

BMJ Best Practice

Avaliação da articulação inflamada

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Sep 04, 2018

Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Visão geral	5
Etiologia	5
Emergencies	10
Considerações de urgência	10
Sinais de alarme	12
Diagnóstico	13
Abordagem passo a passo do diagnóstico	13
Visão geral do diagnóstico diferencial	23
Diagnóstico diferencial	25
Diretrizes de diagnóstico	45
Recursos online	46
Referências	47
Imagens	54
Aviso legal	59

Resumo

- ◊ A artrite inflamatória é um termo comum para diversas condições que se manifestam com dor articular, edema e rigidez em graus variados de comprometimento funcional. Essas doenças podem ser amplamente categorizadas como:
 - Artrite infecciosa
 - Artrite mediada imunologicamente
 - Artrite inflamatória não infecciosa e não mediada imunologicamente
 - Artrite paraneoplásica
 - Artrite neoplásica.

Em pacientes de dor e edema em uma única articulação, a infecção aguda é uma causa relativamente comum, podendo resultar em um dano rápido e irreversível. Por outro lado, a maioria dos pacientes com comprometimento de várias articulações tende a apresentar alterações de duração crônica. O prognóstico é favorável para os pacientes que permanecem inclassificáveis, sendo que quase 50% deles apresentam remissão que não exige terapia farmacológica no acompanhamento a 1 ano.

[Fig-1]

◊ Diferenciação da dor articular :

Além de doenças articulares inflamatórias, a dor nas articulações também pode ser causada por:

- Dano articular (por exemplo, osteoartrite ou trauma que leve a uma fratura ou desarranjo interno)
- Dor referida
- Limiar de dor alterado (como é visto nas síndromes de sensibilização central, como fibromialgia).

Dor decorrente de uma patologia intra-articular precisa ser diferenciada da dor referida originária de tecidos moles adjacentes ou osso justa-articular. No contexto da dor referida, geralmente, a amplitude de movimentos da articulação não é afetada, e o movimento articular não agrava a dor, enquanto a palpação sobre uma bursa regional, tendão ou ligamento pode eliciar a dor.

◊ Características da inflamação :

Os sinais clássicos de inflamação, em geral, também se aplicam à doença articular inflamatória:

- Dor (agravada pelo movimento)
- Eritema
- Calor
- Edema
- Rigidez
- Limitação da amplitude de movimentos.

Geralmente, não é possível detectar todas as características indicadas acima (principalmente edema e eritema) em articulações profundas, como ombros, quadris, articulações intervertebrais e sacroilíacas.

◊ **Monoartrite versus poliartrite :**

As causas de oligoartrite (que envolve 2-4 articulações) ou de poliartrite (que envolve ≥ 5 articulações) também podem ser, em sua maioria, causas de monoartrite, pois quase todas as doenças artríticas podem afetar inicialmente uma única articulação. A doença mais grave e importante que precisa ser considerada na investigação de uma monoartrite aguda é a artrite séptica não gonocócica (piogênica). Se o diagnóstico for equivocado e a terapêutica antimicrobiana adequada não for instituída desde o início, a destruição rápida da cartilagem articular poderá causar lesões irreversíveis das articulações.

Etiologia

As etiologias da artrite inflamatória são variadas e podem ser agrupadas nas seguintes categorias amplas:

- Artrite infecciosa
- Artrite mediada imunologicamente
- Artrite inflamatória não infecciosa e não mediada imunologicamente
- Artrite paraneoplásica
- Artrite neoplásica.

Infecciosa

Para todos os fins práticos, uma monoartrite aguda decorre de uma artrite séptica até que se prove o contrário. É, sem dúvida, a causa mais grave de uma "articulação quente" aguda e sempre deve ser excluída antes de considerarmos outras doenças.

Na infecção gonocócica disseminada que compromete a articulação, os sintomas agudos de febre, uretrite e dor articular são acompanhados por tenossinovite e erupção cutânea pustular ou vesículo-pustular.

As artrites tuberculosa, micobacteriana não tuberculosa, brucélica e fúngica são muito menos comuns que a artrite piogênica (séptica) aguda ou gonocócica e, geralmente, são indolentes. É necessário um alto índice de suspeita para estabelecer o diagnóstico correto, que pode ser confirmado com biópsia sinovial. Se o diagnóstico for equivocado ou o tratamento instituído for incorreto, poderão ocorrer lesões permanentes na articulação. Além disso, a doença pode se disseminar e causar risco de vida.

A história de uma picada de carapato antecedente em áreas endêmicas (por exemplo, os estados do Nordeste, Centro-Oeste e a área costeira ocidental dos Estados Unidos e nos países da Europa central e da Escandinávia) sugere doença de Lyme. A erupção cutânea no local da picada tem aparência de olho de boi, com clareamento central e lesões vesiculares (eritema migratório).

O parvovírus B19 é o mesmo vírus que causa eritema infeccioso (quinta doença) em crianças. Esse vírus pode causar poliartrite aguda que, por vezes, se assemelha a artrite reumatoide (AR). É mais comum em mulheres. A erupção cutânea em adultos é inespecífica. Anticorpos do tipo imunoglobulina M (IgM) e imunoglobulina G (IgG) circulantes, específicos para B19, são úteis para diagnosticar infecção aguda em um hospedeiro imunocompetente.^{[1] [2]} A artrite inflamatória também já foi descrita em outras infecções virais, como rubéola, mononucleose infecciosa (infecção pelo vírus Epstein-Barr), hepatites B e C e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Vários arbovírus foram incluídos na lista de patógenos virais emergentes associados à poliartrite inflamatória aguda ou crônica. Um aumento na prevalência mundial desses arbovírus é amplamente atribuído a viagens internacionais e ao alcance crescente dos mosquitos vetores em decorrência de atividades comerciais, viagens e alterações climáticas. Em alguns casos, essas infecções podem causar artrite inflamatória semelhante a AR. Quase todas as infecções sintomáticas causadas por chikungunya, vírus Ross River, Zika, O'nyong nyong e Mayaro resultam em artralgia significativa. Aedes aegypti e Aedes albopictus são os mosquitos vetores do vírus chikungunya. A infecção por chikungunya foi detectada em turistas em retorno aos Estados Unidos, à Europa e ao Canadá. Deve-se suspeitar da infecção em pacientes com poliartrite inflamatória com história de viagens a áreas endêmicas.^[3] Foi descrita poliartrite de grandes articulações associada com a doença do vírus Ebola.^[4] Além disso, estudo transversal detalhando sequelas clínicas entre 277 sobreviventes de doença do vírus Ebola, relatou artralgias em cerca de 76% dos pacientes

(predominantemente o padrão de oligoartralgia [1-4 articulações], com envolvimento bilateral na maioria dos pacientes).^[5]

Mediado imunologicamente

A AR manifesta-se tipicamente como rigidez matinal e inchaço e sensibilidade simétrica das articulações metacarpo-falangeais e interfalangeanas proximais, embora outras articulações também possam ser afetadas. Nódulos reumatóides são bastante específicos para AR, mas são observados em apenas 30% dos casos.

Embora mais comum em crianças, a febre reumática aguda também ocorre em adultos. Em um paciente típico, a artrite da febre reumática afeta várias articulações em uma rápida sucessão, sendo que o comprometimento de cada articulação não excede uma semana.^[6]

A poliartrite do lúpus eritematoso sistêmico (LES), que raramente é deformante (artropatia de Jaccoud), causa dor e rigidez moderadas. É pior pela manhã e está associada a edema mínimo nas articulações. As articulações afetadas apresentam sensibilidade e dor à mobilização, mas, geralmente, elas não ficam quentes nem edemaciadas (como na AR).

Artrite inflamatória também pode se desenvolver em outras doenças reumáticas autoimunes como síndrome de Sjögren primária, doença mista do tecido conjuntivo, esclerose sistêmica (esclerodermia), policondrite recidivante, doença de Behcet, púrpura de Henoch-Schönlein, vasculites sistêmicas (por exemplo, granulomatose com poliangiti [granulomatose de Wegener], poliangiti microscópica, poliarterite nodosa e doença de Kawasaki) e síndrome antissintetase. A discussão detalhada dessas doenças está fora do escopo desta revisão.

Febre de, pelo menos, 39 °C (102 °F) com erupção cutânea, faringite e poliartrite envolvendo punhos, joelhos, tornozelos, cotovelos, articulações IFP e ombros são características da doença de Still de início tardio.

A espondiloartropatia pode se desenvolver em associação a doenças gastrointestinais, como doença inflamatória intestinal (doença de Crohn e colite ulcerativa), artrite reativa associada à infecção entérica (Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter), cirurgia de derivação gástrica ou doença de Whipple. Às vezes, ela é chamada de artrite enteropática. A espondiloartropatia de início juvenil causa comprometimento assimétrico principalmente dos membros inferiores, que se inicia em meninos com 7 a 16 anos de idade. A espondiloartropatia também pode se desenvolver sem características específicas (espondiloartropatia indiferenciada).

