

Quando
Movimento
Dói



Avalie
Compreenda
Aja

ANO MUNDIAL CONTRA DOR MUSCULOESQUELÉTICA OUTUBRO 2009 - OUTUBRO 2010

Artrite Reumatóide

Introdução

A artrite reumatóide (AR) é uma doença crônica, progressiva auto-imune de causa desconhecida. É caracterizada por inflamação persistente que afeta principalmente as articulações periféricas. Geralmente começa como uma artrite simétrica insidiosa e tem um curso imprevisível e variável, embora a dor e a incapacidade possam ser minimizados se a condição é reconhecida precocemente e tratada de imediato e de forma adequada.

Epidemiologia e Aspectos Econômicos

- A prevalência varia de 0,5% para 1,5% da população.
- Afeta mais mulheres do que homens (3:1).
- A idade de início é entre 30 e 55 anos. Resulta em dificuldade progressiva, e quase metade de todos os pacientes experimentam prejuízo funcional importante em 10 anos.
- Encurta a expectativa de vida por um número de anos em homens e mulheres.

Fisiopatologia

- A patogênese envolve múltiplos fatores, incluindo as influências genéticas e ambientais. Células do sistema imune e mediadores inflamatórios solúveis desempenham um papel crucial na patogênese, embora a contribuição relativa dos componentes individuais permaneça incerta.
- A proliferação de células da camada sinovial da articulação, juntamente com infiltração por populações de células diferentes, orquestradas por citocinas, quimiocinas, fatores de crescimento e hormônios, produzem um *pannus* localmente invasivo que é capaz de invadir e, finalmente, destruir a cartilagem, ossos e tecidos moles adjacentes.

Características Clínicas

- A AR se apresenta como uma poliartrite simétrica que afeta as pequenas articulações das mãos e dos pés. O início é geralmente insidioso, mas pode ser episódica ou aguda.
- As articulações acometidas ficam inchadas, dolorosas e duras. O líquido sinovial pode se acumular, causando um derrame.
- A dor articular é geralmente mais proeminente e mais persistente do que na osteoartrite, que ocorre em repouso, à noite, e durante a atividade. Rigidez matinal prolongada precoce também é uma característica fundamental de diagnóstico sugestivo de doença inflamatória.
- Além de causar sintomas periféricos, AR também pode envolver a coluna cervical, provocando dores no pescoço e cefaléia occipital.
- Também pode ocorrer dor como resultado de uma doença da articulação temporomandibular.
- Doença não controlada, eventualmente, resulta em inflamação disseminada fora da membrana sinovial da articulação para outras estruturas próximas, incluindo o *tenosinovium* dos tendões, ligamentos, outras estruturas de tecidos moles, e osso. Nódulos subcutâneos podem ocorrer em uma doença mais grave e estão associados a um pior prognóstico.
- Características extra-articulares são comuns e podem envolver múltiplos órgãos, incluindo a pele, olhos, pulmões e vasos sanguíneos.

Critérios diagnósticos

O diagnóstico da AR é geralmente baseado em critérios estabelecidos pelo *American College of Rheumatology*. Para ser diagnosticado como tendo AR, um paciente precisa preencher quatro ou mais critérios, que incluem:

1. Rigidez matinal e em torno das articulações de pelo menos 1 hora
2. Inchaço dos tecidos de três ou mais articulações
3. Inchaço das articulações interfalângianas proximais, as articulações do metacarpo ou punho
4. Artrite simétrica
5. Nódulos subcutâneos
6. Um teste positivo para fator reumatóide
7. Radiográfica de erosões ou osteopenia periarticular na mão ou no punho

Diagnóstico e Tratamento

- Encaminhamento precoce para avaliação de um especialista é recomendada para qualquer paciente com AR ou sinovite suspeitos de causa indeterminada.
- Uma comunicação eficaz e educação são vitais, juntamente com o pronto acesso a uma equipe multidisciplinar.
- Analgésicos e anti-inflamatórios não esteróides podem aliviar a dor, mas não têm nenhum efeito sobre a progressão da doença.
- Drogas anti-reumáticas convencionais ou biológicas são recomendadas, de preferência dentro da 3 primeiros meses de diagnóstico. A terapia deve incluir metotrexato ou pelo menos um outro agente, além de glicocorticóides a curto prazo.
- O acompanhamento regular deve ser realizado, tanto para avaliar a eficácia terapêutica como a toxicidade dos fármacos, utilizando-se marcadores inflamatórios e outros componentes-chaves da atividade da doença.
- A verificação regular de co-morbidades deve ser feita, incluindo hipertensão, doenças isquêmicas do coração, osteoporose e depressão.
- A opinião cirúrgica deve ser procurada no início se o paciente não responde ao tratamento não-cirúrgico.
- A terapia psicológica, que incorpora as estratégias de enfrentamento, a terapia de relaxamento, a educação sobre a doença e tratamentos, além de habilidades de gerenciamento de estresse, reduz a dor e melhora a função.
- A fisioterapia é eficaz no tratamento da artrite reumatóide. Há evidências que suportam os exercícios aeróbicos e de fortalecimento, a estimulação elétrica nervosa transcutânea(TENS) e o ultra-som.

Tradução: Dr. João Batista Santos Garcia

Referências

1. American College of Rheumatology ad hoc Committee on Clinical Guidelines. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2002;46:328–46.
2. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, Healey LA, Kaplan SR, Liang MH, Luthra HS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988;31:315–24.
3. Deighton C, O'Mahoney R, Tosh J, Turner C, Rudolf M; Guideline Development Group. Management of rheumatoid arthritis: summary of NICE guidance. *BMJ* 2009;338:710–2.
4. Goekoop-Ruiterman YP, de Vries-Bouwstra JK, Allaart CF, van Zeben D, Kerstens PJ, Hazes JM, Zwinderman AH, Roodhooft HK, Han KH, Westedt ML, et al. Clinical and radiographic outcomes of four different treatment strategies in patients with early rheumatoid arthritis (the BeSt study): a randomized, controlled trial. *Arthritis Rheum* 2005;52:3381–90.
5. Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC, Deyo RA, Felson DT, Giannini EH, Heyse SP, Hirsch R, Hochberg MC, Hunder GG, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum* 1998;41:778–99.
6. Sluka KA. Osteoarthritis and rheumatoid arthritis. In: Sluka KA, editor. *Mechanisms and management of pain for the physical therapist*. Seattle: IASP Press; 2009. p. 349–360.

