria (2023).

De acordo com o Quadro 3, constata-se que o líquido sinovial pode ser caracterizado por sua cor, viscosidade, celularidade, cultura e bacterioscopia, bem como pela presença de cristais e pela prova mucina, aspectos fundamentais para categorizá-lo como inflamatório, não inflamatório, séptico ou hemorrágico, o que favorece a elucidação da etiologia do processo de artrite em estudo.

As monoartrites crônicas se desenvolvem de modo indolente, ao longo de semanas de evolução, cursando geralmente com sinais flogísticos menos exuberantes que das monoartrites agudas (Woolf, 2016; Scutellari, 1995). Para o correto estabelecimento do diagnóstico, é fundamental separar entre causas inflamatórias de não inflamatórias através da análise do líquido sinovial. Dentre as causas inflamatórias, a cultura do líquido sinovial para micobactérias e para fungos são de especial importância para o diagnóstico de tuberculose ou infecção fúngica, respectivamente (Abdellatif, 2016). Osteoartrite e osteonecrose são as principais causas de monoartrite não inflamatória, e o emprego de exames de imagem (radiografia e ressonância magnética, respectivamente) contribui para a identificação (Mandl, 2019). O Quadro 2 apresenta as principais causas de monoartrites crônicas.

3.5 Oligoartrites

As oligoartrites são definidas pela presença de sinais inflamatórios em 2 a 4 articulações (Woolf, 2016). Embora a artrite gonocócica e as espondiloartrites constituam as principais doenças desse grupo, há uma grande sobreposição em termos de etiologia com causas de poliartrite e até mesmo de monoartrite, o que amplia bastante o diagnóstico diferencial (Marzo-Ortega et al., 2005).

Em geral, o acometimento articular das oligoartrites tende a ser assimétrico e predomina em grandes articulações dos membros inferiores. Joelhos e tornozelos costumam estar primariamente afetados. Envolvimento dos membros superiores é menos frequente, excetuando-se nos casos de artrite psoriásica, que acomete frequentemente as mãos (Woolf, 2016; Marzo-Ortega et al., 2005).

Dentre as causas de oligoartrite, a artrite gonocócica e a sarcoidose tendem a apresentar um curso mais agudo (Rice, 2005; Llanos & Hamzeh, 2019). As outras espondiloartrites periféricas possuem maior tendência a evoluir de forma crônica (Sharip & Kunz, 2020). No caso da doença de Behçet, a artrite costuma ser intermitente, apresentando períodos de remissão e recorrência (Hatemi et al., 2020).

3.6 Poliartrites

As poliartrites são caracterizadas pelo acometimento inflamatório de 5 ou mais articulações. Podem representar a manifestação de uma patologia benigna e autolimitada ou fazer parte de entidades clínicas mais graves, com importante morbidade. Quanto a sua duração, as poliartrites podem ser classificadas como agudas, caso durem menos de 6 semanas, ou crônicas, se persistirem por mais de 6 semanas (Woolf, 2016) (veja no Quadro 4).

Quadro 4 - Principais diagnósticos diferenciais de poliartrites.

POLIARTRITE AGUDA	POLIARTRITE CRÔNICA
Doenças virais agudas: parvovírus B19, hepatites B e C, HIV, EBV, rubéola, Chikungunya	Artrite reumatoide
Artrite gonocócica	LES
Doença de Lyme	Artrite psoriásica (forma poliarticular)
Endocardite bacteriana	Artrite microcristalina: Gota tofácea crônica, DDPC
Sarcoidose	Osteoartrite
Quadro inicial de doenças reumatológicas autoimunes (LES, AR)	Chikungunya
	Outras: Doença de Still, poliartrite paraneoplásica, hepatite C, síndrome de Sjögren, doença de Whipple, hemocromatose

O Quadro 4 apresenta as principais etiologias das poliartrites, de acordo com sua temporalidade (agudas ou crônicas), sendo essa classificação essencial para o raciocínio diagnóstico frente a essa condição.

O diagnóstico diferencial de poliartrites agudas é bastante amplo, estando as etiologias virais bastante relacionadas com esse tipo de apresentação, especialmente parvovírus B19, rubéola, EBV, HIV e hepatites B e C (Marks & Marks, 2016). As arboviroses também devem sempre ser lembradas, com destaque para a Chikungunya, que cursa com o quadro articular mais exuberante desse grupo (Kumar et al., 2021). Importante ressaltar que as poliartrites agudas podem ser a apresentação inicial de uma doença que cursa com poliartrite crônica, sendo assim tais causas devem ser recordadas (Woolf, 2016).

No que diz respeito às poliartrites crônicas, as etiologias de ordem reumatológica ganham força, dentre as quais merecem ênfase a artrite reumatoide (AR), o LES e outras colagenoses, assim como doenças do grupo das espondiloartrites (especialmente artrite psoriásica ao acometer as mãos). Por vezes, a agudização de um quadro de osteoartrite pode ocasionar um quadro de poliartrite com sinais inflamatórios, gerando confusão com doenças como a AR (Woolf, 2016; Mandl, 2019).

Diante de um quadro de poliartrite, é fundamental coletar uma anamnese detalhada e investigar a presença de sintomas associados. O exame físico deve ser realizado de forma cuidadosa, à procura de achados específicos, os quais podem estar presentes na pele e nas mucosas, como os nódulos subcutâneos da AR, o rash malar típico do LES ou as úlceras orais do LES e da doença de Behçet (Zucchi et al., 2022; Mahmood et al., 2020; Hatemi et al., 2020).

Figura 3 – Mulher, de 60 anos, com poliartrite em articulações metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais.



Fonte: Acervo dos autores (2023).

A Figura 3 ilustra um quadro característico de artrite reumatoide em mãos, havendo acometimento crônico e simétrico de articulações metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais, sem atingir, no entanto, as articulações interfalangeanas distais, as quais, caso envolvidas, direcionariam o diagnóstico para outras condições, como artrite psoriásica e osteoartrite.

Entretanto, podem ser encontradas alterações no exame físico de outros sistemas, como a presença de esplenomegalia na doença de Still (Giacomelli et al., 2018), déficits neurológicos secundários a vasculites, ou LES, ou estertores em velcro relacionados ao acometimento pulmonar da esclerose sistêmica (Denton & Khanna, 2017).

Os exames complementares, com base no número de articulações acometidas, serão tratados a seguir.

3.7 Exames complementares

Em geral, o exame clínico reumatológico, que inclui anamnese e exame físico, fornece informações suficientes para conduzir para o caminho do diagnóstico efetivo, descartando os diagnósticos diferenciais (Woolf, 2016). A explicação para tal razão é que, na reumatologia, os exames complementares, especialmente os laboratoriais, compartilham seus resultados com diversas patologias, tais como infecções crônicas e processos malignos (Dellavance, 2019). Entretanto, apesar disso, a avaliação laboratorial auxilia não só no diagnóstico, como também no seguimento e prognóstico do paciente com doença

reumatológica. Sobre alguns dos marcadores laboratoriais, incluem pesquisa de autoanticorpos, dosagem de crioglobulinas e do complemento, como também marcadores de provas inflamatórias (Dellavance, 2019; Feist & Burmester, 2016).

Reagentes de fase aguda estão aumentados em uma ampla variedade de condições inflamatórias, pois o estímulo inflamatório aumenta a produção de diversas proteínas pelo fígado, tais como a proteína C reativa (PCR), além de fibrinogênio, ferritina, entre outros (Dellavance, 2019; Imboden, 2014). Entretanto, os testes mais usados para visualização de inflamação, além da PCR, é a velocidade de hemossedimentação (VHS), que não se inclui como uma proteína de fase aguda, mas sim de uma técnica que avalia o índice de agregação de hemácias em termos de velocidade de hemossedimentação. Com valores normais de até 15 mm/hora para homens e 20 mm/hora nas mulheres. Entretanto, é um marcador que aumenta fisiologicamente com o envelhecimento, e até mesmo com a gravidez, somando-se ao fato que alterações em quantidade e morfológicas das hemácias podem influenciar, como anemia que aumenta a VHS. Sobre a proteína C reativa, quando em concentrações maiores que a 1 mg/dl, reflete doenças inflamatórias. De forma seriada, para monitoramento do nível de inflamação, a PCR tende a ser mais útil que a VHS, a qual possui um potencial de variabilidade maior (Dellavance, 2019; Feist & Burmester, 2016).