A presença de artrite inflamatória, sacroileíte e espondilite em um paciente com psoríase torna provável o diagnóstico de artrite psoriática. Sensibilidade na interlinha articular e derrames nas grandes e pequenas articulações afetadas, geralmente em uma distribuição assimétrica, são achados típicos.

Artrite esternoclavicular, comprometimento das articulações vertebrais e sacroilíacas, pustulose palmoplantar e acne sugerem a síndrome SAPHO (sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte).

A artrite reativa ocorre após infecção (por Chlamydia ou determinadas bactérias entéricas gram-negativas, como Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter) e é acompanhada por uretrite, conjuntivite e uveíte anterior, úlceras orais, ceratodermia blenorragica (lesões cerosas vesículo-pustulares amarelas e marrons nas palmas das mãos e nas solas dos pés, que podem se fundir e formar crostas maiores), alterações nas unhas similares à psoríase e balanite circinada.

O comprometimento das articulações axiais é uma característica essencial da espondilite anquilosante (EA) e ajuda a diferenciar essa doença de outras formas de artrite inflamatória. Sensibilidade das articulações sacroilíacas (elicitada pela pressão direta sobre elas), mobilidade limitada da coluna e expansão torácica limitada são achados típicos.

Na sarcoidose aguda, podem se manifestar poliarterite, tendinite, entesopatia (inflamação das ênteses, o local no qual ocorre inserção de um tendão ou um ligamento no osso) e dactilite (dedos em salsicha).^[7]

A artrite idiopática juvenil (AIJ) é a artropatia crônica mais comum em crianças e inclui vários subtipos. A artrite idiopática juvenil poliarticular pode evoluir para AR adulta (principalmente se for soropositiva), e, contrariamente ao que se considerava no passado, uma porcentagem significativa desses pacientes pode continuar a ter a doença ativa na fase adulta. A artrite idiopática juvenil oligoarticular afeta de 2 a 4 articulações inicialmente e é mais comum em meninas. O diagnóstico é realizado de forma clínica. Os exames laboratoriais e radiográficos fornecem informações de classificação e prognósticas, mas não são diagnósticos. Em cerca de 10% a 20% das crianças com artrite idiopática juvenil, há risco de a doença evoluir para uveíte anterior, o que exige exames oftalmológicos regulares para detecção e manejo.

A síndrome RS3PE ("remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema"), manifesta-se com poliartrite de início agudo e edema depressível das superfícies dorsais das mãos e dos pés. É observada com mais frequência em homens, em pacientes idosos (≥ 50 anos) e, geralmente, não é erosiva. Como sugere o nome, geralmente o fator reumatoide é negativo.^[8]

Nas últimas décadas, foram reconhecidas várias síndromes autoinflamatórias hereditárias tanto em crianças quanto em adultos, e o interesse por elas aumentou consideravelmente na comunidade científica. Essas doenças incluem síndromes periódicas, como febre familiar do Mediterrâneo (FFM); síndrome de hiperimunoglobulinemia D (SHID); síndrome periódica associada ao receptor do fator de necrose tumoral (TRAPS); síndromes periódicas associadas à criopirina (CAPS); síndrome de Blau; síndrome da artrite piogênica estéril, pioderma gangrenoso e acne (PAPA); e síndrome de febre periódica, estomatite aftosa, faringite e adenite (PFAPA). A artrite inflamatória pode ser uma característica importante em algumas dessas síndromes. A descrição detalhada dessas doenças está fora do escopo desta revisão.^{[9] [10] [11]}

Várias classes de medicamentos foram implicadas na indução de uma artropatia inflamatória mediada imunologicamente. Procainamida, hidralazina, minociclina, isoniazida e inibidores do fator de necrose tumoral podem induzir LES. Observou-se uma reação semelhante à doença do soro com agentes farmacológicos orais e parenterais, incluindo produtos derivados de plasma e biológicos. Além disso, doenças como artralgia, artrite inflamatória e tendinite também foram associadas ao uso de inibidores da aromatase, clopidogrel, antibióticos de quinolona e estatinas. Sitagliptina e saxagliptina (hipoglicemiantes orais para diabetes do tipo 2) foram associadas com poliartralgia grave e incapacitante.^[12]

Eventos adversos relacionados à imunidade, incluindo artrite inflamatória, foram reportados como sendo secundários a terapia com inibidor de checkpoint imunológico para câncer.^{[13] [14] [15] [16]} Em uma série de casos de 13 pacientes tratados com ipilimumabe (anti-CTLA-4) e/ou nivolumabe (anti-PD-1) para tumores sólidos, 9 pacientes desenvolveram artrite inflamatória (principalmente artrite poliarticular envolvendo pequenas e grandes articulações semelhante a artrite reumatoide) e 4 apresentaram sintomas de secura.^[17]

Artrite inflamatória não infecciosa e não mediada imunologicamente

A osteoartrite é um distúrbio articular degenerativo. A prevalência aumenta com a idade. Embora seja um processo predominantemente degenerativo e não inflamatório, clinicamente, às vezes, pode ser difícil diferenciá-los, portanto, sua inclusão no diagnóstico diferencial. As articulações mais afetadas são joelhos, quadris, articulações dos dedos (interfalângicas proximais e distais e das primeiras carpometacárpicas) e coluna lombar e cervical. Os pacientes apresentam dor e rigidez nas articulações, que normalmente pioram com atividade física. A osteoartrite erosiva, às vezes, referida como osteoartrite inflamatória, é caracterizada por um tipo mais grave e agressivo de artrite das mãos, que pode se tornar agudamente sintomática, similar à artrite inflamatória.

Dor e edema nas articulações em paciente com história recente de trauma na articulação afetada sempre levantam a possibilidade de fratura, luxação e alteração interna. Ocasionalmente (por exemplo, com superdosagem de medicamentos, intoxicação alcoólica ou história de convulsão ou concussão), a história de lesão articular pode não estar disponível; dessa forma, se houver suspeita de trauma a uma articulação, são necessários imobilização e exames de imagem adequados para descartar fratura ou outras anormalidades anatômicas.

A gota aguda ocorre geralmente em homens, afetando, com frequência, o pé e com dor intensa localizada no hálux.

A pseudogota envolve ataques agudos de precipitação de cristais de di-hidrato de pirofosfato de cálcio (DPFC) que causam sintomas muito semelhantes aos da gota aguda. Neste caso, a articulação normalmente afetada é o joelho. No entanto, também pode afetar o punho, o ombro e a sínfise púbica.

[Fig-2]

Além da gota e da pseudogota, raramente ocorrem outras artropatias induzidas por cristais (como as associadas ao depósito de hidroxiapatita de cálcio, fosfato de cálcio básico, oxalato de cálcio, etc.), e elas podem não ser percebidas, a menos que especificamente consideradas e investigadas.

A articulação com hemartrose é edemaciada e quente e tem uma amplitude de movimentos muito dolorosa e restrita. É possível observar hematomas e equimoses superficiais.

Condições raras que afetam a membrana sinovial incluem sinovite vilonodular pigmentada (caracterizada por inflamação e supercrescimento sinovial cujo gatilho se desconhece) e osteocondromatose sinovial (onde vários corpos flutuantes osteocondrais se formam dentro de uma articulação, causando dor, edema e episódios repetidos de bloqueio).

Reumatismo fibroblástico é um distúrbio raro caracterizado pelo desenvolvimento de uma poliartrite erosiva com vários nódulos cutâneos. Biópsia da pele e sinovial revelam proliferação de células tipo miofibroblasto dentro de uma matriz de colágeno.[18]

Paraneoplásica

A osteoartropatia hipertrófica (OAH) é uma síndrome clínica de baqueteamento digital dos dedos das mãos e pododáctilos, aumento do volume dos membros e articulações dolorosas e edemaciadas. A OAH é caracterizada por periostite simétrica envolvendo o rádio e a fíbula e, em menor escala, o fêmur, o úmero, os metacarpos e os metatarsos. A síndrome pode ser primária ou secundária com malignidade associada. São outras síndromes articulares paraneoplásicas: fasciite palmar com síndrome de poliartrite, artrite

paraneoplásica, síndrome RS3PE paraneoplásica, artrite amiloide (observada em mieloma múltiplo); síndrome de pancreatite, poliartrite e paniculite (PPP) (ocasionalmente observadas no câncer de pâncreas) e retículo-histiocitose multicêntrica.[\[8\]](#) [\[19\]](#) [\[20\]](#) A descrição detalhada dessas doenças está fora do escopo desta revisão.

Neoplásica

Lipoma arborescente é uma neoplasia sinovial benigna primária muito rara que pode envolver uma ou mais articulações. Foi descrito comprometimento dos joelhos, tornozelos, quadris, ombros e cotovelos.[\[21\]](#)

O sarcoma sinovial é uma malignidade rara que afeta adultos jovens com idades entre 20 e 40 anos, com idade mediana de 35 anos no momento em que é estabelecido o diagnóstico. As articulações dos membros inferiores são os locais afetados mais comuns. Com o diagnóstico precoce, é possível obter a cura nesses pacientes com doença localizada. No entanto, o diagnóstico errado pode causar a destruição articular local e a doença metastática incurável.

Metástase intra-articular pode ser a primeira manifestação de uma malignidade cuja origem primária seja desconhecida. É necessário ter um alto índice de suspeita em pacientes com malignidade conhecida. É difícil estabelecer o diagnóstico correto sem uma citologia do líquido sinovial e uma biópsia sinovial.

Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

Artrite séptica não gonocócica

Sem dúvida, é a causa mais grave de uma articulação inflamada. Pacientes em risco incluem:

- Idosos
- Usuários de drogas intravenosas
- Aqueles com bactеремia recente
- Pessoas com diabetes
- Pacientes imunocomprometidos (por exemplo, aqueles com doença por HIV ou recebendo quimioterapia ou outros medicamentos imunossupressores)
- Pacientes com doença falciforme ou outras hemoglobinopatias
- Pessoas com artrite reumatoide
- Aqueles com articulações protéticas.

Se o diagnóstico for equivocado e o tratamento com antibióticos adequados não for instituído precocemente, a artrite séptica não gonocócica poderá causar lesões permanentes à articulação e risco de vida.

O diagnóstico definitivo de artrite séptica requer aspiração da articulação e análise do líquido sinovial (incluindo coloração de Gram e cultura). Em todos os pacientes com suspeita de artrite séptica, a antibioticoterapia empírica deve ser iniciada após coleta de amostras adequadas (isto é, sangue e líquido sinovial) para cultura.[\[22\]](#) Não existem evidências de alta qualidade para basear as decisões de escolha dos antibióticos, de duração ou via de administração da terapia. Os antibióticos são administrados geralmente por via intravenosa durante 2 semanas, seguidos por 4 semanas de terapia oral.

Artrite gonocócica

É uma manifestação da infecção gonocócica disseminada (IGD). A IGD é muito mais comum em mulheres, principalmente durante o período perimenstrual, devido ao rompimento do endométrio, que permite que a *Neisseria gonorrhoeae* entre na corrente sanguínea. Os pacientes se apresentam inicialmente com poliartralgia, tenossinovite (geralmente dos punhos e/ou dos tornozelos) e lesões cutâneas vesículo-pustulares esparsas e dolorosas. Posteriormente, a doença se manifesta com monoartrite ou oligoartrite (que envolve <5 articulações).

O diagnóstico pode ser estabelecido pela coloração de Gram e cultura de swabs uretrais, cervicais, retais ou orofaríngeos ou por sonda DNA do fluido da articulação afetada. Também é possível coletar culturas das pústulas cutâneas, embora o produto seja escasso. A infecção concomitante por Chlamydia, sífilis e HIV é frequente e deve ser investigada. A bactéria e a artrite devem ser tratadas com ceftriaxona ou medicamento similar, dependendo da política local e as sensibilidades.

Infecções indolentes

As artrites tuberculosa, micobacteriana não tuberculosa, brucélica e fúngica são muito menos comuns que a artrite piogênica (séptica) aguda ou gonocócica e, geralmente, são indolentes. É necessário ter um alto índice de suspeita e, em geral, é difícil estabelecer o diagnóstico correto. A biópsia sinovial e a cultura em meios especiais são necessárias se a aspiração articular não fornecer um diagnóstico definitivo. Se o

diagnóstico for equivocado ou for instituído o tratamento incorreto, pode ocorrer lesão articular permanente, e a doença pode se disseminar e causar risco de vida.

Antibióticos e agentes antifúngicos específicos para o organismo causador geralmente são administrados por 6 a 18 meses. No caso do surgimento de um abscesso, talvez seja necessário realizar drenagem aberta da articulação e desbridamento.

Trauma articular

Dor e edema na articulação em um paciente com história recente de trauma na articulação afetada sempre levantam a possibilidade de fratura, luxação, anormalidade interna, derrame traumático ou hemartrose. Ocionalmente (por exemplo, com superdosagem de medicamentos, intoxicação alcoólica ou história de convulsão ou concussão), a história de lesão articular pode não estar disponível; dessa forma, se houver suspeita de lesão traumática a uma articulação, são necessários imobilização e exames de imagem adequados para descartar fratura ou outras anormalidades anatômicas.

Hemartrose aguda

Esta condição deve ser considerada particularmente em:

- Pacientes com história conhecida de distúrbio hemorrágico (por exemplo, hemofilia A ou B ou inibidor do fator VIII adquirido)
- Pacientes sob anticoagulação
- Pessoas com histórico de lesão recente da articulação afetada (por exemplo, ligamento cruzado rompido).

A artrocentese revela sangue na cavidade sinovial, que desencadeia uma reação inflamatória intensa. Se a artrocentese terapêutica (às vezes, repetida) não for realizada imediatamente, as enzimas lisossomais liberadas das células inflamatórias poderão destruir a cartilagem e causar lesão articular permanente. É possível que sejam necessárias investigações adicionais, como radiografias simples e ressonância nuclear magnética (RNM) da articulação afetada, em caso de suspeita de trauma na articulação.

Câncer metastático intra-articular

Embora extremamente rara, a metástase pode ser a primeira manifestação de uma malignidade cuja origem primária é desconhecida. É necessário ter um alto índice de suspeita em pacientes com uma malignidade conhecida. O controle local e a conservação da função podem ser obtidos por meio de uma cirurgia minimamente invasiva.

Sarcoma sinovial

Essa malignidade rara afeta adultos jovens, com idade mediana de 35 anos no momento em que o diagnóstico é estabelecido. As articulações dos membros inferiores são os locais afetados mais comuns. Com o diagnóstico precoce, é possível obter a cura em pacientes com doença localizada. No entanto, o diagnóstico errado pode causar a destruição articular local e a doença metastática incurável.

O tratamento mais comum é a cirurgia para remoção do tumor inteiro com margens negativas (isto é, sem células cancerosas na margem ou na borda do tecido removido durante a cirurgia). Se a primeira cirurgia não obtiver margens de tecido negativas, talvez seja necessário realizar uma segunda cirurgia.[\[23\]](#)

Sinais de alarme

- Artrite séptica não gonocócica
- Artrite gonocócica
- Infecções indolentes
- Trauma
- Hemartrose não traumática
- Osteoartropatia hipertrófica
- Câncer metastático intra-articular
- Sarcoma sinovial

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Uma anamnese dirigida e orientada para o problema e um exame físico completo são essenciais para limitar os diagnósticos diferenciais, simplificar as investigações apropriadas e estabelecer a causa da inflamação articular. É importante estabelecer o diagnóstico correto antes de iniciar o tratamento definitivo, pois o diagnóstico errado e o tratamento incorreto podem causar lesões articulares irreversíveis.

Um número significativo de pessoas tem artrite inflamatória periférica indiferenciada para a qual nenhuma causa subjacente pode ser encontrada na investigação inicial.[\[24\]](#) [\[25\]](#) [\[26\]](#) A artrite inflamatória periférica indiferenciada pode persistir nesses pacientes, ou eles podem progredir para um diagnóstico específico ou entrar em remissão. É importante monitorar a atividade da doença nesses pacientes.[\[1\]](#) [\[24\]](#) [\[25\]](#)

Anamnese e exame físico

O diagnóstico diferencial da inflamação articular dependerá da natureza da inflamação, ou seja, se ela é aguda e confinada a uma única articulação ou se envolve várias articulações. O médico deve ter em mente a ressalva de que as causas de oligoartrite ou de poliartrite também podem ser, em sua maioria, causas de monoartrite, pois quase todas as doenças artríticas podem afetar inicialmente uma única articulação.

Monoartropatia aguda

Quando um paciente se apresenta com monoartropatia quente e aguda, deve-se considerar e descartar artrite séptica (piogênica). A artrite séptica não gonocócica (piogênica) afeta mais comumente:

- Idosos
- Usuários de drogas intravenosas
- Aqueles com bacteremia recente
- Pessoas com diabetes
- Pacientes imunocomprometidos (por exemplo, aqueles com doença por HIV ou recebendo quimioterapia ou outros medicamentos imunossupressores)
- Pacientes com doença falciforme ou outras hemoglobinopatias
- Pessoas com artrite reumatoide (AR)
- Aqueles com articulações protéticas.

Uma história típica deve incluir bacteremia recente, infecção cutânea ou cirurgia articular e a presença de próteses articulares. O início agudo de edema, com dor intensa e amplitude de movimentos muito limitada em uma única articulação ou, raramente, em algumas articulações, é acompanhado por características constitucionais, como febre e mal-estar. A articulação do joelho é afetada em 50% dos pacientes.[\[27\]](#) A identificação de bactérias no líquido sinovial pela coloração de Gram, com recuperação subsequente do organismo na cultura, é o teste diagnóstico definitivo. Se não for possível obter o líquido sinovial por meio de punção aspirativa, a articulação deverá ser aspirada sob orientação de tomografia computadorizada (TC) ou ultrassonografia.

Outras condições que apresentam monoartrite aguda incluem artrite gonocócica, gota aguda, pseudogota aguda, hemartrose com ou sem trauma articular, uma apresentação monoarticular de artrite reativa, artrite de Lyme, tumor de células gigantes tenossinoviais (anteriormente, sinovite vilonodular pigmentada), osteocondromatose sinovial e lipoma arborescens.

- Ocorre a infecção gonocócica disseminada (IGD) em 0.5% a 3% dos pacientes infectados por *Neisseria gonorrhoeae*. Ela se manifesta com febre, calafrios, mal-estar e monoartrite ou poliartralgia,

juntamente com tenossinovite (punhos, dedos das mãos, tornozelos, pododáctilos) e lesões cutâneas pustulares ou vesículo-pustulares esparsas (entre 2 e 10).^[28] Essas lesões cutâneas podem ser sutis e passarem despercebidas, a menos que sejam investigadas de forma específica. A monoartrite ou a oligoartrite resultante de IGD geralmente afeta os joelhos, os punhos ou os tornozelos. Dor ao longo das bainhas dos tendões com movimento articular ativo ou passivo é uma característica de tenossinovite gonocócica. A cultura de líquido sinovial e sangue em meio de Thayer-Martin pode propiciar o crescimento de *N gonorrhoeae*.

- A gota clínica compreende um grupo heterogêneo de distúrbios caracterizados pelo depósito de cristais de urato monossódico nas articulações e nos tendões. As manifestações comuns de gota aguda são dor intensa, vermelhidão e edema comprometendo uma única articulação (80% dos pacientes), em geral, nos membros inferiores, geralmente na primeira articulação metatarsofalângica (podagra). A gravidade máxima do ataque geralmente é atingida em algumas horas. Mesmo sem tratamento, o episódio quase sempre remite completamente em alguns dias a algumas semanas. A artropatia gotosa de longa duração, geralmente, está associada a depósitos tofáceos. Na microscopia óptica polarizada, os cristais de urato monossódico (intra e extracelular) são visíveis no aspirado de líquido sinovial e no aspirado de um tofo.^{[29] [30]}

[Fig-3]

[Fig-4]

- O pseudogota aguda ocorre em decorrência da precipitação de cristais de pirofosfato de cálcio di-hidratado (DPFC). A sinovite induzida por cristais de DPFC clinicamente se assemelha à gota clássica: ataques agudos ou subagudos autolimitados de monoartrite ou oligoartrite (envolvendo <5 articulações).^[31] Trauma, cirurgia ou afecção clínica podem precipitar esses ataques. O paciente típico tem >65 anos de idade e história de episódios recorrentes de artrite. O joelho é afetado em >50% dos pacientes, embora os ataques também possam envolver os punhos, as articulações metacarpofalângicas, os ombros e os cotovelos. Um padrão simétrico de comprometimento articular é comum, mas também pode ocorrer comprometimento unilateral. A condrocalcinoze (presença de calcificação na fibrocartilagem e na cartilagem hialina, que é visível na radiografia) geralmente está presente em pacientes com doença de depósito de cristais de DPFC. Distúrbios associados a doença de depósito de DPFC incluem hemocromatose, hiperparatiroidismo, hipomagnesemia, hipofosfatasia, hipotireoidismo e hipercalcemia hipocalciúrica familiar.^[32] O rastreamento de doenças associadas deve ser orientado pelo quadro clínico e o nível de suspeita.^[33]

[Fig-2]

[Fig-5]

- O sangramento em uma articulação (hemartrose) é uma causa importante de edema e dor monoarticular. Fatores que podem influenciar a hemartrose incluem trauma, doenças hemorrágicas (hemofilia), déficits neurológicos (articulação de Charcot), neoplasias intra-articulares (por exemplo, sinovite vilonodular pigmentada) ou anormalidade vascular (hemangioma, malformação arteriovenosa, aneurisma, anormalidades estruturais sinoviais vasculares). A articulação é edemaciada e quente e tem uma amplitude de movimentos muito dolorosa e restrita. É possível observar hematomas e equimoses superficiais. A lipo-hemartrose causada por derrame de gordura medular no líquido sinovial é altamente sugestiva de fratura intra-articular. O derrame de sangue na hemartrose geralmente não coagula em decorrência da fibrinólise crônica, enquanto o sangue proveniente de uma aspiração traumática geralmente coagula. A radiografia da articulação afetada pode identificar uma fratura intracapsular, enquanto uma ressonância nuclear magnética (RNM) é necessária para demonstrar lesão na cartilagem, ruptura do ligamento intra-articular ou sinovite vilonodular pigmentada.

- O derrame sinovial traumático é sugerido pela história e deve suscitar a imobilização e exames de imagem adequados para descartar anormalidades anatômicas.
- A artrite reativa se desenvolve logo após uma infecção em outro local do corpo, mas não é possível recuperar os micro-organismos da articulação. Os patógenos clássicos da artrite reativa são Chlamydia trachomatis, Yersinia, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Clostridium difficile e Chlamydia pneumoniae. O período de latência entre a infecção sintomática precedente e o início da artrite varia de alguns dias a algumas semanas. A apresentação típica é uma monoartrite ou uma oligoartrite assimétrica (envolvendo <5 articulações), que afeta predominantemente os membros inferiores. No entanto, cerca de 50% dos pacientes também têm artrite nos membros superiores e alguns têm poliartrite das pequenas articulações. Podem estar presentes dactilite, entesite e tenossinovite. As manifestações extra-articulares incluem conjuntivite e uveíte anterior, úlceras orais, ceratodermia blenorragica (lesões cutâneas psoriasiformes nas solas dos pés), alterações nas unhas similares a psoríase e balanite circinada. A uretrite pode causar disúria e dor pélvica. Infecções por Yersinia, Salmonella, Campylobacter e C pneumoniae causam grandes respostas de anticorpos. Títulos de imunoglobulina M (IgM) e elevados de imunoglobulina G (IgG; soros pareados) podem ser úteis no diagnóstico de infecções recentes por Yersinia e Campylobacter, mesmo em comunidades nas quais a soroprevalência é elevada. O teste de HLA-B27 (antígeno leucocitário humano B27) não é útil para o diagnóstico de artrite reativa independentemente da probabilidade prévia. No entanto, é útil no prognóstico em pacientes HLA-B27-positivos que apresentam duração mais intensa e prolongada da artrite e maior probabilidade da doença evoluir para espondiloartrite crônica. A artrite reativa pode se comportar de forma mais agressiva em pacientes com doença por vírus da imunodeficiência humana (HIV) coexistente.

[Fig-6]

- A doença de Lyme causada por picada de carrapato infectado (espécie *Ixodes*) atualmente é a doença transmitida por vetores mais comum na América do Norte e na Europa.^[34] As manifestações articulares geralmente surgem tarde na evolução da doença e são caracterizadas por ataques recorrentes de dor e edema assimétricos em algumas grandes articulações. É importante realizar a anamnese detalhada de viagens e atividades, com perguntas sobre residências e achados clínicos prévios que possam ser consistentes com a doença de Lyme.^[35] Ocorre monoartrite ou oligoartrite intermitente (envolvendo <5 articulações) em cerca de 60% dos pacientes não tratados com doença disseminada tardia; em cerca de 10% dos pacientes não tratados, a doença evolui para monoartrite persistente. Uma erupção cutânea antecedente (eritema migratório), desenvolve-se no local da picada de carrapato em até 85% dos pacientes. As articulações envolvidas com mais frequência são joelhos, ombros, tornozelos, cotovelos, a articulação temporomandibular e os punhos.
- O tumor de células gigantes tenossinovial ocorre predominantemente em adultos jovens e de meia-idade. Esse distúrbio benigno é caracterizado por hipertrofia sinovial, mais comumente na articulação do joelho, com depósito de hemossiderina intra-articular difusa.
- Na condromatose sinovial, corpos cartilaginosos frouxos se desenvolvem e podem ossificar em 70% a 95% dos pacientes (osteochondromatose). Ele afeta principalmente os homens e também comumente afeta a articulação do joelho.
- O lipoma arborescens é caracterizado pela proliferação lipomatosa benigna da membrana sinovial, mais frequentemente da articulação do joelho. Essa condição idiopática é mais comum em homens na quarta e quinta décadas.

Poliartropatia aguda

As causas de poliartrite aguda incluem AR, lúpus eritematoso sistêmico (LES), artrite psoriásica, artrites enteropáticas (por exemplo, colite ulcerativa, doença de Crohn, doença celíaca, doença de Whipple), artrite

reativa (note que essa condição também é a causa de monoartrite aguda) , doença de Lyme (também uma causa de monoartrite aguda), síndrome SAPHO (sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte), doença de Still de início tardio, espondilite anquilosante (EA), febre reumática aguda (FRA), sarcoidose, síndrome do parvovírus B19, síndromes articulares paraneoplásicas, infecções por arbovírus (como chikungunya), sinovite seronegativa simétrica com edema depressível (RS3PE) e poliartrite aguda induzida por drogas.

- A AR é caracterizada por dor, edema e rigidez das articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais (IFP) das duas mãos, bem como poliartrite periférica envolvendo punhos, cotovelos, ombros, joelhos, tornozelos e articulações metatarsofalângicas. A rigidez matinal por, pelo menos, 30 a 60 minutos é típica. Nódulos reumatoïdes tendem a ocorrer posteriormente na evolução da doença. O fator reumatoide (FR) sérico e anticorpos aos anti-peptídeos citrulinados cíclicos (CCP) podem ser positivos. A sensibilidade do FR para a doença é de 26%, com especificidade de 60%.[\[36\]](#) Os anticorpos anti-CCP têm sensibilidade e especificidade mais elevadas para AR, de 99.4% e 66%, respectivamente.[\[37\]](#) [\[38\]](#) A taxa de sedimentação de eritrócitos (VHS) elevada e a proteína C-reativa indicam inflamação articular ativa. Erosões características da cartilagem e do osso ao redor das articulações metacarpofalângicas e interfalângica proximal podem ser observadas na radiografia das mãos, com subluxações e lesão articular graves em casos avançados. Os critérios de classificação para artrite reumatoide desenvolvidos pelo American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism concentram-se no diagnóstico e tratamento precoces.[\[39\]](#) [\[40\]](#) [\[41\]](#)

[Fig-7]

[Fig-8]

[Fig-9]

- O LES é uma doença inflamatória autoimune crônica que pode afetar a pele, as articulações, os rins, os pulmões, o sistema nervoso e as membranas serosas.[\[42\]](#) Mulheres jovens (com idades entre 20-30 anos) são as mais afetadas. Ocorrem sintomas articulares em mais que 90% das pacientes em algum momento e são, geralmente, a manifestação mais precoce. A artrite tende a ser migratória e assimétrica. Em casos raros, a doença pode evoluir para uma artropatia progressivamente deformante, mas redutível (consistindo principalmente no desvio ulnar dos dedos nas articulações metacarpofalângicas, denominado artropatia de Jaccoud). O fator antinuclear (FAN) é positivo em título significativo (em geral, $\geq 1:160$) em quase todos os pacientes com LES. Esse é o melhor teste diagnóstico, que apresenta sensibilidade elevada e deve ser realizado sempre que houver suspeita de LES.[\[43\]](#) Anticorpos anti-DNA de fita dupla e anticorpos anti-Smith (Sm) também são altamente específicos para LES.[\[44\]](#) [\[45\]](#)
- Pacientes com artrite psoriática queixam-se de dor, edema e rigidez nas articulações afetadas, com rigidez matinal que dura >30 minutos em 50% dos pacientes. A apresentação mais frequente é a oligoartrite (que envolve <5 articulações). Dactilite ("dedos em salsicha"), entesite (inflamação das enteses, o local onde o osso tem uma inserção para um tendão ou um ligamento) e tenossinovite não são incomuns.[\[7\]](#) As articulações interfalângicas distais (IFD) e a coluna são afetadas em 40% a 50% dos pacientes. Também podem ser observadas psoríase cutânea e das unhas. A artrite nas articulações IFD e a artrite mutilante (forma extremamente grave de artrite destrutiva crônica, caracterizada pela reabsorção dos ossos e consequente colapso dos tecidos moles, causando uma deformidade em "lápis-na-xícara" e encurtamento dos dedos) podem ser observadas na artrite psoriática. A artrite psoriática pode se comportar de forma mais agressiva em pacientes com HIV coexistente. O grupo de estudo Classification Criteria for Psoriatic Arthritis desenvolveu um conjunto validado de critérios de classificação para artrite psoriática com sensibilidade de 91.4% e especificidade de 98.7%.[\[46\]](#) [\[47\]](#)

[Fig-10]

- Artrites enteropáticas: estas condições levam a uma artrite inflamatória secundária a um processo mediado imunologicamente que afeta o trato gastrointestinal. Exemplos incluem:
 - Artrite inflamatória associada à doença inflamatória intestinal (ou seja, colite ulcerativa e doença de Crohn)
 - Artrite reativa após infecção por patógenos entéricos, como *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Chlamydia* e *Clostridium difficile* (descritos acima em "artrite reativa")
 - Artrite inflamatória associada a procedimentos de revascularização intestinal (também conhecida como síndrome de artrite dermatose associada ao intestino)
 - Doença celíaca
 - Doença de Whipple.
- A síndrome SAPHO (sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte) tem algumas manifestações clínicas que se assemelham a artrite psoriática. A artrite esternoclavicular é um elemento característico. A osteíte é a lesão esquelética mais proeminente, mas lesões ósseas líticas, escleróticas e hiperostóticas também podem se desenvolver. A pustulose palmoplantar e a acne são as principais lesões cutâneas.^[48]
- Artrite inflamatória semelhante a artrite reativa foi descrita em associação com acne conglobata, hidradenite supurativa e celulite dissecante do couro cabeludo.
- A monoartrite do joelho é a manifestação reumatológica mais comum da doença de Lyme disseminada tardia, mas uma oligoartrite assimétrica de grandes articulações (<5 articulações) também pode se desenvolver.
- A doença de Still de início tardio manifesta-se com dor articular intensa, geralmente, na mão. Pode ser acompanhada de dor muscular intensa. Além disso, é encontrada, geralmente, no tronco ou nos membros uma erupção cutânea febril não pruriginosa, macular ou máculo-papular, de cor de salmão. Faringite não supurativa grave também é comum na doença de Still de início tardio e pode ser sinal de recidivas da doença. Ocorre pericardite, derrames pleurais e infiltrados pulmonares transitórios em 30% a 40% dos pacientes.^{[49] [50]} A fusão das articulações do punho é uma característica da doença de Still de início tardio, embora ela ocorra somente em uma minoria dos pacientes.^[51] Uma concentração de ferritina sérica >6741 picomoles/L (>3000 nanogramas/mL) é comum na doença de Still de início tardio, sendo que alguns pacientes têm valores >22,470 picomoles/L (>10,000 nanogramas/mL).^[52] A elevação da ferritina se correlaciona com a atividade da doença. O exame de medula óssea demonstra patognomônica ativação de macrófagos em 12% dos pacientes, com macrófagos (histiocitos) numerosos e bem diferenciados envolvidos na fagocitose dos elementos hematopoieticos.
- A EA é uma doença inflamatória crônica do esqueleto axial, manifestando-se com lombalgia, sacroileite e rigidez progressiva da coluna. Ela afeta, characteristicamente, adultos jovens, e a idade máxima do início é entre 20 e 30 anos.^[53] Em 75% dos pacientes, o primeiro sintoma é a lombalgia por >3 meses: dor incômoda constante nas regiões lombar, glútea e posterior das coxas que geralmente melhora com exercícios, mas não com repouso (em oposição à dorsalgia mecânica), pode despertar o paciente durante o sono e está associada à rigidez matinal de >30 minutos de duração. Dor na virilha (indicando artrite no quadril) e a dor e a rigidez nos ombros são comuns. Mais raramente, outras articulações periféricas são afetadas. Articulações costochondrais, manúbrio-esternais e esterno-claviculares também podem ser afetadas. Outro possível sinal é a entesite, que pode se manifestar como tendinite de Aquiles ou fascite plantar. Amplitude de movimentos limitada e dor na movimentação dos quadris e dos ombros são comuns. A EA pode coexistir com psoríase e doença inflamatória intestinal. As manifestações extra-articulares incluem uveíte anterior unilateral

aguda, doença valvar aórtica, anormalidades de condução cardíaca e fibrose pulmonar apical. Entre os caucasianos, o HLA-B27 está presente em 95% dos pacientes de EA, em comparação com 8% da população geral.^[54] O HLA-B27 é mais útil que as radiografias para diagnóstico em pacientes que têm lombalgia crônica, nos quais um resultado positivo para HLA-B27 está associado a uma chance de 30% a 60% de presença de espondilite anquilosante.^[54] Mesmo após 10 anos de EA, somente 40% dos pacientes têm evidências radiográficas de sacroileite em filmes simples.^[55] A RNM é um exame mais sensível e específico na detecção das alterações da sacroileite. Ela é indicada quando as radiografias simples estão normais, mas há uma suspeita elevada de espondilite anquilosante.

Para esses casos iniciais, a RNM tem sensibilidade de 60%.^[56] Com base no seu desempenho na avaliação de pacientes com artrite periférica, entesite e/ou dactilite, a Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) desenvolveu critérios de classificação para espondiloartrite periférica.^[57]

- A febre reumática aguda é uma sequela não supurativa tardia da faringoamigdalite por estreptococo do grupo A. Em geral, após a faringite, há um período de latência de 2 a 3 semanas antes do surgimento das primeiras manifestações de febre reumática aguda.^[58] Pode se desenvolver uma artrite migratória aguda afetando os joelhos, os tornozelos, os cotovelos e os punhos. As articulações dos membros inferiores são, geralmente, as primeiras a serem comprometidas. Os anticorpos estreptocócicos são os mais úteis no diagnóstico, pois atingem um título máximo aproximadamente no momento do início da febre reumática aguda e indicam uma real infecção, não a transmissão. Outras manifestações podem incluir endocardite, coreia, nódulos subcutâneos e eritema marginado (critérios de Jones).^[59]

- A sarcoidose é uma doença multissistêmica de etiologia desconhecida. Geralmente, afeta adultos jovens de 20 a 40 anos e pode se apresentar com linfadenopatia hilar bilateral e paratraqueal direita, infiltrados pulmonares e lesões cutâneas ou nos olhos. Cerca de 25% dos pacientes desenvolvem artropatia sárcoide.^[60] O diagnóstico pode ser difícil quando o paciente se apresenta unicamente com dor articular. A síndrome de Löfgren é caracterizada pela tríade de adenopatia hilar bilateral, poliartrite aguda e eritema nodoso. Embora, geralmente, seja autolimitada, cerca de um terço dos pacientes têm uma evolução mais persistente. A artropatia sárcoide crônica é frequentemente associada à doença pulmonar intersticial e níveis elevados da enzima conversora da angiotensina (ECA).^[61] Na presença de características pulmonares típicas ou outras características extrapulmonares de sarcoidose, a histologia sinovial que revela vários granulomas não caseosos dá suporte ao diagnóstico.

[Fig-11]

- Geralmente, os sintomas são simétricos e ocorrem em várias articulações após a infecção por parvovírus e podem mimetizar AR. O diagnóstico é sugerido por um pródromo viral com sintomas tipo gripe e uma erupção cutânea (em alguns pacientes) um pouco antes da inflamação articular.^[62]
- Síndromes articulares paraneoplásicas incluem osteoartropatia hipertrófica, fascite palmar com síndrome de poliartrite e artrite paraneoplásica.^{[19] [20]}
- Em pacientes com poliartrite inflamatória com história de viagens para áreas endêmicas, é necessário suspeitar de infecções por arbovírus, como chikungunya. Os pacientes podem apresentar febre, erupção cutânea, mialgias, cefaleia e artralgias 2 a 10 dias após a picada de um mosquito (geralmente, de *Aedes albopictus*), e a artrite envolve pequenas articulações das mãos e dos pés, os punhos e os tornozelos na maioria dos afetados. Cerca de metade dos pacientes continua a ter artrite 6 meses após o início da doença. O diagnóstico é feito por cultura viral ou reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa de uma amostra de soro na fase aguda.
- A síndrome RS3PE ("remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema"), manifesta-se com poliartrite de início agudo e edema depressível das superfícies dorsais das mãos e dos pés.

É observada com mais frequência em homens, em pacientes idosos (≥ 50 anos) e, geralmente, não é erosiva. Como sugere o nome, geralmente o fator reumatoide é negativo.[8]

- Uma anamnese detalhada de medicamentos é importante em pacientes com artropatia inflamatória mediada imunologicamente. O uso de medicamentos, entre eles, procainamida, hidralazina, minociclina, isoniazida e inibidores do fator de necrose tumoral, pode estar associado ao lúpus induzido por medicamento. É possível observar uma reação semelhante à doença do soro com vários agentes farmacológicos orais e parenterais, entre eles, produtos derivados de plasma e modificadores de resposta biológica. Além disso, artralgia, artrite inflamatória e tendinite também foram associadas com o uso de inibidores da aromatase (por exemplo, anastrozol e letrozol), clopidogrel, antibióticos quinolônicos (por exemplo, levofloxacino e ciprofloxacino), estatinas e inibidores da dipeptidil peptidase-4 (DPP-4) (por exemplo, sitagliptina e saxagliptina).[12] Eventos adversos relacionados à imunidade, incluindo artrite inflamatória, foram reportados como sendo secundários a terapia com inibidor de checkpoint imunológico para câncer.[13] [14] [15] [16] Em uma série de casos de 13 pacientes tratados com ipilimumabe (anti-CTLA-4) e/ou nivolumabe (anti-PD-1) para tumores sólidos, 9 pacientes desenvolveram artrite inflamatória (principalmente artrite poliarticular envolvendo pequenas e grandes articulações semelhante a artrite reumatoide) e 4 apresentaram sintomas de secura.[17]

Investigações laboratoriais

O diagnóstico definitivo de artrite séptica requer aspiração da articulação e análise do líquido sinovial (incluindo coloração de Gram e cultura).

A cultura de gonococo em meio de Thayer-Martin deve ser solicitada no caso de suspeita de infecção gonocócica disseminada (IGD). Todos os pacientes com IGD devem ser avaliados para Chlamydia, sífilis e infecções pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Se simultaneamente houver uretrite, será necessário obter uma coloração de Gram do exsudato uretral.

Os cristais de urato monossódico são visíveis no aspirado articular de uma articulação gotosa na microscopia óptica polarizada. A presença de cristais de di-hidrato de pirofosfato de cálcio (DPFC) no aspirado articular (na microscopia óptica polarizada) é a principal característica de pseudogota. A pseudogota pode ser acompanhada por vários achados comórbidos (por exemplo, hemocromatose, hiperparatiroidismo, hipomagnesemia, hipofosfatose, hipotireoidismo e hipercalcemia hipocalciúrica familiar).[32]

[Fig-2]

O rastreamento da urina para *C trachomatis* é indicado na suspeita de artrite reativa com atividade sexual recente e uretrite. A coprocultura ou a sorologia para organismos específicos deve ser orientada pelo quadro clínico e o grau de suspeita. No entanto, observe que no momento em que a artrite se desenvolve, as coproculturas, geralmente, são negativas. Infecções por *Yersinia*, *Salmonella*, *Campylobacter* e *Chlamydia* causam grandes respostas de anticorpos.

O rastreamento pelo ensaio de imunoabsorção enzimática (ELISA) é o melhor teste diagnóstico para doença de Lyme. Os títulos podem permanecer elevados após meses de remissão.[35] [63] Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA desenvolveram critérios para estabelecer um diagnóstico de doença de Lyme usando rastreamento por ELISA, seguido por Western blot para *Borrelia burgdorferi*, a fim

de maximizar a sensibilidade e a especificidade durante todos os estádios da doença de Lyme. [CDC: Lyme disease - two-step laboratory testing process]

Hemoculturas e análise do líquido sinovial de rotina, inclusive culturas, não são úteis no diagnóstico de infecções indolentes, como tuberculose, brucelose ou infecções fúngicas. São necessários exames específicos do líquido sinovial (colorações fúngicas, de bacilos álcool-ácido resistentes e de brucela e culturas especiais).

Os anticorpos antipeptídeos citrulinados cíclicos (anti-CCP) são superiores ao fator reumatoide (FR) no estabelecimento do diagnóstico de artrite reumatoide (AR).[\[38\]](#)

Crianças com artrite idiopática juvenil sistêmica, geralmente, têm anemia, trombocitose e leucocitose. A VHS e a proteína C-reativa são elevadas em diferentes subtipos da doença.

O FAN é positivo na artrite idiopática juvenil oligoarticular e, em menor escala, na artrite idiopática juvenil poliarticular. A presença do FAN deve ser investigada em casos sugestivos de LES, já que ele é positivo em título significativo (geralmente, 1:160 ou superior) em quase todos os pacientes com LES. Além de FAN, a sorologia que apoia o diagnóstico de LES inclui anticorpos anti-cadeia dupla de DNA e anticorpos anti-Smith (Sm) positivos.

O HLA-B27 está presente em 95% dos pacientes brancos com espondilite anquilosante (EA).

Para artrites enteropáticas, os seguintes testes laboratoriais são úteis:

- Calprotectina fecal: níveis elevados são sugestivos de doença inflamatória intestinal. A confirmação do diagnóstico requer biópsia do cólon ou biópsia do intestino delgado.
- Anticorpos antitransglutaminase, antiendomísio e antigliadina: a presença desses anticorpos sugere doença celíaca. A confirmação do diagnóstico requer biópsia do intestino delgado (duodenal) mostrando atrofia vilositária subtotal e sua reversibilidade com dieta isenta de glúten.
- Reação em cadeia da polimerase no sangue para *Tropheryma whipplei*: sugestiva de doença de Whipple, embora o uso clínico deste teste ainda não tenha sido definido. A confirmação do diagnóstico requer endoscopia digestiva alta com biópsia duodenal e análise da amostra por coloração de ácido periódico de Schiff (PAS) e reação em cadeia da polimerase mais/ menos coloração imuno-histoquímica para *T whipplei*. Fluido e / ou tecido da sinôvia, líquido céfalorraquidiano ou linfonodos afetados podem ser usados para os mesmos testes.

Ferritina sérica é acentuadamente elevada em doença de Still de início tardio; o grau de elevação está relacionado com a atividade da doença. Ocasionalmente, é possível observar, na biópsia da medula óssea, a presença da ativação dos macrófagos, na qual os elementos hematopoiéticos são fagocitados pelas células (12% dos pacientes).

Não existem exames laboratoriais diagnósticos específicos para febre reumática aguda e o diagnóstico se baseia principalmente em alto índice de suspeita clínica. Na maioria dos pacientes, as culturas faríngeas são negativas no momento em que a doença evolui para febre reumática aguda. Se o título de antiestreptolisina O (ASO) for negativo, será necessário realizar testes para outros anticorpos antiestreptocócicos, como anti-DNase B, antiestreptoquinase e anti-hialuronidase.

Níveis muito elevados de enzima conversora da angiotensina (ECA) sérica indicam a extensão da inflamação granulomatosa e podem ajudar a diferenciar sarcoidose de outras causas da poliartrite soronegativa.

Níveis detectáveis de IgM específica para B19 podem ser encontrados 7 a 10 dias após a exposição ao parvovírus e permanecer mensuráveis por vários meses.[64]

O diagnóstico de infecções por arbovírus (por exemplo, chikungunya) pode ser confirmado por cultura viral, reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa para detectar ácido ribonucleico (RNA) viral ou exames de anticorpos incluindo ELISA, ensaios de imunofluorescência e teste de neutralização por redução de placa.[65]

Exames por imagem

Radiografias das articulações afetadas podem fornecer pistas úteis visando a natureza do problema na articulação. A radiografia realizada após a lesão articular pode revelar uma fratura, um achado investigado especificamente sempre que houver elementos lipoides no aspirado articular no exame microscópico. Além disso, podem ser observadas alterações típicas na artrite erosiva, e elementos característicos (osteopenia periarticular, estreitamento do espaço articular, neoformação óssea, anquilose óssea, calcinose, condrocalcinose ou acro-osteólise) podem diferenciar AR, artrite psoriática, gota, pseudogota, hemocromatose, hiperparatireoidismo, esclerodermia, osteoartrite, osteoartrite erosiva, distrofia simpático-reflexa e retículo-histiocitose multicêntrica.

A artrite da articulação IFD e a artrite mutilante (destruição macroscópica de articulações isoladas; aparência de "lápis-na-xícara") são achados radiográficos típicos para artrite psoriática. São outros achados acro-osteólise, periostite felpuda e neoformação óssea no local da entesite, lise articular e anquilose. Na síndrome SAPHO, radiografias, cintilografias ósseas e RNM podem revelar sinais de artrite esterno-clavicular, osteíte e lesões ósseas líticas, escleróticas e hiperostóticas. A perda da cartilagem na artrite idiopática juvenil apresenta-se como um estreitamento do espaço articular na radiografia da articulação, e na doença de longa duração, são observadas erosões. Na AR, geralmente, são observadas erosões características ao redor das articulações metacarpofalângicas e IFP na radiografia e na RNM. Subluxações e lesões articulares mais graves são observadas em casos avançados, mas esses achados são inespecíficos.

As radiografias das articulações de pacientes com osteoartrite revelam perda do espaço articular, esclerose subcondral, alterações císticas e osteófitos. Erosões centrais típicas, deformidades em “asa de gaivota” e em “dente de serra” e anquilose são observadas na osteoartrite erosiva dos dedos.

Metade dos pacientes com sarcoidose apresenta na radiografia torácica linfadenopatia hilar bilateral característica, adenopatia paratraqueal direita e opacidades reticulares pulmonares, geralmente nas zonas superiores. A tomografia por emissão de pósitrons (PET) pode ser útil para identificar a extensão e a distribuição das lesões sarcoides ocultas.[66]

[Fig-12]

A ultrassonografia musculoesquelética é uma modalidade de exame de imagem muito útil, não invasiva e sem radiação e pode ser usada à beira do leito. Ela pode ser usada para fins diagnósticos e terapêuticos (por exemplo, artrocentese guiada por ultrassonografia, injeções em tecidos moles e articulações). A ultrassonografia musculoesquelética apresenta uma precisão diagnóstica significativamente aprimorada para uma variedade de doenças reumatológicas. O American College of Rheumatology publicou um relatório sobre o uso razoável da ultrassonografia musculoesquelética na reumatologia,[67] que aborda o uso do exame no diagnóstico de sinovite, proliferação sinovial, erosões ósseas, derrame articular, tendinite, tenossinovite, entesopatias e artropatias por deposição de cristais (gota e artropatia por

pirofosfato de cálcio). Grandes erosões na segunda e quinta articulações metacarpofalângicas e quinta metatarsofalângica e na ulna distal são altamente específicas para e preditivas de AR.^[68] Demonstrou-se que a ultrassonografia com Doppler colorido é muito útil na diferenciação entre osteoartrite e artrite inflamatória do joelho.^[69] As recomendações da European Society of Musculoskeletal Radiology também reforçam o uso dessa modalidade de imagem.^[70]

Biópsia

A biópsia sinovial e a cultura podem ser necessárias na avaliação e no diagnóstico de tuberculose e em infecções micobacterianas não tuberculosas e fúngicas. A biópsia e a citologia também podem ser úteis para fornecer evidências histológicas de malignidade intra-articular primária ou metastática, sarcoma sinovial, lipoma arborescente e sinovite vilonodular pigmentada. Em casos raros, a artropatia sarcoide pode requerer biópsia sinovial para o diagnóstico. A confirmação do diagnóstico de doença celíaca requer biópsia do intestino delgado (duodenal) mostrando atrofia vilositária subtotal e sua reversibilidade com dieta isenta de glúten. A confirmação do diagnóstico de doença de Whipple requer endoscopia digestiva alta com biópsia duodenal e análise da amostra por coloração de PAS e reação em cadeia da polimerase mais/menos coloração imuno-histoquímica para *T. whipplei*. Fluido e / ou tecido da sinóvia, líquido cefalorraquidiano ou linfonodos afetados podem ser usados para os mesmos testes.

Visão geral do diagnóstico diferencial

Comum

Artrite séptica não gonocócica

Artrite gonocócica

Artrite reumatoide

Gota

Pseudogota

Artrite psoriática

Incomum

Infecções indolentes

Síndrome parvoviral

Doença de Lyme

Artrite idiopática juvenil (tipo oligoarticular)

Febre reumática aguda

Sarcoidose

Espondiloartropatia

Lúpus eritematoso sistêmico (LES)

Doença de Still de início tardio

Artrite reativa

Espondilite anquilosante (EA)

Osteoartrite

Trauma

Hemartrose não traumática

Incomum

Osteoartropatia hipertrófica

Câncer metastático intra-articular

Sarcoma sinovial

Infecções por arbovírus (por exemplo, chikungunya)

Doença inflamatória intestinal (colite ulcerativa e doença de Crohn)

Doença celíaca

Doença de Whipple

Síndrome de artrite com dermatose associada ao intestino

Síndrome SAPHO (sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte)

Induzida por medicamentos

Síndrome RS3PE ("remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema")

Vírus Ebola

Sinovite vilonodular pigmentada difusa

Sinovite vilonodular pigmentada localizada

Osteocondromatose sinovial

Artropatia amiloide

Reumatismo fibroblástico

Diagnóstico diferencial

Comum

◊ Artrite séptica não gonocócica

História	Exame	1º exame	Outros exames
início agudo, dor intensa, febre, mal-estar; são pacientes de risco incluindo usuários de medicamentos intravenosos, aqueles com bacteremia recente, imunocomprometidos (por exemplo, pacientes com doença por vírus da imunodeficiência humana [HIV], submetidos a quimioterapia ou outros medicamentos imunossupressores), pacientes com doença falciforme ou outras hemoglobinopatias ou com prótese articular	a articulação é quente e edemaciada, com amplitude de movimentos limitada	<p>»aspiração da articulação por agulha: identificação e recuperação de bactérias piogênicas ao exame microscópico (coloração de Gram) de líquido sinovial e cultura; a contagem de leucócitos no líquido sinovial, em geral, é $>100 \times 10^9/L (>100,000/mm^3)$ (leucócitos polimorfonucleares $>75\%$)</p> <p>O organismo mais comum é <i>Staphylococcus aureus</i>, seguido por <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>Escherichia coli</i> (idosos), <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (imunocomprometidos), micobactérias e fungos.</p>	<p>»hemoculturas: crescimento de organismo causador - positivo em 50% dos casos[71]</p> <p>»aspiração articular orientada por ultrassonografia: a contagem de leucócitos no líquido sinovial, em geral, é $>100 \times 10^9/L (>100,000/mm^3)$ (leucócitos polimorfonucleares $>75\%$)</p> <p>»aspiração articular orientada por tomografia computadorizada (TC): a contagem de leucócitos no líquido sinovial, em geral, é $>100 \times 10^9/L (>100,000/mm^3)$ (leucócitos polimorfonucleares $>75\%$)</p>

◊ Artrite gonocócica

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, calafrios, mal-estar, comprometimento principalmente das articulações dos membros inferiores (joelhos, tornozelos), uretrite	monoartrite ou oligoartrite, tenossinovite (punhos, dedos das mãos, tornozelos, pododáctilos) lesões cutâneas pustulares e vesículo-pustulares	<p>»aspiração da articulação por agulha: identificação e recuperação de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> do líquido sinovial (extremamente incomum); exame microscópico e cultura do líquido sinovial em meio de Thayer-Martin</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 04, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Comum

◊ Artrite gonocócica

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>O diagnóstico também pode ser estabelecido pela sonda DNA do fluido da articulação afetada.</p> <p>»hemoculturas: recuperação de <i>N gonorrhoeae</i> Hemocultura em meio de Thayer-Martin.</p> <p>Positiva em 50% dos casos.^[71]</p> <p>»cultura do aspirado da lesão cutânea; culturas uretrais, cervicais, retais e orofaríngeas: recuperação de <i>N gonorrhoeae</i></p> <p>»coloração de Gram de secreção uretral: diplococos Gram-negativos</p>	

◊ Artrite reumatoide

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor, edema e rigidez matinal por, pelo menos, 30-60 minutos	edema e sensibilidade nas articulações interfalângicas proximais (IFPs) e metacarpofalângicas (MCP); poliartrite simétrica de pequenas e grandes articulações; nódulos reumatóides; deformidades características posteriores incluem subluxação no pulso e articulações metacarpofalângicas, desvio ulnar dos dedos, deformidades em	<p>»fator reumatoide (FR) sérico: positiva A sensibilidade do FR é de 26%, com especificidade de 60%.^[36]</p> <p>»anticorpos séricos antipeptídeos citrulinados cíclicos (CCP): positiva Os anticorpos anti-CCP têm sensibilidade e especificidade mais elevadas para AR do</p>	<p>»ulassonografia: proliferação sinovial; derrame articular; erosão articular; sinal de Doppler de potência aprimorada (maior vascularidade na sinovite)^{[68] [72]}</p> <p>»ressonância nuclear magnética (RNM) das mãos: edema ósseo; contraste sinovial; erosão óssea</p> <p>»escore de atividade da doença com</p>

Comum

◊ Artrite reumatoide

História	Exame	1º exame	Outros exames
	pescoço de cisne e botoeira nos dedos, deformidades em Z nos polegares	que o fator reumatoide, de 99.4% e 66%, respectivamente. [37] » Velocidade de hemossedimentação (VHS) : elevada em casos não tratados » proteína C-reativa sérica : elevada em casos não tratados » radiografia das mãos : edema dos tecidos moles, osteopenia periarticular, estreitamento do espaço articular, erosões da cartilagem e do osso ao redor das articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais (IFP) Observadas com frequência na doença mais avançada, mas inespecíficas para AR.	marcadores múltiplos : prevê dano radiográfico na articulação em nível basal durante o ciclo da doença; atividade de doença baixa (<30), atividade de doença moderada (30-44) e atividade de doença alta (>44) [73] [74]

◊ Gota

História	Exame	1º exame	Outros exames
tipicamente um homem obeso, hipertenso, com idade entre 30 e 50 anos, pode ter história de consumo frequente de bebidas alcoólicas	vermelhidão, temperatura elevada, edema e sensibilidade extrema da(s) articulação(ões) afetada(s)	» microscopia óptica polarizada compensada do líquido sinovial : cristais de urato monossódico intra e extracelulares, com formato de agulha, negativamente birrefringentes Os cristais de urato monossódico também podem ser observados na microscopia óptica	» ultrassonografia : proliferação sinovial; derrame articular; erosão articular; sinal de Doppler de potência aprimorada (vascularidade aumentada na sinovite); sinal de "contorno duplo" característico, indicando deposição crônica de urato na superfície da cartilagem articular; tofos intra-articulares

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 04, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](#). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Comum**◊ Gota**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>polarizada do material obtido do aspirado do tofo.</p> <p>[Fig-4]</p> <p>»radiografia das mãos, dos pés: as erosões ósseas podem ser sutis; bordas salientes características</p>	<p>e extra-articulares (tendões, ligamento e tecidos moles) (aparência de "grumos de açúcar molhado" ou "tempestade de neve") [78] [79]</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) de fonte dupla: atenuação distinta dos depósitos de urato monossódico com codificação colorida em verde [80]</p>

◊ Pseudogota

História	Exame	1º exame	Outros exames
início agudo; monoartralgia ou oligoartralgia; pode ser precedida por trauma, cirurgia, doença intercorrente	o joelho é a articulação mais afetada; também punhos, articulações metacarpofalângicas, ombros, cotovelos; as articulações estão quentes, edemaciadas, frequentemente com derrames	<p>»aspiração da articulação por agulha: leucócitos $15 \times 10^9/L$ a $30 \times 10^9/L$ ($15,000-30,000/mm^3$), 90% de neutrófilos</p> <p>»microscopia óptica polarizada compensada do líquido sinovial: cristais birrefringentes fracamente positivos de di-hidrato de pirofosfato de cálcio (DPFC), cristais fagocitados nos leucócitos polimorfonucleares A presença de cristais de DPFC no fluido articular não exclui infecção concomitante. [Fig-2]</p> <p>»radiografia da articulação: condrocalcinoze (calcificação na</p>	<p>»ultrassonografia: proliferação sinovial; derrame articular; erosão articular; sinal de Doppler de potência aprimorada (vascularidade aumentada na sinovite); sinal de "pseudocontorno duplo" característico, indicando depósito crônico de pirofosfato de cálcio na substância da cartilagem articular; manchas cintilantes hiperecoicas na fibrocartilagem articular ou depósitos hiperecoicos intra-articulares móveis também sugerem doença do depósito de cristais de di-hidrato de pirofosfato de cálcio [81]</p>

Comum**◊ Pseudogota**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		fibrocartilagem e na cartilagem hialina) [Fig-5]	

◊ Artrite psoriática

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor nas articulações e inchaço, rigidez matinal por >30 minutos	oligoartrite ou poliartrite assimétrica pequena e/ou grande (sinovite clínica), depressões nas unhas e hiperceratose, onicólise	» radiografia das mãos, dos pés: acro-osteólise, periostite felpuda e neoformação óssea no local das ênteses; destruição macroscópica de articulações isoladas, aparência de "lápis-na-xícara" (artrite mutilante), lise articular e anquilose[82]	» ultrassonografia: a sinovite proliferativa mostra espessamento do espaço articular com agrupamentos de placas hipoecoicas (aparência serrada e vilosa) e/ou espessamento sinovial homogêneo; a erosão óssea é mostrada como uma descontinuidade intra-articular da superfície óssea visível em dois planos perpendiculares[82] [83] [84] » RNM: edema subcondral ósseo observado characteristicamente[82] Achados anormais podem ocorrer em pacientes assintomáticos ou naqueles com sacroileíte inicial pré-radiográfica.

Incomum**◊ Infecções indolentes**

História	Exame	1º exame	Outros exames
infecção crônica, dor articular e inchaço	edema articular e sensibilidade, geralmente monoartropatia	<p>»aspiração da articulação: pode revelar bacilos álcool-ácido resistentes com colorações e preparações especiais, elementos fúngicos</p> <p>A coloração de Ziehl-Neelsen do líquido sinovial para detectar bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) pode ser útil. As culturas para BAAR em meio de Lowenstein-Jensen ou Middlebrook 7H10 convencional pode levar 6-8 semanas para se tornarem positivas.</p> <p>»hemocultura: crescimento do organismo causador</p>	<p>»biópsia sinovial: identificação do organismo (em colorações especiais e cultura); pode ser observada presença de granulomas</p>

◊ Síndrome parvoviral

História	Exame	1º exame	Outros exames
início agudo, dor em várias articulações, pródromo tipo gripe, rash	artralgia em distribuição semelhante à artrite reumatoide simétrica, erupção cutânea macular eritematosa	<p>»anticorpos IgM (imunoglobulina M) e IgG (imunoglobulina G séricos: positiva Níveis detectáveis de IgM específica para B19 podem ser encontrados 7-10 dias após a exposição ao parvovírus e permanecer mensuráveis por vários meses.[64]</p>	

Incomum**◊ Doença de Lyme**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor e edema intermitentes no joelho, picada de carrapato antecedente, erupção cutânea	erupção cutânea com aparência de olho de boi (eritema migratório), com clareamento central, vesículas; monoartrite envolvendo joelho, ombro, tornozelo, cotovelo, articulação temporomandibular, punho	» rastreamento por ensaio de imunoadsorção enzimática (ELISA): anticorpo do tipo imunoglobulina M (IgM) >1:200; anticorpo do tipo imunoglobulina G (IgG) >1:200	» Western blot para Borrelia burgdorferi: positivo (confirmatório) Os critérios dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA para um Western blot positivo são os seguintes. Para IgM, 2 das 3 bandas a seguir: OspC (22-25), 39 e 41. Para IgG, 5 das 10 bandas a seguir: 18, OspC (22-25), 28, 30, 39, 41, 45, 58, 66 e 93.

◊ Artrite idiopática juvenil (tipo oligoarticular)

História	Exame	1º exame	Outros exames
maior probabilidade em mulheres, dor articular >6 semanas de duração, observada na infância	≤4 articulações, erupção cutânea, entesite, uveíte	» Hemograma completo: hemoglobina normal ou reduzida e plaquetas elevadas » Velocidade de hemossedimentação (VHS): normal ou elevado » proteína C-reativa: normal ou elevado » fatores antinucleares (FAN) séricos: positivos ou negativos	» raio-x da articulação afetada: edema dos tecidos moles; estreitamento do espaço articular ou erosões

◊ Febre reumática aguda

História	Exame	1º exame	Outros exames
período de latência após faringite; adulto ou criança; articulações	dor articular e edema; joelhos e tornozelos são geralmente	» cultura faríngea para estreptococos beta-hemolíticos	» eletrocardiograma (ECG): bloqueio atrioventricular,

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 04, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum

