

Artrite Reumatoide: o que você precisa saber?



Dra. Danieli Andrade
Reumatologista



A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória autoimune crônica, que acomete predominantemente as mulheres.

Conversamos com a Dra. Danieli Andrade, médica reumatologista da Dasa, e você pode atualizar o seu conhecimento sobre essa importante doença na entrevista a seguir. Confira!



1. Em quem a artrite reumatoide é mais frequente e em que idade?

A AR é uma doença inflamatória crônica predominantemente, articular com, prevalência de 0,5 a 1,9% na população mundial, sendo mais frequente em mulheres do que em homens, na proporção de 3:1. Acomete principalmente mulheres entre a terceira e quinta décadas e homens acima de 50 anos.



2. Em quem devemos suspeitar de AR?

Pacientes com dores e edema articulares simétricos, principalmente nas pequenas articulações, mas também nas grandes, predominando nas mãos e pés, com duração de pelo menos seis semanas. Os pacientes costumam se queixar de rigidez matinal de caráter inflamatório, que dura mais de 30 minutos. Alguns pacientes podem abrir a doença com tendinites, acometimento monoarticular e mesmo em outras articulações, como na articulação temporomandibular (ATM). Os critérios classificatórios da *European League Against Rheumatism* (EULAR) e do *American College of Rheumatology* (ACR) são utilizados pelos especialistas em pacientes com pelo menos uma articulação com artrite. A soma de seis ou mais pontos sugere o diagnóstico de AR (figura 1).

Figura 1 - Critérios classificatórios EULAR / ACR 2010

Critério de classificação para AR (algoritmo baseado em pontuação: soma da pontuação das categorias A-D) Pontuação maior ou igual a 6 é necessária para classificação definitiva de um paciente como AR

Envolvimento articular ^A	
1 Grande articulação ^B	0
2-10 grandes articulações	1
1-3 pequenas ^C articulações (com ou sem envolvimento de grandes articulações)	2
4-10 pequenas articulações (com ou sem envolvimento de grandes articulações)	3
>10 articulações ^D (pelo menos uma pequena articulação)	5
Sorologia ^E (pelo menos o resultado de um teste é necessário para classificação)	
FR negativo e AACP negativo	10
FR positivo em título baixo ou AACP positivo em título baixo	2
FR Positivo em título alto ou AACP positivo em título alto	3
Provas de fase aguda ^F (pelo menos o resultado de um teste é necessário para classificação)	
PCR normal e VHS normal	0
PCR anormal ou VHS anormal	1
Duração dos sintomas ^G	
<6 semanas	0
≥6 semanas	1

Legenda: AR – artrite reumatoide; EULAR - *European League Against Rheumatism* (EULAR); ACR - *American College of Rheumatology* (ACR); FR – fator reumatoide; PCR – proteína C reativa; VHS – velocidade de hemossedimentação.

Nota: A - O envolvimento articular se refere a qualquer articulação edemaciada ou dolorosa ao exame físico e pode ser confirmado por evidências de sinovite detectadas por um método de imagem. As articulações interfalangeanas distais (IFDs), primeira carpometacarpiana (CMTC) e primeira metatarsofalangeana (MTF) são excluídas da avaliação. As diferentes categorias de acometimento articular são definidas de acordo com a localização e o número de articulações envolvidas (padrão ou distribuição do acometimento articular). A pontuação ou colocação na categoria mais alta possível é baseada no padrão de envolvimento articular.

B - São consideradas grandes articulações: ombros, cotovelos, quadris, joelhos e tornozelos.

C - São consideradas pequenas articulações: punhos, metacarpofalangeanas (MTCF), interfalangeanas proximais (IFP), interfalangeana do primeiro quíroquadrato e articulações MTF.

D - Nesta categoria, pelo menos uma das articulações envolvidas deve ser uma pequena articulação; as outras articulações podem incluir qualquer combinação de grandes e pequenas articulações, bem como outras não especificamente mencionados em outros lugares (por exemplo, temporomandibular, acromioclavicular e esternoclavicular).

E - Negativo refere-se a valores (Unidade Internacional-UI) menores ou iguais ao limite superior normal (LSN) para o método e laboratório. Título positivo baixo corresponde aos valores (UI) maiores que o LSN, mas menores ou iguais a três vezes o LSN para o método e laboratório. Título positivo alto: valores maiores que 3 vezes o LSN para o método e laboratório. Quando o FR só estiver disponível como positivo ou negativo, um resultado positivo deve ser marcado como "positivo em título baixo".

F - Normal / anormal é determinado por padrões laboratoriais locais (outras causas de elevação das provas de fase aguda devem ser excluídas).

G - Duração dos sintomas se refere ao relato do paciente quanto à duração dos sintomas ou sinais de sinovite (por exemplo, dor, inchaço) nas articulações que estão clinicamente envolvidas no momento da avaliação, independentemente do status do tratamento.

Referência: Aletaha et al., 2019.



3. A artrite reumatoide pode acometer outros órgãos além das articulações?

Sim. Quadros mais graves de fibrose pulmonar, vasculites cutâneas, ou mesmo, visceral, e acometimento oftalmológico, como esclerite, episclerite e ceratoconjuntivite sicca.



4. Quais exames devem ser solicitados para a avaliação do caso?

Exames gerais, incluindo: provas de atividade inflamatória: velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR), que tendem a estar elevados, e pesquisa de anticorpos associados à doença, como: fator reumatoide (FR) e anticorpos anti-peptídeos citrulinados (anti-CCP). O anti-CCP é mais sensível e específico que o FR, além de ser um melhor biomarcador preditor de atividade e menores índices de remissão, estando, portanto, associado à cronicidade. Em média, 70% dos pacientes com AR ativa apresentam FR positivo e 70-80% anti-CCP positivo. A positividade para o FR tende a aumentar com a idade em pacientes controles, portanto, ter FR positivo não significa ter a doença. Exames para a avaliação de diagnóstico diferencial com artrites infecciosas também podem ser indicados e incluem: sorologias para hepatite B, hepatite C, rubéola, citomegalovírus, parvovírus e arbovíroses.

Além disso, exames de imagem são muito importantes e incluem: raio-x, ressonância e US com doppler, preferencialmente para avaliação da inflamação (sinovite).



5. Quais doenças devem ser consideradas como diagnóstico diferencial?

Quadros articulares mecânicos como osteoartrose, artropatias microcristalinas, tendinopatias, gota, doenças infecciosas (chikungunya, parvovírus, CMV, rubéola, hepatites B e C), polimialgia reumática, lúpus e síndromes paraneoplásicas e amiloidose.



6. Existem outros fatores de risco para a AR?

Os tratamentos modernos para cânceres agressivos, como a imunoterapia, podem apresentar como efeito colateral uma doença articular tipo AR. Além disso, o tabagismo é um fator de risco já descrito como associado ao desenvolvimento da doença.

Referências

- David L Scott , Frederick Wolfe, Tom W J Huizinga. Rheumatoid arthritis. Lancet. 2010 Sep 25;376:1094-108. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60826-4.
- Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3rd, Birnbaum NS, Burmester GR, Bykerk VP, Cohen MD, Combe B, Costenbader KH, Dougados M, Emery P, Ferraccioli G, Hazes JM, Hobbs K, Huizinga TW, Kavanaugh A, Kay J, Kvien TK, Laing T, Mease P, Ménard HA, Moreland LW, Naden RL, Pincus T, Smolen JS, Stanislawska-Biernat E, Symmons D, Tak PP, Upchurch KS, Wolfe F, Hawker G. 2010 Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis. *Rev Bras Reumatol*. 2012 Mar-Apr;52(2):152-74.
- Ribeiro ACM, Domiciano DS, Bonfiglioli K. Artrite Reumatóide in: *Reumatologia 2ª edição*, São Paulo: Atheneu, 2021.pg 1-10.
- van der Helm-van Mil AHM, Verpoort KN, Breedveld FC, Toes REM, Huizinga TWJ. Antibodies to citrullinated proteins and smolens in clinical progression of rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther* 2005; 7: R949-58.
- Aletaha D, Smolen JS. The Simplified Disease Activity Index and Clinical Disease Res Activity Index in patients in standard clinical care. *Rheum Dis Clin North Am* 2009; 35: 759-72.
- Tamai M, Kawakami A, Uetani M, et al. A prediction rule for disease outcome in patients with undifferentiated arthritis using magnetic resonance imaging of the wrists and finger joints and serologic autoantibodies. *Arthritis Rheum* 2009; 61: 772-78. 39.

Dra. Danieli Andrade

Assessora Científica da Reumatologia da DASA

Prof.^a Livre Docente pela Faculdade de Medicina da USP

Conte com o NAM - Núcleo de Assessoria Médica, para obter informações e tirar dúvidas:

4020-2446 (atendimento nacional)
nam.medicos@dasa.com.br



Publicado em 04/12/2023
Atualizado em 03/09/2024