

GUIA PRÁTICO DE SEMIOLOGIA PARA REUMATOLOGIA

AUTORES

LARISSA ALBUQUERQUE OLIVEIRA
LARA HANNYELA GOUVEIA DUARTE
GIOVANNA DA COSTA GUERREIRO
FRANCISCO THEOGENES MACÊDO SILVA



GUIA PRÁTICO DE SEMIOLOGIA PARA REUMATOLOGIA



Larissa Albuquerque Oliveira
Lara Hannyella Gouveia Duarte
Giovanna da Costa Guerreiro
Francisco Theogenes Macêdo Silva

GUIA PRÁTICO DE SEMIOLOGIA PARA REUMATOLOGIA

1.^a edição

MATO GROSSO DO SUL
EDITORIA INOVAR
2022

Copyright © dos autores.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado. Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons Internacional (CC BY- NC 4.0).



Larissa Albuquerque Oliveira, Lara Hannyella Gouveia Duarte, Giovanna da Costa Guerreiro, Francisco Theogenes Macêdo Silva. Guia prático de semiologia para reumatologia. Campo Grande: Editora Inovar, 2022. 57p.

PDF

ISBN: 978-65-5388-075-7

DOI: doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-075-7

1. Medicina. 2. Reumatologia . I. Oliveira, Larissa Albuquerque. II. Duarte, Lara Hannyella Gouveia. III. Guerreiro, Giovanna da Costa. IV. Silva, Francisco Theogenes Macêdo.

CDD – 610

Editora-Chefe: Liliane Pereira de Souza
Diagramação: Vanessa Lara D Alessia Conegero
Capa: Juliana Pinheiro de Souza
Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Prof. Dr. Aleksande de Oliveira Franco
Profa. Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues
Profa. Dra. Care Cristiane Hammes
Profa. Dra. Dayse Marinho Martins
Profa. Dra. Débora Luana Ribeiro Pessoa
Profa. Dra. Franchys Marizethe Nascimento Santana
Profa. Dra. Geyanna Dolores Lopes Nunes
Prof. Dr. Guilherme Antonio Lopes de Oliveira
Prof. Dr. João Vitor Teodoro
Profa. Dra. Juliani Borchardt da Silva
Profa. Dra. Jucimara Silva Rojas
Profa. Dra. Lina Raquel Santos Araujo
Prof. Dr. Marcus Vinicius Peralva Santos
Profa. Dra. Maria Cristina Neves de Azevedo
Profa. Dra. Nayára Bezerra Carvalho
Profa. Dra. Ordália Alves de Almeida
Profa. Dra. Otília Maria Alves da Nóbrega Alberto Dantas
Profa. Dra. Roberta Oliveira Lima
Profa. Dra. Rúbia Kátia Azevedo Montenegro

Editora Inovar
Campo Grande – MS – Brasil
Telefone: +55 (67) 98216-7300
www.editorainovar.com.br
atendimento@editorainovar.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores se responsabilizam publicamente pelo conteúdo desta obra, garantindo que o mesmo é de autoria própria, assumindo integral responsabilidade diante de terceiros, quer de natureza moral ou patrimonial, em razão de seu conteúdo, declarando que o trabalho é original, livre de plágio acadêmico e que não infringe quaisquer direitos de propriedade intelectual de terceiros. Os autores declaram não haver qualquer irregularidade que comprometa a integridade desta obra.

Prefácio

Esta obra foi elaborada com o propósito de apresentar um texto de fácil compreensão, com linguagem simples e objetiva, para estudantes e médicos, com intuito de ajudar na melhor compreensão e entendimento sobre a semiologia em reumatologia. O livro emprega uma abordagem voltada para a semiologia prática, possuindo uma base introdutória, os principais termos de semiologia utilizados na reumatologia, finalizando com anamnese (ensinando como direcionar a investigação de uma história clínica) e exame físico (mostrando as principais manobras que são utilizadas na reumatologia e sua finalidade). A concretização desse projeto provém dos esforços combinados de médicos reumatologistas, graduandos de medicina, em que reconhecemos o empenho e atribuímos todo o mérito.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	9
Introdução	
<i>Larissa Albuquerque Oliveira</i>	
<i>Lara Hannyella Gouveia Duarte</i>	
<i>Giovanna Da Costa Guerreiro</i>	
<i>Francisco Theogenes Macêdo Silva</i>	
CAPÍTULO 2	11
Termos semiológicos dos sinais e sintomas da reumatologia	
<i>Giovanna Da Costa Guerreiro</i>	
<i>Larissa Albuquerque Oliveira</i>	
<i>Lara Hannyella Gouveia Duarte</i>	
<i>Francisco Theogenes Macêdo Silva</i>	
CAPÍTULO 3	14
Anamnese em reumatologia	
<i>Lara Hannyella Gouveia Duarte</i>	
<i>Larissa Albuquerque Oliveira</i>	
<i>Giovanna Da Costa Guerreiro</i>	
<i>Francisco Theogenes Macêdo Silva</i>	
CAPÍTULO 4	22
Exame físico geral e do esqueleto axial	
<i>Lara Hannyella Gouveia Duarte</i>	
<i>Larissa Albuquerque Oliveira</i>	
<i>Giovanna Da Costa Guerreiro</i>	
<i>Francisco Theogenes Macêdo Silva⁴</i>	

CAPÍTULO 5	31
Exame fisico em membros superiores	
<i>Larissa Albuquerque Oliveira</i>	
<i>Lara Hannyella Gouveia Duarte</i>	
<i>Giovanna Da Costa Guerreiro</i>	
<i>Francisco Theogenes Macêdo Silva</i>	
CAPÍTULO 6	43
Exame fisico em membros inferiores	
<i>Giovanna Da Costa Guerreiro</i>	
<i>Larissa Albuquerque Oliveira</i>	
<i>Lara Hannyella Gouveia Duarte</i>	
<i>Francisco Theogenes Macêdo Silva</i>	
SOBRE OS AUTORES	53
ÍNDICE REMISSIVO	57

CAPÍTULO 1

Introdução

Larissa Albuquerque Oliveira¹
Lara Hannyella Gouveia Duarte²
Giovanna Da Costa Guerreiro³
Francisco Theogenes Macêdo Silva⁴

Introdução

A anamnese e o exame clínico quase sempre fornecem a principal contribuição para o diagnóstico das afecções do aparelho locomotor, em particular das articulações. Sexo, idade, etnia, procedência, profissão/ ocupação, além de outros elementos da identificação, são de significância epidemiológica e para qualquer caso em si. Exemplos: esclerodermia, osteoporose, lupus eritematoso disseminado predominam no sexo feminino; enquanto a gota e a poliarterite nodosa, no sexo masculino (CUSH et al, 2008).

