

Exame do sistema musculoesquelético (Prof. Claiton Brenol)

Roteiro do Exame

O exame do sistema musculoesquelético é composto pelas seguintes etapas básicas: inspeção, palpação e movimentação passiva ou ativa. Abaixo, é apresentado uma sugestão de exame físico de rastreamento para alterações ósseas, articulares e musculares.

PACIENTE EM PÉ

- 1) Observação da marcha: simetria, balanço de pernas e braços, apoio dos pés (primeiro contato do calcanhar>carga>balanço>retirada do calcanhar)
- 2) Inspeção anterior: volume do quadríceps normal e simétrico, volume e alinhamento dos joelhos normais, hálux alinhados e arcos plantares com ângulos preservados
- 3) Inspeção lateral: lordose cervical e lombar e cifose dorsal normais
- 4) Inspeção posterior: desvio lateral da coluna (escoliose), músculos da cintura escapular, paravertebrais e glúteos normais e simétricos, cristas ilíacas niveladas, ausência de aumento de volume poplíteo ou calcâneo
- 5) Observar amplitude da flexão lombar anterior, sem fletir joelhos (observar distância da ponta dos dedos até o chão)
- 6) Observar amplitude da flexão lombar lateral, correndo os dedos em direção aos joelhos (ângulo normal: 30°)

PACIENTE SENTADO

- 1) Testar articulação temporomandibular com abertura da boca e desvio ativo da mandíbula de lado a lado
- 2) Rotação, flexão e extensão ativas da coluna cervical (ângulo normal: 60-90°)
- 3) Rotação passiva da coluna dorsal (ângulo normal: 45-75°)
- 4) Elevação ativa dos membros superiores acima da cabeça
- 5) Rotação externa e abdução ativas da articulação glenoumeral ("mãos atrás da cabeça")
- 6) Rotação interna e extensão ativas da articulação glenoumeral ("levar as mãos ao ponto mais alto das costas")
- 7) Flexão passiva dos cotovelos (ângulo normal: 145°)
- 8) Extensão passiva dos cotovelos (ângulo normal: 0°)
- 9) Flexão palmar e extensão dorsal passivas dos punhos (ângulo normal: 60-90°)
- 10) Flexão das articulações metacarpofalangeanas (MCFs), interfalangeanas proximais (IFPs) e distais (IFDs): "fechar a mão"
- 11) Extensão das MCPs, IFPs e IFDs: posicionar as mãos estendidas uma contra a outra

PACIENTE DEITADO

- 1) Abdução (ângulo normal: 25°) e adução (ângulo normal: 40°) passivas do quadril
- 2) Flexão passiva dos quadris (ângulo normal até 120°, dependendo da idade)
- 3) Com o quadril fletido a 90°, faz-se sua rotação passiva interna (ângulo normal: 30°) e externa (ângulo normal: 60°)
- 4) Flexão passiva do joelho (até 130°); a extensão completa é observada pela ausência de espaço entre a maca e a fossa poplíteia
- 5) Flexão (15°) e extensão (55°) passivas do tornozelo

- 6) Eversão (20°) e inversão (35°) passivas subtalares
- 7) Rotação passiva do antepé (35°)
- 8) Movimentação passiva das metatarsofalangeanas (MTFs) e IFPs e IFDs

A palpação e inspeção de cada articulação deve ser feita em seqüência, juntamente com as manobras acima citadas.

Dicas de Semiotécnica

Métodos palpatórios de articulações individuais

- IFPs e IFDs devem ser palpadas pelo método bi-manual, com os indicadores e polegares do examinador pressionando as margens dorsal, palmar, lateral e medial de cada articulação;
- Punhos e MCFs podem ser palpadas na face dorsal por ambos os polegares do examinador;
- Cotovelos fletidos a 70° podem ser palpados com o polegar entre o olécrano e o epicôndilo lateral do paciente e o indicador na fossa ante-cubital;
- Joelhos podem ser palpados por técnicas diversas de acordo com o tamanho do derrame articular. Para pequenos volumes, deve ser feita uma ordenha na sua porção lateral, após pressionar-se o espaço entre a patela e a articulação, promovendo uma inchação contralateral. Para volumes maiores, uma das mãos do examinador comprime a bolsa suprapatelar, adjacente ao polo superior da patela, enquanto o polegar e o indicador da outra mão sentem a distensão capsular medial e lateral. Com grande quantidade de líquido sinovial, é possível reproduzir o sinal do rechaço ou da tecla, através da compressão ântero-posterior da patela contra o fêmur.

Registro do exame articular: pode ser feito utilizando abreviações dos nomes de cada articulação (IFP, IFD, MCF, MTF, etc.), caracterizando o grau de edema, sensibilidade e limitação de movimento, bem como alterações de temperatura e cor. O emprego do esqueleto esquemático, assinalando as articulações anormais, é outro método prático (FIGURA).

Movimento passivo *versus* ativo : nas periartrites, o paciente pode não referir dor durante o movimento passivo conduzido pelo médico, mas em determinados planos do movimento ativo nos quais os tendões ou bursas acometidos são exigidos. Na artrite, a dor tende a ocorrer em todos os planos do movimento passivo ou ativo.

Manobra fabere (*flexion, abduction, external rotation, extension*): é uma sigla que designa os movimentos de flexão, abdução, rotação externa e extensão do quadril de maneira conjugada. O resultado positivo é obtido se o paciente apresentar dor, espasmo muscular ou limitação de movimento na região do quadril. Este teste é menos sensível para a detecção precoce de doença do quadril que os movimentos individuais.

Teste de Schöber: identifica limitação de movimento da coluna lombar em casos de EAS (espondiloartropatia soronegativa). Com o paciente em pé, marca-se um ponto na altura do processo espinhoso de L5 (no nível da cristas ilíacas póstero-superiores) e outro 10 cm acima. O paciente deve fazer uma flexão anterior (sem flexionar os joelhos) até o máximo de sua capacidade, então mede-se a expansão da distância entre os dois pontos. O teste é positivo quando a variação é menor que 5 cm.

Sinal da Flecha: utilizado em pacientes com EA (espondilite anquilosante). Consiste na incapacidade de encostar o occipito na parede, quando o paciente está em pé com os calcanhares junto à mesma. Indica o grau de limitação da extensão da coluna cervical.

