



# Artrite

Resumo de diretriz NHG M90 (agosto 2009)

Janssens HJEM, Lagro HAHM, Van Peet PG, Gorter KJ, Van der Pas P, Van der Paardt M†, Woutersen-Koch H

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

## Conteúdo



- Diagnóstico
  - Anamnese
  - Exame físico
  - Exames complementares
  - Avaliação
- Conduta
  - Artrite geral
  - Artrite gotosa
  - Artrite reativa
  - Artrite reumatóide
- Encaminhamento

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

## Diagnóstico

### Anamnese

- Características da artrite: dor nas articulações em repouso, inchaço, calor, vermelhidão, limitações nos movimentos.
- Presença e duração de rigidez (matinal) .

*Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*

- Qual (quais) articulação (ões), mono-, oligo- (2 a 4 articulações) ou poli- (mais de 4 articulações) artrite, simétrica/assimétrica.
- Duração dos sintomas, início agudo/gradual, curso no passar do tempo.
- Fatores que influenciam: exercício/descanso/esforço, uso de NSAIDs<sup>1</sup>, trauma articular recente, cirurgia recente na articulação, injeção intra-articular.
- Febre, perda de peso.
- Doenças/queixas preliminares/coexistentes, espondilite anquilosante, doença de Crohn/colite ulcerativa (CU), psoríase.

## Exame físico

- Examine as articulações dolorosas, e para comparação o lado não doloroso, comparar esquerda e direita.
- Notar vermelhidão, inchaço, nódulos (caroços de gota ou reumatismo).
- Palpar o espaço articular; notar dor tangencial à pressão das articulações metacarpofalangeanas (dor durante aperto de mãos) e articulações metatarsofalangeanas, inchaço, diferença de temperatura.
- Exame de movimento ativo e passivo; atenção à dor e limitações (mais durante flexão do que extensão).
- Notar outras condições: infecção da pele; bursite; tendovaginite; nódulos de Heberden/Bouchard.

## Exames complementares

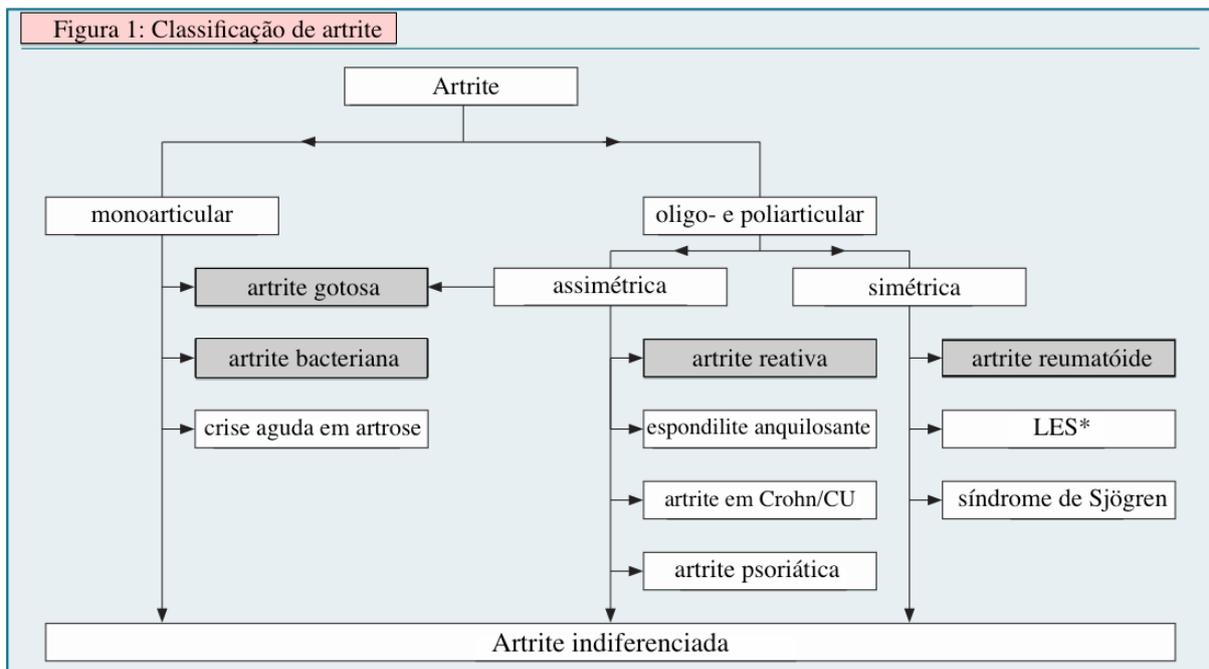
- Suspeita de *artrite bacteriana*: nenhum exame complementar → encaminhamento urgente!
- Presunção de *artrite gotosa*: determinar o ácido úrico e encaminhar em dúvida diagnóstica persistente.
- Presunção de *artrite reativa*: o exame laboratorial é somente indicado se a infecção primária ainda necessitar de tratamento (como clamídia, gonorréia); encaminhar em suspeita de borreliose de Lyme.
- Suspeita de *artrite reumatóide*: exames adicionais não são indicados.

## Avaliação

- *Artrite bacteriana*: artrite de uma articulação (geralmente grande) em conjunto com febre/calafrios.

*Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*

- *Artrite gotosa*: dor aguda e grave, normalmente monoartrite aguda no dedão do pé, pé, tornozelo ou joelho.
- *Artrite reativa*: mono- ou oligoartrite assimétrica, geralmente extremidades inferiores, 1-3 semanas após infecção de garganta, do trato gastrointestinal ou do sistema urogenital.
- *Artrite reumatóide*: artrite simétrica (muitas vezes sem vermelhidão) em três ou mais articulações/grupos de articulações (especialmente metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais, punho e articulações metatarsofalangeanas) com dor à pressão tangencial em metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas, rigidez matinal de meia hora ou mais.
- *Artrite indiferenciada*: artrite que não pode ser classificados com base nos exames diagnósticos.



\* lúpus eritematoso sistêmico

## Conduta

**(Suspeita de) artrite bacteriana:** encaminhamento urgente!

## Artrite geral

- Explicar o que é a artrite, discutir o diagnóstico possível e o curso esperado, aconselhar o repouso com base nas limitações causadas pela dor.

*Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*

- Controle em melhora insuficiente dentro de 7 dias, instruir para entrar em contato diretamente em caso de febre e mal-estar geral.
- Prescrever medicação sintomática: ibuprofeno 600 mg 3 vezes ao dia, naproxeno 500 mg 2 vezes ao dia ou diclofenaco 50 mg 3 vezes ao dia.

## Artrite gotosa

- Prescrever um NSAID (ver Artrite geral) ou 1 vez ao dia prednisolona 30-50 mg, durante 5-10 dias.
- Prescrever colchicina na ausência de efeito satisfatório após o uso dos medicamentos acima durante 3-5 dias: começar com 1 mg seguido de 0,5 mg 2-3 vezes ao dia, até que a dor desapareça; parar em sintomas gastrointestinais (= toxicidade) e ausência de efeito após 2-3 dias.
- Considere um corticosteróide intra-articular em efeito insuficiente ou contra-indicações aos NSAIDs, prednisolona ou colchicina.
- Terapia de redução de ácido úrico:
  - Considerar esta terapia em uma frequência de mais de 3 vezes por ano de crises de gota ou formação de tofos de gota nas articulações.
  - Determinar antes do início do tratamento o ácido úrico e verificar a cada 4 semanas até que uma frequência de crises aceitável for atingida. Uma diminuição do nível de ácido úrico deve ser visível.
  - Em dúvida persistente sobre o diagnóstico: encaminhamento para a punção articular.
  - Comece com alopurinol 100 mg 1 vez ao dia, aumentar a dose em 100 mg até alcançar uma frequência de crises aceitável, no máximo, 2 vezes por dia 300 mg.
  - Na presença de tofos aumentar dose até 300 mg em passos de 100 mg a cada quatro semanas. Os tofos só desaparecem depois de 6-12 meses.
  - Determine a creatinina antes do início e anualmente durante o tratamento e ajustar a dosagem; até 300 mg por dia em TFG<sub>e</sub> de 50-80 ml/min, 200 mg em 30-50 ml/min e 100 mg em 10-30 ml/min.
  - Em caso de resultados insuficientes ou efeitos colaterais inaceitáveis: iniciar benzbromarona 50-100 mg 1 vez por dia, até o máximo de 200 mg 1 vez por dia.

- Em pacientes com gota, atenção extra aos riscos cardiovascular adicional (como hipertensão).

## Artrite reativa

Fornecer informação, aconselhamento não-medicamentoso e tratamento sintomático. Se necessário, tratar a infecção primária (como clamídia, gonorréia), encaminhamento em suspeita de borreliose de Lyme.

## Artrite reumatóide

- Ver encaminhamento.
- Em doentes com artrite reumatóide, atenção especial aos riscos cardiovasculares (como hipertensão).<sup>2</sup>

## Encaminhamento

Encaminhar em:

- Dúvidas persistentes sobre o diagnóstico/artrite indiferenciada persistente.
- Efeito insatisfatório do tratamento na artrite gotosa.
- Forte suspeita de artrite reumatóide; o mais tardar após 4 semanas para tratamento com DMARDs<sup>3</sup>; veja o texto integral da diretriz para pontos de atenção especial no uso de DMARD (infecções, eventos adversos, medicações concomitantes, efeitos sobre a gravidez e fertilidade, vacinação contra a gripe).
- Artrite reumatóide diagnosticada; em efeitos colaterais ou exacerbações durante o ajuste da medicação, dor e inflamação persistente apesar de medicação, deformação articular, luxação de tendão, complicações extra-articulares.

Encaminhamento de urgência em:

- Suspeita de artrite bacteriana.
- Efeitos secundários graves de DMARDs (leucopenia, pneumonite).
- Suspeita de instabilidade da coluna cervical com (sub-)luxação da primeira ou da segunda vértebra cervical (dor na parte superior do pescoço), déficit nervoso, ruptura de tendão na artrite reumatóide.

## Notas do tradutor

1. NSAID: *nonsteroidal anti-inflammatory drug*
2. Consultar diretriz *Administração dos riscos cardiovasculares*.
3. DMARD: *Disease-modifying antirheumatic drug*