Febre reumática e osteomielite são mais frequentes em crianças e adolescentes; a espondilite anquilosante incide, principalmente, da puberdade aos 40 anos; a gota, as doenças neoplásicas, a osteoporose e a osteoartrite acometem mais a população idosa, normalmente acima dos 45 anos (CUSH et al, 2008).

Quanto à etnia, temos, por exemplo, Sarcoidose e LES em negros; arterite de células gigantes e poliangite granulomatosa em brancos; um tipo de amiloidose que ocorre em Portugal (doença dos peixinhos) e a doença de Behçet em turcos (IMBODEN et al, 2008).

Em relação a profissão/ ocupação trabalhadores que carregam peso aumentam maior a predisposição à lombociatalgia; esportistas, a desarranjos internos de joelhos e lesões musculares; fenômeno de Raynaud pode ser desencadeado por atividades que traumatizam os dedos ou quando são utilizados instrumentos vibratórios (PORTO et al, 2013).

Dentre outros aspectos que caracterizam as doenças do aparelho locomotor, destacamos a duração da patologia, que costuma ser

inferior a 1 mês como por exemplo na febre reumática e na osteomielite, se comportando de forma aguda, outras com uma duração mais longa, podendo durar anos, como na artrite reumatóide, no LES, na osteoartrite, por exemplo, sendo doenças de caráter mais crônico. O modo de início de sintoma é insidioso na artrite reumatóide e abrupto na gota, na osteomielite hematogênica e na bursite. A ocorrência de dor e de sinais inflamatórios (calor, rubor, edema) estão sempre presentes nos processos reumáticos em atividade (PORTO et al, 2013).

Certas expressões usadas pelos pacientes são caracteristicamente importantes, salientando-se a sensação de ‘dedo morto’ e de formigamento nos dedos no fenômeno de Raynaud, em especial quando ocorrem modificações de temperatura e coloração da pele que se torna arroxeadas ou azulada quando em contato com o frio (MEDEIROS et al, 2014).

Com isso, a anamnese e o exame físico, sempre nos darão pistas importantes para a definição precisa do diagnóstico, mostrando ser ferramentas muito importantes para o correto manejo da patologia e melhorar a qualidade de vida do paciente (MEDEIROS et al, 2014).

CAPÍTULO 2

Termos semiológicos dos sinais e sintomas da reumatologia

Giovanna Da Costa Guerreiro¹

Larissa Albuquerque Oliveira²

Lara Hannyella Gouveia Duarte³

Francisco Theogenes Macêdo Silva⁴

Termos semiológicos dos sinais e sintomas da reumatologia

Principais termos semiológicos de sinais e sintomas do aparelho locomotor:

Alterações articulares:

- Artralgia: dor articular ,propriamente dita.
- Artrite: dor articular com presença de sinais flogísticos: dor, rubor, calor e edema, ou seja, associada ao processo inflamatório.
 - Osteoartrite: também conhecida como artrose e significa degeneração da cartilagem que envolve as extremidades do osso (a articulação).
 - Artropatia: patologias relacionadas às articulações.
 - Monoartrite: 1 articulação
 - Oligoartrite: 2 - 4 articulações
 - Poliartrite: 5 ou mais articulações
 - Deformidade articular: rigidez articular.
 - Crepitação: “ranger” da articulação.
 - Cifose: Desvio ântero-posterior da coluna, aumentando a curvatura posterior da coluna, ocorre, mais comumente, na coluna torácica e sacral.
 - Hipercifose: Desvio ântero-posterior da coluna de forma excessiva, aumentando a curvatura posterior da coluna, ocorre, mais comumente, na coluna torácica e sacral.
 - Escoliose: curvatura lateral da coluna vertebral, que pode ser única ou múltipla e fixa (devido à deformidade muscular) ou móvel (devido à contração muscular desigual).

- Lordose: aumento da curvatura da coluna para dentro do corpo, no sentido anterior, e ocorre mais comumente nas regiões cervical e lombar da coluna vertebral.

- Hiperlordose: aumento excessivo da curvatura da coluna para dentro do corpo, no sentido anterior, e ocorre mais comumente nas regiões cervical e lombar da coluna vertebral.

Obs: Cifose e lordose são curvaturas normais da coluna vertebral para exercer sua função de suportar cargas externas e sustentação do aparelho locomotor, mas a hipercifose e a hiperlordose são patológicas resultantes da má postura corporal, que podem ocasionar dor e patologias futuras (lombalgia, cervicalgia, cervicobraquialgia, hérnia discal, dentre outras)

- Cervicalgia: dor na região cervical, no pescoço.

- Cervicobraquialgia: dor na região cervical (PESCOÇO), mas que essa dor pode irradiar até a mão, passando pelo ombro, braço e antebraço.

- Lombalgia: dor na região lombar.

- Lombociatalgia: dor na região lombar, que pode irradiar para as nádegas e pernas por inflamação ou compressão do nervo ciático.

- Claudicação: comprometimento da capacidade de caminhar (marcha), podendo ser ocasionada por pouco fluxo sanguíneo, dor, desconforto, dormência, que piora progressivamente durante a caminhada ou no exercício físico e que melhora com o repouso.

- Luxação: lesão da articulação, em que a mesma é deslocada de sua posição normal.

Alterações musculares:

-Mialgia: dor muscular.

-Contratura muscular: quando um pequeno grupo de fibras musculares se contraem excessivamente de forma involuntária (espasmo), sem voltar ao estado de relaxamento.

-Estiramento muscular (distensão): lesão das fibras musculares devido a um alongamento excessivo das mesmas.

- Fasciculações: é uma contração muscular pequena, local, momentânea, involuntária, fina e rápida que pode ser visível sob a pele ou pode ser detectada mais profundamente pela eletroneuromiografia.

- Câimbras: são contrações dolorosas e involuntárias de um músculo, que, normalmente, são ocasionadas pelo exercício físico intenso.

- Atrofia muscular: é a redução ou perda do volume muscular.

- Hipertrofia muscular: é o aumento do volume muscular, decorrente do aumento do volume celular.

- Hiperplasia: é o aumento do número de células.

- Telangiectasias: pequenos vasos sanguíneos dilatados próximo a superfície da pele (aranhas vasculares), na face, na mão e na mucosa oral.

- Rash malar: lesões eritematosas, principalmente, nas regiões expostas ao sol. Classicamente, compromete as regiões malares da face e dorso do nariz (lesão em asa de borboleta)

- Fenômeno de raynaud: episódio de constrição das pequenas artérias, desencadeando alterações da cor da pele das extremidades dos dedos, ora com palidez, depois com cianose (extremidade roxa), seguidas de hiperemia reacional (vermelhidão).

- Esclerodermia: espessamento da pele

- Esclerodactilia: espessamento simétrico, enrijecimento e endurecimento dos dedos, podendo mostrar-se incapacitante.