Expansibilidade torácica: é a diferença em centímetros entre a expiração e a inspiração máximas no nível da linha mamária (normal: >5 cm).

Verificação de sacrolileíte: Além da palpação direta sobre as articulações sacroilíacas (SI), existem manobras específicas para testar a presença de inflamação nesses sítios. O paciente é colocado em posição supina próximo a margem lateral da mesa de exame de modo que o membro inferior possa ficar pendido, procurando uma hiperextensão da articulação coxo-femoral. Ao mesmo tempo, solicita-se uma flexão forçada do outro quadril sobre o abdome em direção ao ombro contralateral. O teste é positivo se o paciente manifestar dor na ASI do lado do membro hiperextendido. A manobra FABERE também pode causar dor em uma ASI inflamada.

Sinal do Impacto: é a flexão anterior passiva completa do membro superior com estabilização da escápula pela mão do examinador. Tal manobra reproduz o impacto da margem anterior do acrômio sobre o tendão supra-espinhoso e é aplicada para o diagnóstico de tendinite do supra-espinhoso.

Sinal de Dawbarn: é a dor reproduzida à palpação da tuberosidade maior do úmero, sugerindo tendinite do supraespinhoso.

Manobra de Yergason: é realizada com o cotovelo fletido à 90° e o antebraço pronado. Após, solicita-se que o paciente faça uma supinação contra a resistência exercida pelo examinador. Se houver dor, quando se exerce pressão sobre a fossa bicipital na face anterior do úmero, é indicativo de tendinite bicipital.

Teste de Finkelstein: é empregado na suspeita de tendinite de “De Quervain” e consiste na preensão do polegar pela flexão dos demais dedos com o examinador exercendo um desvio ulnar forçado do punho. O teste é positivo, quando a dor no processo estilóide piora, podendo irradiar-se ao longo do braço.

Teste de McMurray: indica a ruptura da porção posterior do menisco medial. É composto das seguintes manobras executadas em decúbito dorsal: 1) flexão do joelho, rotação interna e externa da tíbia; 2) rotação externa da tíbia com esforço valgo sobre o joelho; 3) extensão lenta do joelho; se houver um estalido audível ou palpável na linha articular medial, o teste é considerado positivo.

Teste de Compressão de Apley: serve para diagnosticar lesão meniscal. É realizado em decúbito ventral com o joelho flexionado a 90°. Deve-se exercer uma compressão sobre a tíbia com posterior rotação externa e interna. Se houver lesão meniscal o paciente vai manifestar dor na linha articular lateral ou medial.

Sinal da Gaveta: em decúbito dorsal, o paciente deve ter os joelhos flexionados a 90°, o pés devem ser fixados com o examinador sentado sobre eles. A partir daí, tenta-se tracionar a tíbia anteriormente. Se o deslocamento for desproporcional com relação ao joelho contra-lateral, o teste é positivo e indicativo de lesão do ligamento cruzado anterior.

Teste de Lachman: testa-se a instabilidade do ligamento cruzado anterior com o joelho flexionado a 20° com uma mão fixando o fêmur, e a outra deslocando a tíbia anteriormente.

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

Artrite e Sinovite: artrite designa inflamação em algum dos componentes da estrutura articular (cartilagem articular, osso subcondral ou membrana sinovial). Sinovite é a inflamação da membrana sinovial, e, geralmente, se manifesta por rubor, edema, calor, limitação de movimento e dor.

Dor : é fundamental a localização exata das estruturas que causam dor : articulação, tendões ou bursas. Dor entre as articulações pode ser referida ou neuropática. Dor difusa e mal definida lembra as síndromes dolorosas difusas. Artralgia que surge apenas durante o movimento, tem padrão não inflamatório, enquanto aquela que persiste no repouso sugere artrite.

Aumento de volume articular: sensação subjetiva ou achado objetivo do exame pode ser de natureza diversa (proliferação óssea, coxim adiposo, espessamento sinovial, derrame articular ou inflamação de estruturas periarticulares). O espessamento da membrana sinovial e derrame articular são resultados da sinovite (inflamação da membrana sinovial). A proliferação da membrana sinovial tem consistência amolecida ("lamacenta") à palpação.

Limitação do movimento: manifestada através de incapacidade para tarefas do cotidiano (ex. subir escadas, alimentar-se, vestir-se, pentear-se). Limitações transitórias são causadas por espasmos musculares, sinovite, derrame articular, corpos livres ou traumas intra-articulares, periartrites ou fibrose de estruturas periarticulares. Limitações crônicas são decorrentes de anquilose articular, destruição da cartilagem ou subluxações.

Rigidez articular: é o desconforto ou restrição ao iniciar o movimento após períodos de repouso de pelo menos 1 a 2 horas. O sintoma é mais marcado após o repouso noturno. Nos quadros inflamatórios, ela costuma durar mais do que 45 minutos, enquanto, na ausência de inflamação, é fugaz (menor que 30 minutos). Melhora com o aumento da temperatura corporal, como duchas quentes.

Fraqueza: é a incapacidade do movimento pela perda de força muscular. Pode ser decorrente de doenças articulares de longa duração, miopatias ou neuropatias. Nas miopatias inflamatórias, a fraqueza tem distribuição proximal.

Fadiga: é a perda de vitalidade, acarretando a falta de iniciativa para as atividades diárias físicas e mentais. Cursa com diminuição da atenção, percepção e motivação. A força muscular é normal.

Crepitação: é o atrito audível ou palpável durante o movimento. Crepitação fina é identificada nos casos de artrites crônicas, como consequência de erosões e formação de tecido de granulação. Crepitações grosseiras ocorrem por artropatias inflamatórias ou não em estágios mais tardios. Estalos isolados são ruídos normais provocados por deslizamentos de tendões ou ligamentos sobre superfícies ósseas.

Instabilidade: é o movimento articular além de seus planos normais, ocasionado por lassidão ligamentar por inflamação ou trauma, alterações de superfícies ósseas ou fraqueza muscular.