Os autoanticorpos solicitados no âmbito da reumatologia são diversos, porém destacam-se os principais: FR, FAN, ANCA, anti-CCP, entre outros. O fator reumatoide (FR) consiste no autoanticorpo contra a fração Fc da imunoglobulina G. Este FR pode ser da classe IgM, IgG ou IgA (Dellavance, 2019; Imboden, 2014). Mas, a maioria dos laboratórios testa como IgM. O FR cursa com positividade em 70 a 80% dos pacientes com artrite reumatoide, com valor prognóstico também (Aletaha, 2018; Dellavance, 2019), só que, em contrapartida, ocorre em uma grande variedade de doenças, como Síndrome de Sjogren, LES, endocardite bacteriana, hepatites B e C, e diversas outras (Zucchi et al., 2022; Manfrè et al., 2020; Hubers et al., 2020). Além de poder estar presente em até 6% dos pacientes idosos saudáveis.

Anticorpos contra o peptídeo citrulinado (ACPA ou anti-CCP) são aqueles que reconhecem sequências peptídicas que possuam o aminoácido citrulina, encontrado no tecido das sinóvias, por exemplo (Aletaha, 2018; Dellavance, 2019). É positivo em 70% dos pacientes com artrite reumatoide, com maior especificidade que o FR. Também apresenta valor prognóstico se presente em altas concentrações na AR.

O fator antinúcleo, apesar do nome específico, detecta anticorpos contra outros componentes da célula, além do próprio núcleo, como também citoplasma, aparelho mitótico, nucléolo. É realizado com o método de imunofluorescência indireta em células HEp-2 (IFI-HEp-2), expressando a concentração sérica do anticorpo por título da reação, ou seja, títulos maiores aumentam a chance de se deparar com doença autoimune, enquanto o padrão da imunofluorescência indica os possíveis autoanticorpos presentes na amostra de sangue, por exemplo, FAN 1:640 com padrão nuclear homogêneo, sugere presença de anti-DNA em paciente com suspeita de LES, devendo tais anticorpos ser confirmados por pesquisa de anti-DNA (Zucchi et al., 2022; Dellavance, 2019; Imboden, 2014). Utilizado para rastreamento de uma gama de autoanticorpos presentes em diversas condições autoimunes, como LES, Síndrome de Sjogren, entre outros. Pode também ser positivo em pacientes saudáveis.

Ainda sobre estudos laboratoriais, estes devem ser considerados em certas circunstâncias, por exemplo, um paciente com fluido articular inflamatório deve fazer hemocultura e, no paciente sexualmente ativo, cultura de quaisquer lesões de pele, faringe ou uretra para avaliar a infecção gonocócica (Rice, 2005; Feist & Burmester, 2016). Testes de rotina, como hemograma completo e teste de função hepática, devem ser considerados se houver suspeita de doença multissistêmica. Outros testes, como HLA-B27 e sorologias de LYME, devem ser solicitados apenas quando a suspeita clínica for alta para espondiloartrites (Sharip & Kunz, 2020; Ross Russel et al., 2018).

Sobre estudos de imagem, as radiografias, baseadas na radiologia convencional, podem confirmar a presença de bursites e tendinites, osteoartrite, gota, condrocalcinose, ocrinose, raquitismo e osteomalácia, entre outros, evidenciando adequadamente a estrutura óssea, enquanto, parcialmente partes moles – músculos, tendões, ligamentos (Naves et al., 2019).

Ultrassonografia fornece uma técnica simples para detecção de reumatismo de partes moles, e é mais sensível do que o exame físico na detecção de sinovite, além de identificar artropatias infecciosas e metabólicas. Tomografia computadorizada serve para avaliação e colocação adequada da agulha para aspiração articular de difícil acesso como quadril, além de avaliar trauma pélvico, detectar erosões, osteofitose, anquilose, avaliar coluna vertebral, buscando estenose de canal medular (Naves et al., 2019).

Ressonância magnética possui grande valia, pois possui excelência ao contrastar tecidos moles e osso, sendo assim é útil para diagnosticar derrames em articulações profundas, como quadris e ombros, que podem ser difíceis de detectar no exame físico, ademais, pode ser usada para diferenciar sinovite de ligamentos (Naves et al., 2019).

4. Conclusão

O presente artigo de revisão traz assuntos relevantes de uma abordagem de artrites para pacientes, destrinchando cada tema, desde a definição até os diagnósticos diferenciais de artrite, onde uma anamnese detalhada e um exame físico minucioso são indispensáveis para uma boa triagem, passando pela avaliação do padrão de artrite de cada diagnóstico específico.

Por fim, sugere-se que trabalhos futuros possam analisar outros aspectos relevantes ao entendimento das artrites, como a fisiopatologia e o tratamento inicial, a fim de propiciar a disseminação do conhecimento acerca do manejo adequado dessas condições tão relevantes para a saúde pública, mitigando seu alto potencial de morbidade e incapacidade.

Referências

- Abdellatif, A. (2016). Análise do líquido sinovial. In M. C. Hochberg (Org.), *Reumatologia* (6a ed.), p. 62–66. Grupo GEN.
- Aletaha, D., & Smolen, J. S. (2018). Diagnosis and management of rheumatoid arthritis: A review. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 320(13), 1360-1372.
- Baethge, C., Goldbeck-Wood, S., & Mertens, S. (2019). SANRA—a scale for the quality assessment of narrative reviews articles. *Research Integrity and Peer Review*, 4(1).
- Balato, G., de Matteo, V., Ascione, T., de Giovanni, R., Marano, E., Rizzo, M., & Mariconda, M. (2021). Management of septic arthritis of the hip joint in adults. A systematic review of the literature. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22(S2), 1-12.
- Bastian, H., Glasziou, P., & Chalmers, I. (2010). Seventy-five trials and eleven systematic reviews a day: How will we ever keep up? *PLoS Medicine*, 7(9), e1000326.
- Collins, J. A., & Fauser, B. C. J. M. (2005). Balancing the strengths of systematic and narrative reviews. *Human Reproduction Update*, 11(2), 103–104.
- Dellavance, A. (2019). Laboratório nas Doenças Reumáticas. In M. A. P. Carvalho, C. C. D. Lanna, M. B. Bertolo (Orgs.), *Reumatologia – Diagnóstico e Tratamento* (5ª ed., pp. 65-81). Grupo GEN.
- Denton, C. P., & Khanna, D. (2017). Systemic sclerosis. *Lancet*, 390(10103), 1685–1699.
- Ellis, J. M. (2019). Acute monoarthritis. *JAAPA: Official Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 32(3), 25–31.
- Feist, E., & G. Burmester. (2016). O papel dos exames laboratoriais nas doenças reumáticas. In M. C. Hochberg (Org.), *Reumatologia* (6ª ed., pp. 56-61). Grupo GEN.
- Furuta, S., Iwamoto, T., & Nakajima, H. (2019). Update on eosinophilic granulomatosis with polyangiitis. *Allergology International: Official Journal of the Japanese Society of Allergology*, 68(4), 430–436.
- Giacomelli, R., Ruscitti, P., & Shoenfeld, Y. (2018). A comprehensive review on adult onset Still's disease. *Journal of Autoimmunity*, 93, 24–36.
- Gualtierotti, R., Solimeno, L. P., & Peyvandi, F. (2021). Hemophilic arthropathy: Current knowledge and future perspectives. *Journal of Thrombosis and Haemostasis: JTH*, 19(9), 2112–2121.
- Hatemi, G. (2020). One year in review 2020: Behçet's syndrome. *Clin Exp Rheumatol.*, 127 (5), 3-10.
- Hubers, S. A., DeSimone, D. C., Gersh, B. J., & Anavekar, N. S. (2020). Infective endocarditis: A contemporary review. *Mayo Clinic Proceedings*. Mayo Clinic, 95(5), 982–997.
- Hubscher, O. (2016). Reconhecimento de padrões na artrite. In MC Hochberg (Org.), *Reumatologia* (6a ed.), pp. 51-55. Grupo GEN.
- Imboden, J. B. (2014). Abordagem do paciente com artrite. In JB Imboden & JH Stone. *CURRENT Reumatologia* (3aed.), pp. 50-59. Grupo A.