- Xeroftalmia: olho seco

- Xerostomia: boca seca

- Podagra: é a inflamação da primeira articulação metacarpofalangiana (hálux= dedão do pé), e é a primeira manifestação clínica da gota

- Tofos gotosos: são conglomerados de cristais de ácido úrico depositado em alguns tecidos, principalmente, na borda da orelha (pavilhão auricular), ponta do nariz, e na superfície das articulações como cotovelos, joelhos, mãos e pés. Está relacionada com a cronicidade da doença.

CAPÍTULO 3

Anamnese em reumatologia

Lara Hannyella Gouveia Duarte¹

Larissa Albuquerque Oliveira²

Giovanna Da Costa Guerreiro³

Francisco Theogenes Macêdo Silva⁴

3.1. Anamnese:

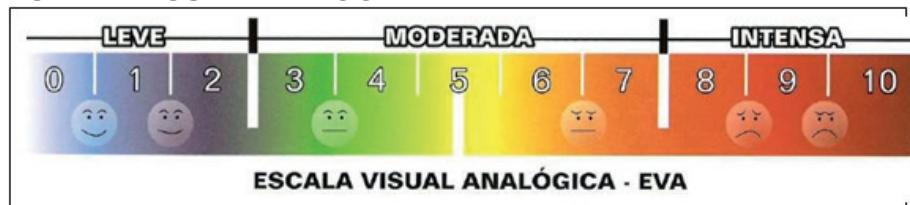
- Identificação: nome, sexo, idade, raça/etnia, profissão, procedência/residência, estado civil, religião. Sempre lembrar:
- Idade: Febre reumática e AIJ em jovens, LES e AR em adultos jovens, osteoartrite em idosos.
- Sexo: AR, doenças do colágeno, artrite gonocócica e fibromialgia em mulheres; gota e espondilite anquilosante em homens.
- Etnia: Sarcoidose e LES em negros; arterite de células gigantes e poliangiti granulomatosa em brancos.
- Ocupação: lesão por esforço repetitivo.
- HDA: Define-se que quando existe a presença de dor em uma articulação já é classificado como uma enfermidade reumatológica. Na reumatologia são vistas diversas queixas comuns, como dor articular, dor difusa, edema, crepitações, monoartrite, poliartrite, fenômeno de Raynaud, fraqueza muscular, vasculite, e muitos outros.

Em geral, a dor numa articulação (artralgia) ou disseminada, representa a maioria dos casos da reumatologia, sendo a principal queixa dos pacientes, e portanto, ela quem tem maior ênfase em muito dos casos na anamnese. A caracterização da dor é de grande importância para direcionar um diagnóstico e tratamento preciso, então a investigação desse sintoma deve ser completa através de alguns pontos, como:

- DOR : as características da dor, juntamente com seus principais aspectos auxiliam muito na hipótese diagnóstica. Perguntas so-

bre: Início, qualidade, quantidade intensidade, irradiação, fator de melhora ou piora. Avaliar pela escala visual analógica – EVA.

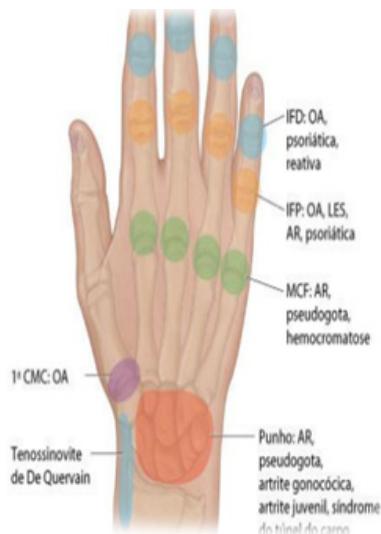
ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA



A Escala Visual Analógica – EVA consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor no paciente, é um instrumento importante para verificarmos a evolução do paciente durante o tratamento e mesmo a cada atendimento, de maneira mais fidedigna. Também é útil para podermos analisar se o tratamento está sendo efetivo, quais procedimentos têm surtido melhores resultados, assim como se há alguma deficiência no tratamento, de acordo com o grau de melhora ou piora da dor.

A EVA pode ser utilizada no início e no final de cada atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizar a EVA o atendente deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que **0** significa **ausência total de dor** e **10** o nível de **dor máxima suportável pelo paciente**.

	Dor Inflamatória	Dor Mecânica
Início da Sintomatologia	Insidioso	Progressiva
	Possivelmente poliarticular	Geralmente oligoarticular
Fadiga	Importante	Mínima
Rigidez Matinal	Maior que 1 hora	Menor que 30 minutos
Atividade física	Melhora	Piora
Reposo	Piora	Melhora
Envolvimento sistêmico	Possível	Não
Despertar noturno	Possível	Não



Intensidade: podendo ser medida numa escala de 0 a 10, sendo 0 “sem dor” e 10 “a pior dor de sua vida”. Outro parâmetro é saber se impacta na suas atividades diárias, havendo relação direta entre a intensidade da dor e a capacidade física.

Progressão: **Rápida:** comum de artrite séptica bacteriana, traumas. **Intermitente:** comum de artrite gotosa. **Lenta:** comum de espondiloartrites

Evolução: se houve melhora, piora, ou estabilização do sintoma desde o inicio dele.

Horário: se existe algum momento do dia que a dor se intensifica. Exemplo: a dor da artrite reumatoide se intensifica pela manhã pelo relaxamento muscular durante o sono, enquanto na osteoartrite a dor pode ser intensificada no período da noite após uma jornada de trabalho.

Ritmo: o comportamento diário da dor e diante de fatores externos. **Caráter inflamatório:** piora da dor com o repouso ou longa imobilização. Comum na artrite reumatoide, no lúpus eritematoso sistêmico e na espondilite anquilosante. **Caráter mecânico:** piora da dor com movimentação, havendo melhora com repouso. Comum na osteoartrite, lesões na lombar e nas cervicalgias. **Caráter misto:** apresenta piora da dor no início do movimento, havendo melhora após iniciar melho-

rando depois e retomando após algum tempo a piora da dor. Comum na osteoartrite de joelhos e quadris. **Rigidez:** presença de rigidez em alguns momentos do dia, sendo comum em casos reumatológicos no período da manhã (rigidez matinal). Podendo ocorrer na artrite reumatoide (com duração de 30-90 minutos) e na osteoartrite (menor duração, em torno de 30 minutos).

Qualidade: pode ser referida de várias formas, como do tipo pontada, fisgada, peso, queimação, latejante, entre outros.

Fatores de melhora, piora e fatores desencadeantes: se tomar medicações, ficar relaxado, e fazer exercícios melhora ou piora o quadro doloroso. Ou se tem alguma atitude que o paciente perceba que toma que desencadeie uma crise de dor. **Exemplo:** na fibromialgia, o estresse piora as crises de dor, enquanto terapias de relaxamento amenizam a doença.

Sintomas associados: se além do sintoma chave, o paciente percebe mais algum achado, como febre, fadiga, edema, entre outros que serão detalhados no interrogatório de órgãos e sistemas.

