

DOR ARTICULAR

Gilberto Santos Novaes¹

CASO CLÍNICO

Identificação: I.M.J., 67 anos, sexo feminino, viúva, natural e procedente de Sorocaba, São Paulo, dona de casa.

Queixa principal e duração: Dor e inchaço articular há 5 meses.

História Progressiva da Moléstia Atual: Há 5 meses teve início insidiosamente dor e inchaço, primeiro em joelhos, a seguir em punhos e metacarpofalangianas de ambas as mãos. Acompanhando a dor e inchaço articular, relata que, pela manhã, "travam" as articulações acometidas, com melhora máxima desse sintoma após 2 horas de duração. Refere boca seca e sensação de "areia" nos olhos neste mesmo período. Há 1 mês, queixa-se de dor e inchaço em região aquiliana bilateral. Desde o início do quadro fez uso de antiinflamatório tipo diclofenaco com discreta melhora. Continua executando as atividades em casa, ainda que com alguma dificuldade.

Interrogatório sobre diferentes aparelhos: nada digno de nota.

Antecedentes pessoais: cisto hepático há 1 ano e labirintopatia há 2 anos.

Hábitos e vícios: nada a relatar.

Antecedentes familiares: mãe e irmã diabéticas.

Exame físico geral: bom estado geral, normolínea, fâcies deprimida e cansada, emagrecida, descorada, sem cianose ou icterícia, sem edemas, sem lesões cutâneas, sem linfadenopatias. PA=160x90mmHg; FC=88bpm; T=36,8°C; Peso=55,70Kg.

Exame físico especial: *Cabeça e pescoço:* sem anormalidades; *Aparelho respiratório:* inspeção e palpação torácicas sem alterações, som claro pulmonar à percussão e murmúrio vesicular conservado sem ruídos adventícios; *Aparelho cardiovascular:* inspeção e palpação com ictus no precórdio em linha hemiclavicular, ausculta com bulhas rítmicas, com fonese normal e sem sopros; *Abdome:* plano, flácido e indolor, fígado na borda costal, mole, liso e indolor, baço percutível e não palpável; *Sistema ósteo-articular:* joelhos, punhos e metacarpofalangianas de mãos com dor à palpação, tumefação e limitação de movimentos; calcâneo com dor, eritema e tumefação em região aquiliana direita; *Sistema nervoso:* sem alterações.

QUAIS AS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS?

O quadro clínico articular crônico, de duração maior do que 6 semanas, insidioso, simétrico, não migratório, de grandes (joelhos) e pequenas articulações (punhos e metacarpofalangianas), poliarticular (envolvendo 4 ou mais articulações), acompanhado de rigidez matinal de duração maior do que 1 hora até atingir melhora máxima, são todos elementos clínicos que sugerem o diagnóstico de doença reumatóide. Quatro dos 7 critérios

de diagnóstico de doença reumatóide estão presentes nesta paciente e são: rigidez matinal de no mínimo 1 hora de duração, artrite em 3 ou mais articulações, artrite de mãos e artrite simétrica, caracterizando este quadro como doença reumatóide. Faltam os critérios de nódulo subcutâneo, fator reumatóide positivo e alterações radiológicas articulares. Entretanto, outras hipóteses diagnósticas devem ser pensadas para esta paciente, tais como: lúpus eritematoso sistêmico com início articular; síndrome de Sjögren ou síndrome seca caracterizada pela presença de artrite e xerofthalmia (olho seco) e xerostomia (boca seca); bursite ou tendinite aquiliana direita; polimialgia reumática que se apresenta em indivíduo idoso de forma predominante; paraneoplasia ou poliartrose do carcinoma, uma hipótese de diagnóstico sempre a ser aventada em um paciente com quadro de artrite crônica de início no idoso.

QUAL A CONDUTA PROPEDEÚTICA LABORATORIAL?