Fenômeno de Raynaud: é a sensação de frio ou de dor acompanhada de mudança de coloração das mãos e pés desencadeada por temperaturas baixas ou estresse emocional. O fenômeno completo

possui três fases: palidez (espasmo das arteríolas pré-capilares), cianose ("shunts" arteriovenosos), e eritema (reversão do vasoespasmo).

Dactilite ou "dedos em salsicha": é o aumento de volume de todo o dedo pela inflamação articular e dos tendões (tenossinovite). Típico das soronegativas.

Entesite: inflamação das ênteses, que são as inserções dos tendões nos ossos. Caracteristicamente, ocorrem com as artropatias soronegativas, acometendo o tendão de aquiles, inserção da fásia plantar, inserção do ligamento patelar e outros.

Quadros Síndrômicos

SÍNDROMES ARTICULARES

Para classificar uma síndrome articular é necessário a obtenção de determinadas informações através da anamnese. Devem ser estabelecidos a presença ou não de inflamação, o tempo evolutivo da doença (aguda, subaguda ou crônica), o tamanho das articulações acometidas (pequenas ou grandes), o número de articulações acometidas (monoarticular - 1 articulação; oligoarticular - até 4 articulações; ou poliarticular), e o padrão de acometimento (progressivo ou intermitente, migratório ou aditivo, simétrico ou assimétrico).

POLIARTRITES E OLIGOARTRITES AGUDAS

Febre Reumática: tem seu pico de incidência aos 7 anos de idade. É uma poli ou oligoartrite migratória de grandes articulações, que são acometidas simultaneamente, porém por poucos dias em cada. Em adultos, pode ter padrão aditivo. O quadro flogístico não é exuberante, mas cursa com febre, prostração e mialgias. Responde muito bem ao uso de aspirina. Inicia após 2 a 3 semanas de uma infecção estréptocócica, mais comumente laringite, que pode ser subclínica. O acometimento cardíaco é frequente, podendo cursar com taquicardia, sopro de início recente, cardiomegalia e até insuficiência cardíaca. Tem como seqüela a cardiopatia reumática, surgindo 10 a 20 anos depois do episódio inicial, acarretando principalmente estenose mitral e insuficiência aórtica. A coréia de Sydenham é pouco freqüente e pode iniciar até 6 meses após a infecção estreptocócica. Apresenta-se com alterações de humor, incoordenação e movimentos involuntários, inclusive de face. Outros achados são o eritema marginado (evanescente, irregular, coalescente, poupando a face) e nódulos subcutâneos aderentes e indolores.

Artrite gonocócica: é a artropatia infecciosa mais comum. É secundária a bacteremia por *N. gonorrhoeae*. Surge em mulheres jovens, preferencialmente durante a menstruação ou gestação. Também é comum em homens homossexuais. Uretrite, proctite, faringite ou cervicite podem predispor à disseminação hematogênica. Manifesta-se inicialmente com poliartralgias migratórias nos punhos, cotovelos, joelhos e tornozelos. Após alguns dias, tende a localizar-se em um único sítio como uma tenossinovite ou monoartrite purulenta. Os sinais toxêmicos não são pronunciados. Pústulas necro-hemorrágicas são muito sugestivas da doença, e localizam-se principalmente nas superfícies palmares e plantares.

Viroses: manifestam-se por poliartrite aguda similar a artrite reumatóide, como nas infecções por rubéola ou parvovírus B19, especialmente em mulheres jovens. É auto-limitada (menos de 6 semanas) e o diagnóstico é confirmado por sorologia. O vírus da hepatite B também causa quadro

semelhante acompanhado de eritema urticariforme, antecedendo os sintomas hepáticos. O vírus da imunodeficiência humana está relacionado a artropatias, especialmente artrites reativas.

RS3PE (*relapsing seronegative symmetrical synovitis with pitting edema*): é uma síndrome auto-limitada, tendendo a recidivas, que acomete homens acima dos 60 anos e é caracterizada por início abrupto de sinovite de mãos e pés com rigidez importante e edema com formação de cacofo à palpação.

Doença de Still: é um diagnóstico de exceção, podendo cursar com crises intermitentes caracterizadas por febre alta, exantema evanescente (cor salmão), pleurite, pericardite, hepatoesplenomegalia e linfadenopatia. Metade dos pacientes desenvolve doença crônica com perda de funcional, principalmente nos punhos e coluna cervical. Seu pico de incidência é entre a 3ª e 4ª décadas.

POLIARTRITES SUBAGUDAS E CRÔNICAS

Artrite reumatóide (AR): é a doença mais característica desse grupo. Tem predileção por mulheres entre a 4ª e 5ª décadas. A síndrome clássica é caracterizada por início insidioso de uma poliartrite simétrica aditiva de pequenas articulações com marcha centrípeta. A rigidez matinal pode ser o sintoma inicial e é um marco da doença ativa. As IFPs e MCFs são acometidas em mais de 90% dos casos. O curso tende a ser progressivo sem tratamento, determinando deformidades decorrentes da lassidão ou ruptura dos tendões e das erosões articulares.

Achados tardios da AR

- desvio ulnar dos dedos ou "dedos em ventania": resultado de múltiplos fatores (ex. deslocamento dos tendões extensores dos dedos, subluxações das MCFs)
- deformidades em "pescoço de cisne": hiperextensão das IFPs e flexão das IFDs
- deformidades em "botoeira": flexão das IFPs e hiperextensão das IFDs)
- "mãos em dorso de camelo": aumento de volume do punho e das MCFs com atrofia interóssea
- joelhos valgus: desvio medial ("joelhos para dentro")
- tornozelos valgus: eversão da articulação subtalar
- hálux valgo: desvio lateral do hálux
- "dedos em martelo": hiperextensão das MTFs e extensão das IFDs
- "dedos em crista de galo": deslocamento dorsal das falanges proximais com exposição da cabeça dos metatarsianos
- pés planos: arco longitudinal achatado

O acometimento da coluna cervical (C1-2) com a subluxação atlanto-axial pode ocasionar quadros dramáticos. Geralmente, manifesta-se por dor irradiada para a região occipital, perda da lordose fisiológica occipito-cervical e resistência a movimentação passiva. Quando sintomas neurológicos aparecem, como parestesias periféricas ou perda esfinteriana, a mortalidade é de 50% em 1 ano. A suspeita clínica é comprovada por exame radiológico, indicando um distanciamento >3 mm do processo odontóide até o arco anterior de C1.