Trauma: se houve algum trauma ou esforço repetitivo que possa ter causado essa dor.

Localização: o paciente irá dizer ou mostrar o onde ocorre o sintoma. Focal: sugere uma artropatia. Focal: sugere uma artropatia. Generalizada: sugere doenças reumatológicas como a fibromialgia ou a polimialgia reumática; Número de articulações acometidas: Monoarticular: sugerindo causas infecciosas e cristalinas;

Oligoarticular: sugere artropatias soronegativas, osteoartrite, artrite reumatoide;

Poliarticular: sugere doenças difusas do tecido conjuntivo e osteoartrites.

Esqueleto axial: sugere principalmente artropatias soronegativas, havendo casos de osteoartrite e artrite reumatoide envolvendo a coluna cervical. **Esqueleto periférico:** sugerindo artrite reumatoide, artrite por microcristais, osteoartrite. **Simetria:** essa característica é indicativa de artrite reumatoide. **Assimetria:** indicam artrite por microcristais, infecciosas, traumas e artropatias soronegativas.

Irradiação: o paciente irá relatar se a dor percorre algum caminho, além do local onde é sua queixa principal.

Duração: **Aguda:** quadros que duram até 6 semanas, deve-se pensar em traumas, infecções, artrites cristalinas e reumatismo de partes moles. **Crônica:** quadros que duram > 6 semanas, sugerem artrite reumatoide, osteoartrite, artropatias soronegativas e doenças do tecido conjuntivo.

Outras queixas, como crepitações e edema, também aparecem com frequências em consultas reumatológicas e por isso também devem ser destacas. A respeito de edemas, deve-se investigar:

Localização: onde se encontra o edema, o paciente vai dizer ou mostrar a região. **Exemplo:** edema na região do joelho após um trauma pode evidenciar danos nas articulações.

Duração: há quanto tempo o paciente notou o surgimento desse sintoma. **Agudas:** indicam causas infecciosas ou traumáticas. **Crônicas:** indicam enfermidades que podem se cronificar como artrite reumatoide.

Progressão: se ele surgiu rápido ou lentamente. **Rápido:** podem ser causas infecciosas e traumáticas. **Lentas:** podem indicar artrite por microcristais, osteoartrite, artrite reumatoide

Evolução: se houve melhora, piora, ou estabilização do sintoma desde o início dele.

Sinais de melhora ou piora: Trauma: questionar se houve algum trauma nessa região. Sinais flogísticos: se existe a presença de calor, rubor ou outros sintomas inflamatórios na região. **Danos:** se a localização do edema é dolorosa e se diminui a amplitude de movimento da articulação.

A crepitação é um ruído úmido ou seco de origem articular ou tendinosa, que muitas vezes é audível e discorrida pelo paciente. É comum ser encontrada na espondilite anquilosante e na artrite reumatoide de longa duração e/ou não tratada. A respeito delas, deve-se investigar: **Localização:** região na qual o paciente escuta o ruído. **Duração:** há quanto tempo o paciente notou o surgimento dos sintomas. **Evolução:** se houve melhora, piora ou estabilização desde o início dos sintomas. Ø **Trauma:** questionar se houve algum trauma na região. **Sinais flogísticos:** se existe a presença de calor, rubor ou outros sintomas inflamatórios na região

HPF: A avaliação da história pessoal fisiológica inclui: gestação e nascimento, desenvolvimento psicomotor, neural, sexual e a história obstétrica. Para a reumatologia, apenas alguns tópicos importam nesse momento da anamnese, sendo estes: A menarca, sexarca e menopausa para avaliar o histórico e a saúde da mulher e conectá-la com suspeitas de doenças autoimunes que são mais prevalentes a esse sexo, como lúpus eritematoso sistêmico; Ø O histórico obstétrico (GPA): em caso de abortos consecutivos, pode-se suspeitar de doenças autoimunes, em específico a síndrome do anticorpo antifosfolípide;

HPP: Avaliação da história pessoal patológica inclui: doenças sofridas pelo paciente, alergia, cirurgias, traumatismo, transfusões sanguíneas e medicamentos em uso. Entende-se que investigar a maioria desses pontos na consulta reumatológica se tem importantes informações para o diagnóstico.

Doenças sofridas pelo paciente: os pacientes com doenças reumatológicas apresentam um maior risco de desenvolver outras doenças, devido ao fato de muitas vezes apresentarem um padrão inflamatório sistêmico. Então, para implementar a consulta, deve-se perguntar especialmente sobre algumas dessas doenças: ü

Doenças cardiovasculares isquêmicas: devido ao processo inflamatório crônico e uso de medicações como anti-inflamatórios e corticoides, os pacientes da reumatologia estão mais propícios a essa doença; **Litíase renal:** frequente em pacientes que possuem artrites por microcristais;

Evento trombótico prévio: é comum da síndrome do anticorpo antifosfolípide;

Doença inflamatória intestinal: cursa muitas vezes com as espondiloartrites inflamatórias;

Psoríase: também cursa muitas vezes com espondiloartrites inflamatórias;

Faringite estreptocócica: que precede a febre reumática; IST's: pode ocorrer de cursar com uma artrite gonocócica;

Demais doenças: diabetes, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, entre outros.

Alergias: um paciente com alguma alergia possui uma inflamação preexistente no corpo, podendo agravar a situação de algumas doenças reumatológicas de origem autoimune e/ou inflamatória, exemplificando a presença de alguma doença inflamatória intestinal, como a doença celíaca, pode cursar com alguma espondiloartrite.

Cirurgias: é relevante saber sobre cirurgias prévias, pois se foi feita alguma cirurgia ortopédica próxima ou em alguma região articular, pode ter causado algum dano para aquela articulação e também é relevante em caso de doenças autoimunes, como a síndrome do anticorpo antifosfolípide, que pode posteriormente ter ocasionado algum evento trombótico.

Traumatismo: devido a mesma razão da cirurgia, algum trauma próximo a articulação pode causar danos, como rigidez, crepitacões, edema e dor.

Medicações em uso: o uso de algumas drogas podem agravar crises reumatológicas, exemplificando as estatinas, no qual um dos efeitos colaterais são dores e inflamações musculares devido à elevação do CPK. Reconhecendo o uso dessas drogas intervenções podem ser feitas, melhorando a qualidade de vida e tratamento do paciente.

HFAM: A história familiar auxilia no diagnóstico, pois contribuem com a suspeita diagnóstica, devido ao fato de que algumas doenças reumáticas, as mais prevalentes, são herdadas. Exemplifico com doenças tipo a espondilite anquilosante que é frequentemente encontrada no pai e no filho ou a artrite gotosa que geralmente são mais susceptíveis na linhagens de homens de uma família. Portanto, é fundamental que seja investigado a presença de uma doença autoimune ou inflamatória na família do paciente. Mas, as vezes as queixas reumáticas não são primárias e sim secundárias a outras enfermidades, como diabetes, doenças metabólicas e doenças ósseas. Assim, torna-se importante também questionar sobre outras doenças além da linha da reumatologia.