- Jang, S., Kwon, E.-J., & Lee, J. J. (2022). Rheumatoid arthritis: Pathogenic roles of diverse immune cells. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(2), 905.
- Karthikeyan, G., & Guilherme, L. (2018). Acute rheumatic fever. *Lancet*, 392(10142), 161–174.
- Kiriakidou, M., & Ching, C. L. (2020). Systemic lupus erythematosus. *Annals of Internal Medicine*, 172(11), 81–96
- Kumar, R., Ahmed, S., Parray, H. A., & Das, S. (2021). Chikungunya and arthritis: An overview. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 44(102168), 102168.
- Llanos, O., & Hamzeh, N. (2019). Sarcoidosis. *The Medical Clinics of North America*, 103(3), 527–534.
- Mahmood, S. B., Nelson, E., Padniewski, J., & Nasr, R. (2020). Polymyalgia rheumatica: An updated review. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 87(9), 549–556.
- Mandl, L. A. (2019). Osteoarthritis year in review 2018: clinical. *Osteoarthritis and Cartilage*, 27(3), 359–364.
- Manfrè, V., Cafaro, G., Riccucci, I., Zabotti, A., Perricone, C., Bootsma, H., De Vita, S., & Bartoloni, E. (2020). One year in review 2020: comorbidities, diagnosis and treatment of primary Sjögren's syndrome. *Clinical and experimental rheumatology*, 38 Suppl 126(4), 10-22.
- Marks, M., & Marks, J. L. (2016). Viral arthritis. *Clinical Medicine (London, England)*, 16(2), 129–134.
- Marzo-Ortega, H., Cawkwell, L., & Green, M. J. (2005). Early oligoarthritis. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 31(4), 627–639.
- Mathison, D. J., & Teach, S. J. (2009). Approach to knee effusions. *Pediatric Emergency Care*, 25(11), 773–786.
- Menkes, C. J. (1971). The rheumatoid lung and pulmonary manifestations of collagenosis. *Cah Med.*, 12(1), 1-14.
- Millar, N. L., Silbernagel, K. G., Thorborg, K., Kirwan, P. D., Galatz, L. M., Abrams, G. D., Murrell, G. A. C., McInnes, I. B., & Rodeo, S. A. (2021). Tendinopathy. *Nature Reviews. Disease Primers*, 7(1), 1-21.
- Mont, M. A., Pivec, R., Banerjee, S., Issa, K., Elmallah, R. K., & Jones, L. C. (2015). High-dose corticosteroid use and risk of hip osteonecrosis: Meta-analysis and systematic literature review. *The Journal of Arthroplasty*, 30(9), 1506-1512.
- Navesm E. B., Mendonça, J. A., & Lopes, A. M. A. (2019). In M. A. P Carvalho, C. C. D. Lanna, & M. B. Bertolo (Orgs.), *Reumatologia – Diagnóstico e Tratamento* (5a ed.), pp. 82-113. Grupo GEN.
- Rice, P. A. (2005). Gonococcal arthritis (disseminated gonococcal infection). *Infectious Disease Clinics of North America*, 19(4), 853–861.
- Ross Russell, A. L., Dryden, M. S., Pinto, A. A., & Lovett, J. K. (2018). Lyme disease: diagnosis and management. *Practical Neurology*, 18(6), 455–464.
- Rubin, R. L. (2005). Drug-induced lupus. *Toxicology*, 209(2), 135–147.
- Scutellari, P. N. (1995). Le monoartriti [Monoarthritis]. *Radiol Med.*, 90(6), 689-698.
- Sharip, A., & Kunz, J. (2020). Understanding the pathogenesis of spondyloarthritis. *Biomolecules*, 10(10), 1461.
- Theis, K. A., Murphy, L. B., Guglielmo, D., Boring, M. A., Okoro, C. A., Duca, L. M., & Helmick, C. G. (2021). Prevalence of arthritis and arthritis-attributable activity limitation — United States, 2016–2018. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 70(40), 1401–1407.
- Vassilopoulos, D., & Calabrese, L. H. (2008). Virally associated arthritis 2008: clinical, epidemiologic, and pathophysiologic considerations. *Arthritis Research & Therapy*, 10(5), 215.
- Vleeming, A., Albert, H. B., Östgaard, H. C., Sturesson, B., & Stuge, B. (2008). *European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. European Spine Journal: Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 17(6), 794–819.
- Weaver, J. S., Vina, E. R., Munk, P. L., Klauser, A. S., Elifritz, J. M., & Taljanovic, M. S. (2021). Gouty arthropathy: Review of clinical manifestations and treatment, with emphasis on imaging. *Journal of Clinical Medicine*, 11(1), 166.
- Woolf, A. D. História e Exame Físico. (2016). In M. C. Hochberg (Org.). *Reumatologia*. (6a ed.), 35-50. Grupo GEN.
- Zaripova, L. N., Midgley, A., Christmas, S. E., Beresford, M. W., Baildam, E. M., & Oldershaw, R. A. (2021). Juvenile idiopathic arthritis: from aetiopathogenesis to therapeutic approaches. *Pediatric Rheumatology Online Journal*, 19(1), 135.
- Zucchi, D., Elefante, E., Schilirò, D., Signorini, V., Trentin, F., Bortoluzzi, A., & Tani, C. (2022). One year in review 2022: systemic lupus erythematosus. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 40(1), 4–14.