As manifestações extra-articulares (nódulos reumatóides, vasculite, derrame pleural, episclerite / escleromalacia perforante) correlacionam-se com pior prognóstico. O fator reumatóide é positivo em 75% dos casos de AR.

Lúpus eritematoso sistêmico (LES): tem como manifestações mais frequentes: fadiga, febre moderada e poliartrite. Esta é similar à da AR, diferenciando-se pela natureza não-erosiva, pouca

rigidez matinal e ausência de quadro inflamatório exuberante. As deformidades são redutíveis, é a chamada artropatia de Jaccoud. A clássica lesão eritematosa em asa de borboleta na região malar e dorso do nariz, poupando os sulcos nasolabiais, está presente em menos de 50% dos casos. O lúpus discóide surge como placas eritematosas com escamas ceratóricas aderentes e espículas foliculares, e pode evoluir com cicatriz atrófica. Fotosensibilidade, alopecia e úlceras orais ou nasais, geralmente indolores, são outros sinais mucocutâneos. Outras formas de atividade lúpica são proteinúria, pleurite, pericardite, psicose, convulsões, anemia hemolítica. O LES é mais comum em mulheres em idade fértil. O fator antinuclear (FAN) é positivo em 95% dos casos.

Além da AR e do LES, outras doenças difusas do tecido conjuntivo (esclerose sistêmica, dermatopolimiosite, síndrome de Sjögren, vasculites sistêmicas) podem cursar com poliartralgias ou poliartrite em algum momento da evolução da doença. Suas manifestações extra-articulares conduzem ao diagnóstico.

Esclerose sistêmica: apresenta alterações clínicas decorrentes de fibrose visceral e cutânea. Costuma incidir em mulheres entre a 3ª e 5ª décadas. Mais de 90% dos pacientes apresentam fenômeno de Raynaud como manifestação precoce. No início do quadro, as mãos tornam-se edemaciadas (sem formação de cacifo), e às vezes eritematosas. A esclerodermia precisa ser simétrica e proximal às MCFs e MTFs. Existem 2 formas de apresentação: difusa e limitada. Na forma difusa, o espessamento e endurecimento da pele acomete face, pescoço, tronco, membros superiores e inferiores; a evolução da doença é rápida, logo após o início do Raynaud; e a fibrose de órgãos internos é mais comum. Na forma limitada, a esclerodermia poupa o tronco; Raynaud pode ser o único sinal de doença por até 10 anos de evolução; e a doença visceral é menos comum. A esclerodactilia é a fibrose dos dedos das mãos, podendo evoluir com contraturas e ulcerações dolorosas em áreas flexoras (ex. IFPs). Deleções puntiformes e o consumo de polpas digitais são decorrentes da isquemia de extremidades. Outras manifestações cutâneas da ES são manchas hiper e hipopigmentares "em sal e pimenta" (relacionada à forma difusa), calcinose subcutânea, telangectasias e prurido. Dispneia é um sintoma vinculado a fibrose ou hipertensão arterial pulmonar. Pirose e disfagia apontam para dismotilidade esofágica. Fibrose e atrofia do trato gastrointestinal ocasionam períodos de constipação e diarreias (pela hiperproliferação bacteriana), e até pseudo-obstrução. Hipertensão acelerada e insuficiência renal rapidamente progressiva são achados da crise renal da ES. Pericardite, bloqueios cardíacos e fibrose miocárdica são eventos raros. O FAN é positivo em quase todos os casos. O curso da doença é variável, podendo ocorrer remissão espontânea. A forma difusa tem um pior prognóstico.

Polimiosite (PM) e Dermatomiosite (DM) são miopatias inflamatórias idiopáticas que podem cursar com poliartrite em até 40% das apresentações. A artropatia é similar a da AR, mas não produz erosões. O pico de incidência é entre a 5ª e 6ª décadas. A principal manifestação é fraqueza proximal e simétrica de cinturas escapular e pélvica e de musculatura cervical. Dependendo do grau da perda de força, o paciente pode manifestar desde fadiga e intolerância ao exercício até marcha cambaleante e dificuldades para subir escadas. A evolução tende a ser gradual e progressiva. Alguns poucos pacientes podem apresentar mialgia associada. O sinal de Gottron é considerado patognomônico de DM. Consiste de manchas ou placas róseas ou violáceas localizadas nas superfícies extensoras das interfalangeanas, MCFs, cotovelos, joelhos e maléolo medial. O heliótropo, caracterizado por lesões eritematosas ou violáceas nas pálpebras superiores, é outro sinal típico. Além destes, são observados manchas ou placas eritematosas, desencadeados por fotoexposição, com distribuição característica no tórax superior, ombros e dorso (sinal do xale), e/ou pescoço e tórax anterior em "V" (sinal do decote). Fissuras e descamação podem ocorrer nas polpas digitais dos quirodáticos, e são chamados de "mãos de mecânico". Febre, artrite

inflamatória, fenômeno de Raynaud e doença pulmonar intersticial compõem uma síndrome relacionada ao anticorpo anti-Jo1 (síndrome anti-sintetase), prevalente em 20% dos pacientes com PM.

Síndrome de Sjögren (SS): é caracterizada pelo acometimento das glândulas exócrinas em sítios específicos. Quando está associada a outra DDTC, é chamada de SS secundária. Atinge mulheres, na grande maioria dos casos, entre os 40 e 60 anos. Poliartrite ou poliartralgia simétrica pode surgir em até 70% dos pacientes. Olho e boca secas são achados típicos e constituem a síndrome sicca. A xerofthalmia com diminuição de secreção das glândulas lacrimais pode causar a ceratoconjuntivite sicca, ocasionando ardência, prurido ("sensação de areia nos olhos") e eritema ocular. A xerostomia (boca seca) é identificada pela escassez de saliva, proporcionando dificuldades na fala, mastigação e número aumentado de cáries dentárias. O aumento de volume episódico das glândulas salivares pode ser verificado. Acidose tubular renal do tipo I é encontrada em 20% dos pacientes. Pacientes com SS primária têm maior risco relativo para desenvolver linfoma que a população em geral. Anticorpos anti-Ro (SS-A) e anti-La (SS-B) estão presentes em 70% dos pacientes.

Vasculites Sistêmicas: são um grupo de doenças caracterizadas pela inflamação das paredes de diversos tipos de vasos. Podem ser divididas conforme o acometimento de grandes (aorta e seus maiores ramos), médios (artérias viscerais, como renais, hepáticas, coronarianas e mesentéricas) ou pequenos vasos (vênulas, capilares, arteríolas, ou ramos intraparenquimatosos distais às arteríolas). O quadro clínico depende do calibre do vaso atingido e órgão irrigado, porém febre, artralhas, mialgias, anorexia, fadiga e emagrecimento são comuns. Por exemplo, vasculite cutânea (ex. púrpura, livedo reticular) e mononeurite múltipla são resultantes de vasculite de pequenos vasos. TABELA1

POLIARTRITES E OLIGOARTRITES COM ENVOLVIMENTO AXIAL

As espondiloartropatias soronegativas (EASs) são um grupo de doenças caracterizadas pelo acometimento da coluna vertebral, articulações sacroilíacas, entesopatias, e poli ou oligoartrite periférica assimétrica de grandes articulações. Têm esse nome por apresentarem fator reumatóide negativo. Existe uma associação marcante com o antígeno HLA-B27. Insidem preferencialmente em homens abaixo da 4° ou 5° décadas.

Espondilite anquilosante: é o protótipo desse grupo. Tem início entre a 2° e 3° décadas. A evolução é gradual com crises de dor lombar baixa com irradiação para os glúteos. Possui ritmo inflamatório, isto é, piora no repouso noturno e pela manhã, com alívio aos movimentos. Os sintomas progridem cranialmente com limitação de movimento da coluna vertebral. Ao exame, verifica-se teste de Schöber positivo, retificação da lordose lombar e hipercifose torácica. Em casos tardios, o sinal da flecha é observado. A sacroileíte costuma ser bilateral. Artrite periférica ocorre em cerca de metade dos casos, e cerca de 1/5 cursa com alterações articulares definitivas. Sintomas constitucionais são pouco frequentes. São manifestações extra-articulares: insuficiência aórtica e bloqueio cardíaco (<5%), uveíte anterior (25%), fibrose pulmonar nos lobos superiores (1%). HLA-B27 é positivo em 90% dos casos. Após 10 ou mais anos de início da doença, os achados tardios da EA são protrusão anterior da cabeça, achatamento da parede torácica anterior, protrusão do abdome e leve flexão dos quadris sobre a pelve. Nesse estágio, o paciente apresenta uma marcha característica com afastamento dos braços e das pernas, é a chamada "marcha do esquiador".

Artrite Reativa: é um outro tipo de EAS que ocorre dias ou semanas após infecção genitourinária (*Chlamydia trachomatis* ou *Ureaplasma urealyticum*) ou gastrointestinal (salmonella, yersínia, shigella, campylobacter). A artrite costuma acometer joelhos e tornozelos, e é acompanhada de sintomas constitucionais nas agudizações. Sacroileíte e curso semelhante ao da EA ocorre em cerca de 1/5 dos casos, geralmente complicados por recidivas freqüentes. Entesite calcânea é marcante e acomete mais de 60% dos pacientes. Existem manifestações mucocutâneas características. O ceratoderma blenorrágico são lesões papulares escamosas que surgem nas superfícies plantares e palmares, que evoluem para placas hiperkeratóticas muito semelhantes as da psoríase. A balanite circinata manifesta-se através de lesões ulceradas serpinginosas ao redor do meato e são assintomáticas. Tendem a se tornar hiperkeratóticas, especialmente em homens circuncidados. Alterações ungueais com espessamento e fragilidade caracterizam as unhas de Reiter. Disúria causada por uretrite com piúria estéril é comum nos homens, mesmo após infecção gastrointestinal. Epididimite e prostatite são mais raras. Achados oculares, unilaterais em sua maioria, como olho vermelho, ardência e exudação, sugerem conjuntivite, enquanto dor e fotofobia são complicações de uveíte anterior. A tríade de artrite, conjuntivite e uretrite caracteriza a síndrome de Reiter. O tempo de duração dos sintomas é de 3 meses a 1 ano na grande maioria dos pacientes. Cronificação ocorre em 15% dos pacientes.

Artrite psoriásica: é uma complicação que ocorre em 5% dos pacientes com psoríase. A doença dermatológica precede a articular em mais de 70% das vezes. Ocasionalmente, as lesões são discretas, necessitando um exame ectoscópico minucioso. As alterações ungueais, como as "unhas em dedal", estão associadas ao desenvolvimento de artrite (ver capítulo "exame dermatológico"). História familiar de psoríase é uma pista importante. São identificados 3 padrões distintos de acometimento articular: mono ou oligoartrite com entesites em 30 a 50% (tipo artrite reativa), poliartrite simétrica em 30 a 50% (tipo AR) e envolvimento axial em cerca de 5% (tipo EA). A poliartrite simétrica da AP pode ser diferenciada da AR pelo acometimento freqüente das IFDs e pela dactilite. A sacroileíte é assimétrica e pouco sintomática. Artrite mutilante ocorre em uma minoria, com osteólise de ossos das mãos e dos pés. A destruição óssea provoca o encolhimento dos dedos ou "dedos em telescópio".

Artropatias associadas às Doenças Inflamatórias Intestinais: ocorrem em até 20% dos pacientes com doença de Crohn ou colite ulcerativa (ver capítulo "Exame do abdome"). Os sintomas articulares se correlacionam com a atividade intestinal, mas podem ser a primeira manifestação da doença. Questionamento incisivo sobre história de desconforto abdominal, diarréias episódicas ou perda de peso é importante para o diagnóstico. O padrão mais comum de acometimento é uma artrite migratória de grandes articulações dos membros inferiores (joelhos, tornozelos, pés). Derrames volumosos não são raros. Outra síndrome idêntica à EA e com curso independente da doença intestinal pode se desenvolver em uma pequena proporção dos pacientes. Destes, metade é portadora do antígeno HLA-B27. A doença de Whipple, que ocorre geralmente em homens, manifesta-se por febre, esteatorréia e perda de peso. Pode ser causa de artralguas migratórias ou episódios transitórios de poliartrite simétrica e aditiva.

POLIARTROPATIAS NÃO-INFLAMATÓRIAS

Osteoartrose (OA): é causada pelo desgaste progressivo da cartilagem articular e neoformação óssea. Idosos são mais acometidos, principalmente os obesos. Os sintomas têm início gradual. A dor piora com o movimento e alivia no repouso da articulação. As articulações mais atingidas, geralmente de maneira simétrica, são as IFDs, IFPs, 1º carpometacarpiana, interapofisárias cervicais e lombares, 1º MTF, joelhos e quadris. O acometimento de mais de 3 grupos articulares é

classificado como OA generalizada. Esta tem preferência por mulheres nos primeiros anos da menopausa. O quadro costuma apresentar proliferação óssea das articulações IFDs (nódulos de Heberden) e IFPs (nódulos de Bouchard). A OA erosiva é uma forma mais agressiva de doença e é restrita às mãos, podendo manifestar-se com quadro inflamatório mais exuberante. O diagnóstico diferencial com a mão reumatóide é facilitado pelo acometimento das IFDs e da 1° carpometacarpiana, que costumam ser poupados na AR. O acometimento de articulações atípicas deve lembrar outras causas de poliartropatia não-inflamatória: condrocalcinose, acromegalia, ocronose, hemocromatose.

MONOARTRITES AGUDAS

Artrite gotosa: é causa da grande maioria das monoartrites agudas. A gota apresenta 3 fases clínicas: aguda, intercrítica e crônica. O início da doença dá-se em homens por volta dos 30 anos e mulheres na pós-menopausa. A crise aguda caracteriza-se por dor de início abrupto, lancinante, com aumento de volume articular e eritema marcantes. É geralmente noturna, com fatores precipitantes (trauma; ingestão excessiva de álcool, carne ou frutos-do-mar - ricos em purinas; infecções; cirurgias; ou fármacos) associados ou não. A primeira metatarsofalangeana é atingida em metade das primeiras crises e em quase 90% dos casos ao longo da evolução, seu acometimento é denominado de podagra. Outros sítios preferenciais são os joelhos, tornozelos e pés. Na fase intercrítica, o paciente permanece assintomático. Após 10 anos ou mais, surgem os tofos, caracterizando a fase crônica. Os tofos são nódulos subcutâneos formados pela deposição de cristais de monourato de sódio. Podem ocorrer nos pavilhões auditivos, bursas olecraneanas, punhos, dedos das mãos, joelhos, antebraços e tendões de Aquiles. Na gota tofácea crônica, a deposição de cristais intra-articulares causa destruição e deformidades, gerando sintomas contínuos. O diagnóstico de gota é corroborado por hiperuricemia e identificação de cristais no líquido sinovial. Deve ser feito diagnóstico diferencial com pseudogota, ocasionada por cristais de pirofosfato de cálcio e identificada preferencialmente acima da sexta década. Nestas situações, exames radiológicos podem demonstrar condrocalcinose (calcificações das superfícies articulares).

Artrite séptica não-gonocócica: surge em pacientes com fatores de risco, como portadores de artropatias crônicas, imunodeprimidos ou usuários de drogas injetáveis (UDIs). O agente etiológico mais vinculado é o *Staphylococcus aureus*. Outros germes identificados são o estreptococo e gram negativos. O quadro tem evolução rápida, cursando com febre e calafrios. A dor é intensa, com dificuldade de mover a articulação em todos os planos. O joelho é a articulação mais comprometida. Os UDIs podem apresentar infecção em locais atípicos, como ASI e esternoclavicular. O diagnóstico é feito com punção articular e identificação de líquido purulento ou do germe.

Algumas doenças inflamatórias crônicas podem iniciar como monoartrites agudas como a AR, o LES, e as EASs. Outras causas incluem hemartrose e osteonecrose.

Traumas articulares: ocasionam danos em estruturas como ligamentos, meniscos e cápsulas, determinando dor e aumento de volume. A laceração do menisco medial é a causa mais freqüente de trauma da articulação do joelho. O trauma resulta de movimento de rotação exagerado com o apoio do peso sobre o pé fixado ao solo. O paciente evolui com derrame articular em algumas horas ou no dia seguinte após o trauma. Ao exame, a área medial da linha articular é dolorosa à palpação. Posteriormente, com a resolução do edema o paciente manifesta sensação de bloqueio articular, devido a fragmentos fibrocartilagosos livres. Nesta fase, o teste de McMurray sugere o

diagnóstico. Outro, menos específico, é o teste de compressão de Apley. Em pacientes idosos com doença articular degenerativa, o evento traumático pode não ser identificado.. A ruptura do ligamento cruzado anterior é muito mais prevalente com relação ao posterior, e ocorre associada a uma rotação externa valga com o joelho flexionado ou rotação interna em hiperextensão. Na ruptura completa, ocorre aumento de volume agudo por hemorragia intra-articular. Nas lesões crônicas, o deslocamento articular anterior é avaliado com os testes da Gaveta e de Lachman. A instabilidade rotatória anterolateral do côndilo lateral da tíbia é o achado mais prevelente nas rupturas de ligamento cruzado anterior. Pode ser reproduzida ao exame físico com o joelho flexionado a 20°, sofrendo uma força valga, enquanto o pé é rotado internamente. Após a extensão do joelho, pode ser notado um deslocamento anterior do côndilo lateral da tíbia, que é acompanhado de um estalo.

MONOARTRITES CRÔNICAS

O diagnóstico diferencial das monoartrites crônicas é mais restrito. Situa-se entre infecções insidiosas, corpos estranhos ou neoplasias. Dentre as infecções, destacam-se a tuberculose, candidíase, coccidioidomicose e blastomicose. A penetração de corpos estranhos em articulações mais superficiais, como de mãos e pés, é outra causa. Sempre deve ser investigada a hipótese de neoplasia, como a sinovite vilonodular pigmentada. O diagnóstico é feito através de artroscopia.

REUMATISMOS DE PARTES MOLES

Os reumatismos de partes moles são um grupo de doenças que afetam estruturas peri-articulares, como tendões, ênteses, bursas, nervos, fácias e músculos, podendo ocasionar limitações funcionais no aparelho musculoesquelético. São classificados como localizados, regionais e generalizados.

SÍNDROMES DOLOROSAS REGIONAIS E LOCALIZADAS

Bursite: é a inflamação das bursas e manifesta-se por dor localizada e de intensidade variável. As bursas são bolsas, contendo pequena quantidade de líquido semelhante ao sinovial, que visam facilitar os movimentos dos músculos e tendões, ao diminuir a fricção entre estruturas adjacentes. O paciente pode relatar dor de início súbito relacionada a um evento traumático. Os casos com dor insidiosa possivelmente estão vinculados a movimentos repetitivos ou inusuais da articulação. O aumento de volume pode ser evidente nas bursites olecraniana e pré-patelar, sendo incomum nas demais.

- bursite trocantérica: é uma das mais prevalentes, acomete preferencialmente mulheres. Manifesta-se por dor na face lateral da coxa, que pode irradiar para a região glútea e para a perna. A dor piora na deambulação e é reproduzida à palpação do grande trocânter.
- bursite isquiática: cursa com dor irradiada para a porção posterior da coxa e sensação álgica ao pressionar a tuberosidade isquiática ou ao sentar ou deitar sobre superfícies duras.
- bursite iliopectínea: adjacente ao músculo íliopsoas, caracteriza-se por dor e aumento de volume na porção média do ligamento inguinal, deflagrada pela extensão e aliviada pela flexão do quadril.
- bursite anserina: a bursa anserina localiza-se na região do joelho, ínfero-medialmente, no local de inserção dos músculos semitendinoso, grácil e sartório; quando inflama, surge dor nas faces mediais do joelho e da coxa, que se agrava ao descer ou subir escadas. É mais comum em mulheres obesas.

Tendinites: é a inflamação do tendão, especialmente nos locais envolvidos por bainhas sinoviais, caracterizando a tenossinovite. Os tendões são estruturas fibrosas que possuem a função de orientar e transmitir a força muscular. O fator desencadeante mais relacionado é o trauma. O processo pode ser decorrente do uso repetido do tendão sem condicionamento físico adequado, produzindo microtraumas que levam à ruptura de fibras. O exame físico cuidadoso é essencial para o diagnóstico correto das tendinites.

- A maior causa de ombro doloroso é a inflamação do tendão do músculo supra-espinhoso que juntamente com os tendões do infra-espinhoso, redondo menor e subescapular formam a bainha rotadora do ombro. Estas estruturas participam da abdução (supra-espinhoso), rotação externa (infra-espinhoso e redondo menor) e rotação interna (subescapular) do ombro. A tendinite do supra-espinhoso costuma surgir entre a quarta e quinta décadas, secundária a movimentos repetitivos. A partir dessa faixa etária, geralmente está vinculada a outras alterações anatômicas como processos intra-articulares degenerativos, lacerações da bainha rotadora ou ruptura do tendão bicipital. O paciente queixa-se de dor ao tentar elevar o braço acima da cabeça. Na abdução do ombro, a dor é manifestada a partir de 70° até 120°, é o chamado arco doloroso. Caso refira dor somente após os 120°, alguma lesão da articulação acrômio-clavicular deve ser pesquisada. Os sinais do impacto e de Dawbarn são positivos.
- A bursite subacromial aparece como processo associado à tendinite do supra-espinhoso, embora possa existir independentemente devido a traumas diretos como quedas ou pancadas.
- A tendinite calcificante do supra-espinhoso é decorrente do processo inflamatório, e cursa com sinais e sintomas semelhantes. A quantidade de deposição calcárea não tem relação com a clínica e é lentamente reabsorvida. Surge na maioria das vezes em pacientes acima dos 50 anos. A diabetes é um fator predisponente.
- As lacerações completas ou incompletas da bainha rotadora são causadas por traumas ou artropatias inflamatórias crônicas. Os pacientes queixam-se de dor e perda de força na rotação externa e abdução do ombro. A ruptura completa impossibilita o início da abdução. Já na ruptura parcial, o exame físico é semelhante ao da tendinite do supra-espinhoso. Os casos crônicos acompanham-se de atrofia muscular.
- Um diagnóstico semiológico simples é a tendinite bicipital, corroborado pela manobra de Yergason.
- No cotovelo, observa-se a epicondilite lateral (no tendão extensor comum do carpo) ou medial (flexor comum), secundária a atividades laborais ou desportivas. A epicondilite lateral ou “cotovelo de tenista” causa dor no epicôndilo lateral, exacerbada pela extensão do punho contra a resistência com a articulação do cotovelo em extensão. O envolvimento do epicôndilo medial (“cotovelo de golfista”) é menos visto na prática clínica e traduz-se por dor durante a flexão e pronação do punho.
- No punho, a inflamação da bainha tendinosa que envolve os tendões dos músculos abductor longo e extensor curto do polegar gera a tendinite de “de Quervain”. O diagnóstico é corroborado pelo teste de Finkelstein.

Lombalgia: é causada na grande maioria das vezes por distúrbios mecânicos, mas pode ser indicativa de doenças inflamatórias sistêmicas, infecções, neoplasias ou doença visceral. No diagnóstico diferencial, é importante valorizar a faixa etária, fatores de alívio e piora da dor e presença de sintomas constitutivos associados. **TABELA 2 – sinais de alerta nas lombalgias E 3-causas mecânicas das lombalgias**

Neuropatias de Compressão: as neuropatias de compressão mais comuns são a síndrome do túnel do carpo (STC) e a síndrome do túnel do tarso (STT), acometendo o nervo mediano e o tibial posterior respectivamente. Os sintomas intensificam-se com o repouso, geralmente durante a

noite, melhorando com os movimentos.

- Na STC, a sensação localiza-se do primeiro dedo à metade radial do quarto dedo, bem como porção radial da região palmar. Casos crônicos podem se apresentar com atrofia dos músculos tenares. A reprodução dos sintomas é realizada com as manobras de Tinel, percussão sobre a face flexora do punho, e de Phalen, flexão do punho à 90° por 60 segundos. A causa mais freqüente é ocupacional, podendo ser secundária à gestação ou a doenças sistêmicas como artrite reumatóide, amiloidose e mixedema. O estudo eletromiográfico confirma o diagnóstico.
- Na STT, a sensação é localizada no maléolo medial extendendo-se até a face plantar. Mais uma vez, o sinal de Tinel é reproduzido com a percussão posterior ao maléolo medial no retináculo flexor.
- O nervo ulnar ao atravessar o túnel de Guion pode ser comprimido gerando sintomas sensitivo-motores na face hipotenar, no quinto dedo e na face ulnar do quarto dedo.
- Na região inervada pelo fêmoro-cutâneo pode ocorrer a meralgia parestésica, entidade caracterizada por dor em queimação e hiperestesia na coxa ântero-lateralmente que piora com a extensão e abdução.

Cistos Sinoviais: são formações císticas periarticulares. O cisto aparentemente surge após traumas ou extensão prolongada das articulações. O gânglion ou cisto sinovial do dorso do punho é freqüente e apresenta conteúdo gelatinoso. Os cistos poplíteos ou de Baker são comuns e o clínico deve estar atento para a possibilidade de ruptura, o que pode ocasionar uma síndrome de pseudotromboflebite. Os cistos são mais comuns em pacientes com artrite reumatóide, osteoartrose ou instabilidade articular.

Contratura de Dupuytren: A contratura de Dupuytren é determinada pela fibrose palmar, geralmente no 4º e 5º dedos. Na maioria das vezes é indolor. Embora de etiologia desconhecida, parece existir uma predisposição hereditária. São descritas associações com outras condições, como o *diabetes mellitus* e o alcoolismo. O uso de drogas anticonvulsivantes também está implicado.

Metatarsalgias: A metatarsalgia é caracterizada por dor e/ou edema nas superfícies plantares das articulações metatarsofalangeanas. Os sintomas são decorrentes de uma variedade de situações clínicas e podem ocorrer isoladamente ou em associação com doenças sistêmicas. O trauma, a osteocondrite da cabeça da segunda articulação metatarsiana e a presença de ossos sesamóides são as causas mais comuns. A compressão do nervo plantar junto às cabeças do 3º e 4º metatarsianos com alargamento fusiforme do nervo interdigital, chamado de neuroma interdigital ou metatarsalgia de Morton, provoca dor local e dificuldade de deambulação.

Síndrome de Tietze: é o acometimento inflamatório das articulações condrocostais, geralmente unilateral, atingindo da 2ª até a 5ª costela. Pode haver aumento de volume. A dor piora com a digitopressão. O diagnóstico diferencial com doenças intratorácicas é facilitado pela reprodução dos sintomas com a compressão das estruturas acometidas.

Distrofia Simpático-Reflexa: é caracterizada por dor no ombro e dor e edema difuso da extremidade do membro comprometido, associadas a distúrbios vasomotores. A síndrome pode estar relacionada a múltiplos fatores, como traumatismos, cirurgias, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e outras condições. Acomete, preferencialmente, pacientes idosos.

SÍNDROMES GENERALIZADAS

Fibromialgia: é caracterizada por manifestações clínicas gerais, como fadiga, distúrbios do sono, rigidez, intolerância ao exercício e dolorimento difuso, com vários pontos dolorosos fixos reprodutíveis. Pode vir acompanhada de distúrbios funcionais orgânicos, como síndrome do cólon irritável, palpitações, síndrome de Tietze, ou psiquiátricos, como perda de memória e depressão. Para fins diagnósticos, é caracterizada pela presença de dor, durante mais de três meses, nos quatro quadrantes do corpo e esqueleto axial e reprodução de dor à palpação digital em pelo menos 11 dos 18 pontos pré-estabelecidos nos critérios diagnósticos da doença (com pressão de 4 kg ou o suficiente para empalidecer o leito ungueal do médico). Estes estão localizados bilateralmente na inserção do músculo suboccipital, região cervical baixa entre C5-7, borda superior do trapézio, origem do músculo supraespinhoso (acima da espinha escapular), segunda articulação costovertebral, epicôndilo lateral, quadrante superior lateral do glúteo, grande trocânter e porção medial do joelho. Apenas a metade dos pacientes preenche todos os critérios. Acomete preferencialmente mulheres. Em pacientes com doenças inflamatórias sistêmicas, como a artrite reumatóide e o lúpus eritematoso sistêmico, a prevalência chega a atingir os 20% ou mais. Além dos pontos dolorosos, o exame físico é normal.

Polimialgia Reumática: é uma síndrome dolorosa que acomete indivíduos acima de 50 anos de idade, acompanhada de dramática rigidez matinal, envolvendo cintura pélvica e escapular. Os pacientes podem apresentar manifestações clínicas gerais, como mal-estar, fadiga, perda de peso, dores articulares e manifestações neuropsiquiátricas (depressão, desorientação ou amnésia). Acompanha-se de elevada velocidade de sedimentação globular, que não pode ser atribuída a outra doença sistêmica.

BIBLIOGRAFIA

Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB, eds. *Textbook of Rheumatology*. 5. ed. Philadelphia: WB Saunders, 1997:1904.

Livro-texto de reumatologia com excelente conteúdo, apropriado para a obtenção de informações mais detalhadas sobre os temas abordados.

McCarty DJ. *Arthritis and Allied Conditions — Textbook of Rheumatology*. 13. ed. Philadelphia: Lea Febiger, 1997:2374.

Livro-texto de reumatologia com excelente conteúdo, apropriado para a obtenção de informações mais detalhadas sobre os temas abordados.

Shoen RP, Moskowitz RW, Goldberg VW. *Soft Tissue Rheumatic Pain*. 3. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1996:432.

Livro com ampla abordagem sobre reumatismos de partes moles.

Klippel JH. *Primer on the Rheumatic Diseases*. 12. ed. Atlanta: Arthritis Foundation, 2001:700.

Livro-texto com excelente conteúdo e didática, apropriado para consultas rápidas.

Wolfe F, Snythe HA, Yunus MB, et al. The ACR 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33:160-172.