História social e hábitos: A história social e hábitos do paciente é importante para avaliar a doença e para planejar o tratamento. O contexto pessoal, ambiental, ocupacional desempenha um papel importante para reconhecer efeitos de sinais e sintomas.

Ambiental: reconhecendo o local que o paciente reside, você pode identificar se existem ambientes de difícil acessibilidade, como um idoso numa casa com escadas, pois faz com que o paciente redobre seus esforços e prejudique articulações danificadas. Pode-se sugerir mudar seu quarto para o andar de baixo para evitar o desgaste articular. Também é válido reconhecer se o ambiente possui saneamento, coleta de lixo, água tratada para afastar ou diagnosticar causas de artrites infecciosas.

Ocupacional: compreender a ocupação do enfermo pode identificar agravantes para as queixas da doença, como a execução de trabalhos braçais e ambientes de escritórios que exigem horas na mesma posição. Também pode-se ajudar esse paciente com orientações a voltar para a sua ocupação diminuindo os riscos de piorar um quadro reumático.

Pessoal: o reconhecimento sobre se ele é fumante, etilista, sedentário, tem uma alimentação saudável, tem uma noite de sono completa, pode mudar todo o curso de uma anamnese, pois são fatores que podem melhorar, piorar ou até provocar uma enfermidade articular.

História epidemiológica: A história epidemiológica, como as demais, também complementa a consulta. Apesar de focar em vários pontos como viagens, exames preventivos, saúde coletiva e social, a investigação nesse momento final de consulta deve ser sobre: **Uso de camisinha:** pacientes portadores doenças sexualmente transmissíveis podem desencadear quadros álgicos de partes moles. **Calendário vacinal:** reconhece se está protegido contra microorganismos que podem causar ou piorar uma crise reumática.

CAPÍTULO 4

Exame físico geral e do esqueleto axial

Lara Hannyella Gouveia Duarte¹

Larissa Albuquerque Oliveira²

Giovanna Da Costa Guerreiro³

Francisco Theogenes Macêdo Silva⁴

1. Geral

Observar fáicies (lúpico, Sjogren, esclerodérmica, dermatomiosite, passarinho, lúpus cara suja, cushingóide, etc), estado nutricional, cor da pele e mucosas, temperatura, cadeias linfonodais, proporção pondero-estrutural, atitude (posição antalgica, posição de esquiador, etc) e marcha (escarvante, ceifante, claudicante, etc),

2. Articulação temporomandibular

-Inspecção: A articulação temporomandibular conecta o crânio com a mandíbula. Nessa fase, observamos os movimentos de oscilação e acomodação. Na oscilação normal, o paciente consegue abrir a boca com uma mobilidade contínua e sem paradas, sem que a mandíbula se lateralize. Quando algum desses processos não ocorre, dizemos que podem existir patologias que acometem essa articulação ou até mesmo patologias odontológicas. Na acomodação, a boca está fechada e parada, e observa-se o alinhamento dos dentes com base na linha média, além de observar se a mandíbula encontra-se centralizada.

-Palpação: Posicione o dedo indicador à frente do trago e pressione levemente. Solicite que o paciente faça a abertura e fechamento da boca, ao mesmo tempo em que o examinador palpa o processo condilar. Lembre-se de palpar os dois lados de forma simultânea. Espera-se que o movimento seja uniforme e simétrico. Observe se há crepitações, estalidos, limitações, etc.

3. Coluna cervical

-Inspeção: Observar se há lordose cervical, lesões dermatológicas, assimetrias, abaulamentos, cicatrizes, posição antalgica.

-Palpação: Palpe as partes moles com o dedo polegar, nas partes do trígono anterior, mandíbula, linfonodos, tireoide, trapézio, ligamentos nucais, musculatura paravertebral. Para as estruturas ósseas, palpe com o dedo polegar as estruturas ósseas, como os processos espinhosos cervicais em busca de dor, crepitação ou desalinhamento

-Movimentação: Peça que o paciente realize movimentos de rotação cervical, flexão, extensão, lateralização.

-Manobras especiais: Manobra de Spurling; Sinal de Lhermitte; distração cervical; Teste de Adson.

Manobra de Spurling: compressão de raiz cervical, causa/piora dor.



Fonte da imagem: Próprio autor

Sinal de Lhermitte: O sinal de Lhermitte (também conhecido como fenômeno de Lhermitte e fenômeno da cadeira do barbeiro) é uma sensação transitória de um choque elétrico que se estende pela coluna e/ou extremidades durante flexão do pescoço, muitas vezes indica uma sequela de doença neurológica.



Fonte da imagem: Próprio autor

Distração cervical: descompressão da raiz cervical, alivia a dor.



Fonte da imagem: Próprio autor

Sinal de Adson: palpando a a. radial em um pct com queixa de dor em um dos membros devido compressão da a. subclávia, se houver diminuição de pulso, teste +.



Fonte da imagem: Próprio autor

4. 4. Coluna torácica

- Inspeção: Procura por deformidades, assimetria, cicatrizes, tanto anterior, como posterior e lateral. Presença de manchas café com leite, nódulos. Alinhamento dos ombros, assimetria de músculos (trapézio), de escápula, do triângulo do talhe (região entre braço, axila e dorso – formando um triângulo, o normal é ser simétrico, se um maior que outro fala a favor de escoliose). Escápula alada, quando há lesão do nervo torácico longo levando a perda de função do músculo serrátil anterior. Simetria de musculatura peitoral (pectus excavato, carinato), dos seios e da parede torácica.

- Palpação: Palpe partes moles e ósseas com o polegar, tocando os processos espinhosos, musculatura paravertebral e cartilagens intercostais.

- Movimentação: Peça que paciente realize movimentos de rotação dorsal e inclinação lateral, observando se o paciente sente dor ou limitação.

5.5. Coluna lombar

- Inspeção: Observar se há triângulo de Talhe (sugere escoliose), assimetria, cicatrizes, manchas café com leite, nódulos, tufo piloso, altura das cristas ilíacas, cifose, lordose.

- Palpação: Palpe estruturas e saliências ósseas, como crista ilíaca, EIPS, processos espinhosos em busca de dor, além de palpar musculatura paravertebral.

- Movimentação: Peça que o paciente realize movimentos de flexão, extensão, rotação e lateralização, observando se há dor ou limitação.

- Manobras especiais: Teste de Laségue; Teste de Bragard; Teste de Kernig; Teste de Brudzinski ;Teste de Schober; Teste de Volkman.

Teste de Laségue : avalia n. ciático, teste + se dor entre 30-70° radiculopatia - O sinal de Lasegue consiste na elevação do membro inferior estendido sobre a bacia, onde acarreta estiramento do nervo ciático. Se houver compressão, ocorre dor no trajeto do referido nervo.



Fonte da imagem: Próprio autor

* Bragard : quando a partir de 30° o pct já sente dor, ai você baixa um pouco e ver se melhora a dor, ai depois você faz uma flexão dorsal do pé, ai a dor que tinha acabado de melhorar piora, se isso, sinal + e reforça sinal de Lasegue.

Sinal de kernig : o sinal de Kernig, é preciso flexionar a coxa e o joelho. Na presença de irritação meníngea, a extensão passiva da perna produz dor.



Fonte da imagem: Próprio autor

Teste de Brudzinski: sinal de Brudzinski é positivo quando a flexão passiva do pescoço resulta na flexão espontânea dos quadris e dos joelhos.



Fonte da imagem: Próprio autor

Teste de Schober: Schober modificado (pede para o paciente ficar de costas; pega as duas covinhas nas costas (locais das espinhas ilíacas póstero-superiores) e faz uma linha imaginária entre as duas covinhas com cantea; depois pega uma fita métrica e faz uma marcação 10cm acima dessa linha; depois pede para o paciente colocar as mãos no chão sem dobrar o joelho, aí o examinador vai e marca novamente nessa posição, normal > 5cm, se der menos, é porque tem limitação)



Fonte das imagens: Próprio autor

CAPÍTULO 5

Exame fisico em membros superiores

Larissa Albuquerque Oliveira¹
Lara Hannyella Gouveia Duarte²
Giovanna Da Costa Guerreiro³
Francisco Theogenes Macêdo Silva⁴

1. Ombro

- Inspeção: Observar atitude postural, cicatrizes, atrofia muscular, edema, equimose, abulamentos, sinal da Tecla (luxação acrômio-clavicular), sinal da Dragona (luxação gleno-umeral), escápula alada (lesão do nervo torácico longo), etc.

- Palpação: Palpe incisura esternal, articulação esterno-clavicular, clavícula, processo coracoide e articulação acromioclavicular, sempre observando se há dor, rubor, calor, edema, equimose, tumefação.

- Movimentação: Peça ao paciente que realize os movimentos de abdução, adução, elevação ao plano da escápula, flexão, extensão, rotação externa e interna, observando se há dor e limitação.

Obs: músculos do manguito rotador - Supraespinhal, infraespinhal, redondo menor, subescapular.

- Manobras especiais: Teste do impacto de Neer; Teste de Hawkins; Teste de Yocom; Teste de Jobe; Teste de Speed ou palm up; Teste de Yergson; Teste do infra-espinhal ou teste de Patte; Teste de Gerber; Teste da Apreensão

Manobras que avaliam o Supraespinhal

Teste do impacto de Neer: examinador atrás do pct com uma mão na escápula e outra no cotovelo, fazendo uma elevação passiva e rápida do membro em pronação, teste + se reclamar dor na região do ombro – significa que o tubérculo maior do úmero está se chocando com alguma estrutura.



Fonte da imagem: Próprio autor

Teste de Hawkins: braço e cotovelos fletidos a 90 graus, examinador bota uma mão estabilizando a escápula e outra mão fazendo uma rotação, + se pct referir dor na parte anterior do ombro – significa que tubérculo maior está atrapalhando alguma estrutura.



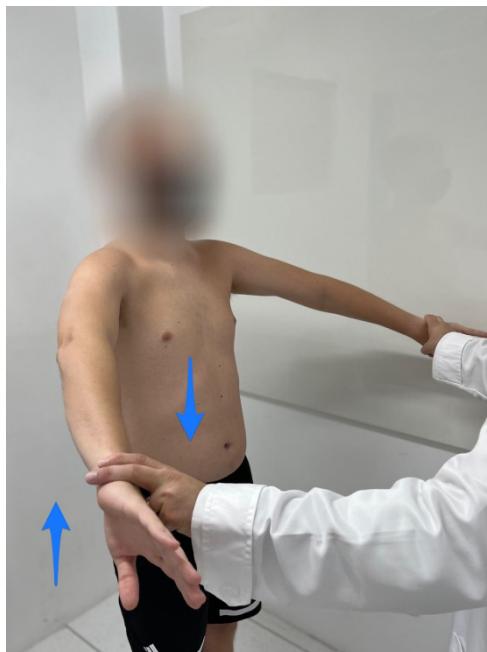
Fonte da imagem: Próprio autor

Teste de Yocum: pct coloca a mão no ombro lateral elevando o braço, + se dor significando que o tubérculo maior está atrapalhando.



Fonte da imagem: Próprio autor

Teste de Jobe: pct coloca os braços em rotação externa com polegares p/ baixo, no plano da escápula (cerca de 30 graus p/ frente), examinador coloca mão nos antebraços tentando forçar p/ baixo e o pct resiste a esse movimento, + se reclamar dor no ombro – tendinite do supra-espinhal, comum em idosos.



Fonte da imagem: Próprio autor

Manobras que avaliam o Infraespinhal

Teste de Patte: examinador atrás do pct, com uma mão estabilizando escápula, pct com ombro elevado e cotovelo a 90 graus com palma da mão virada p/ frente e vc pede p/ ele jogar o braço p/ trás como se tivesse fazendo força contra a mão, se ele tiver + nesse movimento – tendinite do infra- espinhal.



Fonte da imagem: Próprio autor

Manobras que avaliam o Subescapular

Teste de Gerber: pct coloca dorso da mão na região do dorso e pede p/ pct afastar (colocar as mãos nas costas, se mulher, abaixo do sutiã), se referir + nesse mov – tendinite do subescapular.



Fonte da imagem: Próprio autor

Manobras que avaliam a cabeça longa do bíceps

Teste de Yergson: Avalia dor na cabeça longa do bíceps;

Execução: Paciente em pé, com flexão do cotovelo e antebraço em posição neutra. Solicitar ao paciente que realize uma rotação externa do ombro com supinação da articulação radio – ulnar contra a resistência imposta pelo avaliador.



Fonte da imagem: Próprio autor

Palm-up test /Speed test: braço supinado, eleva o braço contra resistência do examinador e ao mesmo tempo o examinador palpa o sulco onde tá passando o tendão da cabeça longa do bíceps, se + é por causa de tendinite da cabeça longa do bíceps.



Fonte da imagem: Próprio autor

2.Cotovelos

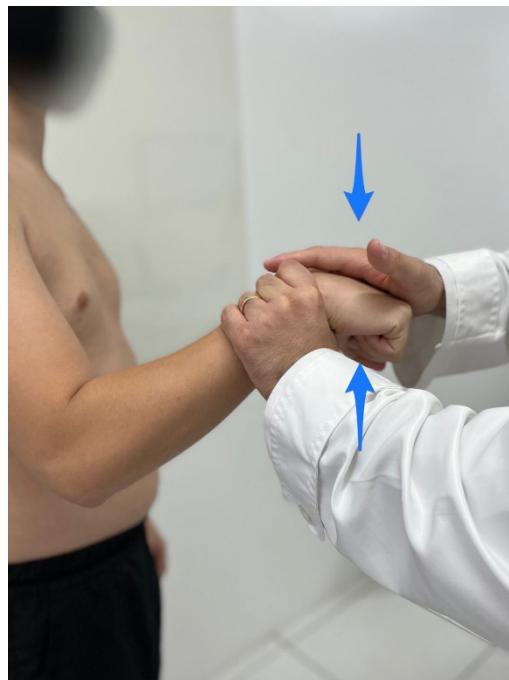
- Inspeção: Observar nódulos reumatóides, tofos gotosos, intumescências, cicatrizes.

- Palpação: Observar se há crepitações, dor ao palpar os epicôndilos medial e lateral, inserção distal do bíceps no rádio, etc.

- Movimentação: Peça que o paciente faça os movimentos de flexão, extensão e pronossupinação, observando se há dor e limitação.

- Manobras especiais: Teste de Cozen; Teste para epicondilite medial

Teste de Cozen: Epicondilite lateral do cotovelo - cotovelo em 90° de flexão, antebraço em pronação, dorsiflexão/extensão ativa do punho contra resistência.



Fonte da imagem: Próprio autor

*Teste para epicondilite medial: o examinador senta o paciente em uma cadeira, com o antebraço repousando sobre uma mesa e a mão supinada. O paciente tenta levantar o punho flexionando-o enquanto o examinador o segura para baixo. O diagnóstico consiste em dor no epicôndilo medial e nos tendões flexores pronados.

3.Punho e mãos

- Inspeção: Observar edemas, cistos sinoviais, cicatrizes, pregas, atrofia muscular, espessamento, pêlos, unhas, elasticidade, mão em benção (lesão do nervo mediano), mão em garra (lesão do nervo ulnar), punho caído (lesão do nervo radial), dedo em botoeira, dedo em pescoço de cisne, dedo em martelo, nódulos de Bouchard, nódulos de Heberden.

los de Heberden, polegar em Z, desvio ulnar da mão, punho em dorso de camelo, etc

- Palpação: Palpar apófise estilóide do rádio, ossos do carpo, tabaqueira anatômica, aponeurose palmar.

- Movimentação: Peça que o paciente realize movimentos de flexão, extensão, desvio radial e ulnar. Além de flexão, extensão, adução, abdução, oposição do polegar aos demais dedos.

- Manobras especiais: Teste de Finkelstein; Teste de Phalen; Teste de Tinel.

Teste de Finkelstein: abraçar o dedo polegar e fazer flexão da mão no sentido ulnar, + se sentir dor nessa região – tenossinovite de Quervain.



Fonte da imagem: Próprio autor

Teste de Phalen: O paciente é solicitado a empurrar a superfície dorsal das mãos e manter essa posição por 30 a 60 segundos. Essa posição aumentará a pressão no túnel do carpo, comprimindo o nervo mediano entre o ligamento transverso do carpo e a borda anterior da extremidade distal do rádio, se com 15 segundos sentir dor nessa posição confirma a síndrome do túnel do carpo.



Fonte da imagem: Próprio autor

Teste de Tinel – parestesia do nervo mediano - síndrome do túnel do carpo.



Fonte da imagem: Próprio autor

CAPÍTULO 6

Exame fisico em membros inferiores

Giovanna Da Costa Guerreiro¹

Larissa Albuquerque Oliveira²

Lara Hannyella Gouveia Duarte³

Francisco Theogenes Macêdo Silva⁴

1. Quadril

- Inspeção: Observar tipo de marcha, desvios posturais, contraturas, cicatrizes, hipotrofias ou hipertrofias, altura das cristas ilíacas, assimetria de MMII (músculos de membros inferiores).

- Palpação: Palpar EIAS (espinha ilíaca ântero-superior), EIPS (espinha iliaca póstero-superior), tubérculos pubianos, trocânter maior do fêmur, tuberosidade esquiatíca, trígono femoral.

- Movimentação: Com ajuda do examinador o paciente deve fazer os movimentos de flexão, extensão, abdução, adução, rotação externa e interna, observando se há dor e limitação.

- Manobras especiais:

* Teste de Allis : Objetiva determinar limitação da rotação medial do quadril. A manobra consiste na flexão passiva e simultânea do quadril e do joelho com o paciente em decúbito dorsal.

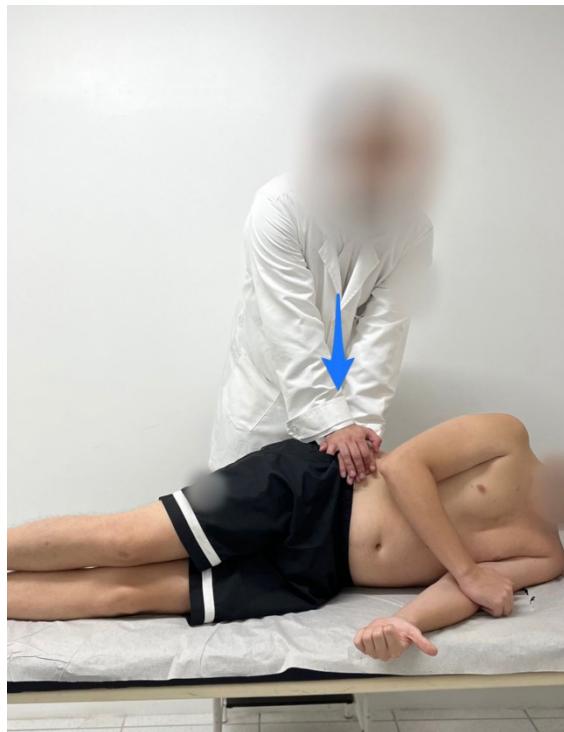
Teste de Patrick/Fabere: usado para detectar dor no quadril (artrite) ou na sacro-ilíaca (sacrolileíte). O teste é realizado da seguinte forma: o paciente em decúbito dorsal, uma perna fica estendida, e na outra perna que será testada o joelho é flexionado a 90 graus, o quadril é abduzido e rodado externamente até o maléolo lateral se apoiar no joelho oposto logo acima da patela. Nesta posição o joelho do lado

a ser testado é levemente forçado para baixo ; realizando abdução e rotação externa do quadril , se ocorrer dor, o teste é positivo (o paciente refere a dor do lado da perna que esta sendo testada). Se a localização da dor for na região posterior é mais provável que seja uma sacro-ilíte , caso a dor seja referida na região anterior é, mais frequentemente, uma lesão na articulação do quadril



Fonte da imagem: Próprio autor

Teste de Lewis: Paciente em decúbito lateral, de costas para o examinador, com o lado dolorido para cima e a perna de cima fletida. Faz pressão com a palma das mãos e aparece dor no local da pressão.



Fonte da imagem: Próprio autor

Teste de Mennel: Doente em decúbito com o joelho homolateral fletido e trazido junto ao tronco pelas mãos do paciente. O examinador apoia uma das mãos nas nádegas do paciente e com a outra aplicada no 1/3 inferoanterior da coxa, traciona para trás o membro inferior. Na presença de lesão sacro-ilíaca ocorre dor ao nível da nádega. A mesma manobra deve ser repetida para o lado oposto.



Fonte da imagem: Próprio autor

Teste de Volkman: Paciente em decúbito dorsal, com as duas mãos, procura-se “abrir” as cristas ilíacas, e aparece dor nas sacro-ilíacas.



Fonte da imagem: Próprio autor

Teste de Erichensen: Paciente em decúbito dorsal, com as duas mãos, procura-se “fechar” as cristas ilíacas, e aparece dor nas sacroilíacas.



Fonte da imagem: Próprio autor

*Teste de Gaenslen: avalia também sacro-ileíte, e esta relacionado com as patologias inflamatórias do quadril. A manobra é realizada com o paciente em decúbito dorsal na beira da maca, uma perna fica em extensão e fora da maca, enquanto a perna testa é colocada em flexão máxima (há a flexão do quadril e joelho simultaneamente). O teste é considerado positivo quando essa tração reproduz dor lombar.

*Teste de Trendelenburg: O sinal de Trendelenburg é positivo se, quando o quadril de um paciente que está de pé sustentado por somente uma perna, cai para o lado da perna levantada. A fraqueza é presente no lado da perna em contato com o chão.

2.Joelho

- Inspeção: Marcha, edema, derrames, assimetrias, atrofias, cicatrizes, ângulo Q (formado por uma linha conectando o centro da patela à EIAS e outra linha em direção da inserção patelar na TAT, com valor normal de até 20 °), deformidades (geno valgo - articulação se aproxima da linha média do corpo, geno varo - articulação se afasta da linha média, recurvatum - arqueamento posterior do joelho, como se fosse uma hiperextensão, em flexo - joelhos fletidos), alinhamento patelar, altura patelar.

- Palpação: Com o paciente sentado, solicita-se que o paciente estenda o joelho para que sinta o deslizamento da patela no sulco troclear, analisando se há presença de crepitação. Palpe se há cistos de Baker, além da palpação dos tendões da pata de ganso (músculos sartório, semitendíneo, grátil), TAT, tendão patelar e quadricipital, articulação femoropatelar nas facetas e extremidades superior e inferior da patela.

- Movimentação: Peça que o paciente faça extensão e flexão, observando se há dor e limitação.

- Manobras especiais: Teste de McMurray; teste de compressão de Apley; teste da gaveta anterior; teste da gaveta posterior; teste de Lachman.

Teste de McMurray : lesão dos cornos posteriores dos meniscos, paciente em posição supina; quadril 90°; joelho flexão máxima, examinador palpa a interlinha articular e faz movimento de RI e RE com o pé usando a outra mão, dor + estalido.

OBS: MEDIAL → rotação externa , LATERAL → rotação interna.

OBS: Menisco medial (mais lesado) é maior e menos móvel, lateral é menor e mais móvel, serve p/ amortecimento.

OBS: Calcanhar aponta para lesão.



Fonte da imagem: Próprio autor

Teste de Appley: paciente em posição pronada, quadril estendido; joelho flexão, compressão axial no pé + RE/RI (rotação externa/rotação interna) → dor, repete o exame realizando a distração → melhora da dor



Fonte da imagem: Próprio autor

*Teste da gaveta anterior: Gaveta anterior (joelho fletido a 80°, examinador estabiliza o pé do paciente e posiciona as mãos na região posterior do 1/3 superior da tíbia, perna em rotação neutra, traciona a tíbia para frente → deslocamento anterior)

*Teste da gaveta posterior: joelho fletido a 80°, examinador estabiliza o pé do paciente e posiciona as mãos na região posterior do 1/3 superior da tíbia, traciona a tíbia para trás → deslocamento posterior, solicita-se ao paciente que contraia o quadríceps → redução da tíbia.

*Teste de Lachman: joelho fletido a 30°, examinador segura com uma das mãos a região supracondiliana do fêmur e com a outra, a região superior da tíbia, movimento antagônico com as mãos, uma

para frente e outra para trás → deslocamento de uma superfície articular sobre a outra, se tibia se desloca para frente: LCA, se tíbia se desloca para trás: LCP)

3.Tornozelo e pé

- Inspeção: Peça que o paciente fique descalço, observando uniformidade dos dedos, cava do pé, proeminência óssea, trofismos, distribuição dos pelos, unhas, calos, alinhamento do antipé, alinhamento do retropé, dedo em Martelo, taco de golfe ou Mallet, dedo em garra, hálux valgo, sinal dos muitos dedos, cistos, podagra, etc.

-Palpação: Palpe os pontos dolorosos, pulsos pedioso, tibial posterior, nervos, tendões, ligamentos/cápsula articular, estruturas ósseas/articulações

-Movimentação: Ainda descalço, peça que o paciente caminhe de forma usual, na pontas dos pés, que pule, e caminhe sobre o calcânhar. Além disso, peça que faça os movimentos de dorsoflexão, extensão, inversão, eversão, abdução, adução, pronação, supinação.

- Manobras especiais:

Teste de Thompson: Neste teste o examinador segura a perna com uma mão, deixando o pé solto e com a outra mão comprime a panturrilha. No lado esquerdo deste paciente, o pé se move, pois o tendão está inteiro (TESTE NEGATIVO). No lado direito o pé não se move, pois o tendão está rompido (TESTE POSITIVO) – serve para avaliar ruptura do tendão de Aquiles.

SOBRE OS AUTORES



Larissa Albuquerque Oliveira

Graduada em Educação Física – Bacharelado pela Universidade de Fortaleza (Unifor) – Fortaleza – CE.

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus (Unichristus) – Fortaleza – CE.



Lara Hannyella Gouveia Duarte

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus (Unichristus) – Fortaleza – CE.



Giovanna Da Costa Guerreiro

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Christus (Unichristus), Fortaleza – CE.



Francisco Theogenes Macêdo Silva

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC);
Médico Reumatologista com Residência Médica pelo Hospital Geral de Fortaleza - CE (HGF);
Mestre em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais pelo Centro Universitário Christus;
Docente e Coordenador dos temas em Reumatologia pelo Centro Universitário Christus (Unichristus).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Anamnese 14
aparelho locomotor 9, 11

D

diagnóstico 9

E

esqueleto axial 22
exame clinico 9
Exame fisico 31, 43
Exame físico 22

M

membros inferiores 43
membros superiores 31

R

reumatologia 14

S

sintomas 11
sintomas da reumatologia 11

T

Termos semiológicos 11

ISBN 978-65-5388-075-7



9 786553 880757 >