Devemos fazer de início uma investigação laboratorial geral da paciente, ainda que inespecífica, que conste hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR), pesquisa de fator reumatóide e de anticorpo antinúcleo e radiografia articular. Os resultados foram: hematócrito=31%; hemoglobina=10,1g%; glóbulos brancos=5700/mm³; neutrófilos=4275/mm³; eosinófilos=57/mm³; linfócitos=1026/mm³; plaquetas=556000/mm³; velocidade de hemossedimentação=54mm na 1ª hora; proteína C reativa=24mg/dL; fator reumatóide (aglutinação do látex)=1/80; fator antinúcleo negativo (imunofluorescência indireta em Hep-2) e radiografia de mãos e punhos. Notamos aumento de VHS e PCR e plaquetose caracterizando um processo inflamatório sistêmico na paciente. Além disso, a positividade do fator reumatóide no soro é mais um critério diagnóstico de doença reumatóide presente. A radiografia articular não demonstrou anormalidades.

Posteriormente foram realizadas pesquisas de anticorpos anti-Ro e anti-La, anticorpos associados à síndrome de Sjögren, que foram negativos.

QUAL A CONDUTA TERAPÊUTICA?

A avaliação clínica e laboratorial da paciente nos permite o diagnóstico de doença reumatóide, com 5 de 7 critérios de doença reumatóide do Colégio Americano de Reumatologia (Arthritis & Rheumatism, 31:315-24, 1988). Podemos classificar como uma

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 1, n. 1: 19-20, 1999

¹ Professor associado do Depto. de Medicina - Disciplina de Reumatologia
CCMB / PUC-SP
e-mail: gnovaes@virtua.com.br

doença reumatóide de leve a moderado grau de agressividade, demonstrado pela ausência de nódulos subcutâneos, ligeira incapacidade física e ausência de sinais radiológicos de destruição articular (erosões), porém com a presença de fator reumatóide, acometimento poliarticular e com aumento de reagentes de fase aguda no soro (VHS e PCR). De fundamental importância é o fato de tratar-se de doença reumatóide de diagnóstico precoce (até 6 meses de doença) o que indica uma melhor eficácia terapêutica. A meta terapêutica na doença reumatóide é o controle completo da inflamação sistêmica e articular, e a conseqüente manutenção da função articular. Desta forma, uma dieta rica em calorias; repouso físico e psíquico; o uso judicioso, cauteloso, em doses suficientes e quando necessárias de antiinflamatório não hormonal; a utilização de uma droga modificadora de doença ou também chamada de controle de doença, como um antimalárico tipo difosfato de

cloroquina, com efeito imunoregulador, nos pareceu a conduta terapêutica adequada para esta paciente. Como a doença reumatóide é uma síndrome clínica de evolução crônica, o acompanhamento posterior da evolução clínica e da resposta ao tratamento deve ser planejado em conjunto com a paciente.

CONCLUSÃO

Após 2 meses de tratamento a paciente retornou à consulta ambulatorial com melhora das manifestações de artrite; pouca melhora da dor e tumefação em calcâneo, possivelmente por contínua ação mecânica do calçado sobre a lesão inflamatória; as manifestações da síndrome seca persistiram indicando a necessidade de avaliação oftalmológica e otorrinolaringológica; havendo aumento da disposição e maior conforto nas atividades domésticas.

Oração de um Homem Velho

Bob Richards

Com licença, doutor, posso morrer?
Sei que seu juramento o obriga a lutar
enquanto um pouco de vida
em mim perdurar

Sei que deve usar tudo que sabe
e a ciência lhe deu.
Você tem marca-passo, oxigenador,
drogas, sondas, desfibrilador,
mil artificios
que não deixam meu coração parar
e nem que me falte o ar.

Mas, doutor, já passei dos oitenta...
Meus filhos cresceram,
amigos morreram,
minha mulher
enterrei.

Trabalhei, amei, sofri.
Vivi muito, vivi...
Quero agora dormir.
Que mais posso querer na minha idade
senão o conforto de morrer com dignidade?

Seus motivos são nobres, eu sei.
Você cumpre um dever.
Mas,
leia em meus olhos
e escute em meu coração
o que meus lábios já não podem dizer:
Com licença, doutor, posso morrer?

Tradução

Prof. Dr. Hudson Hübner França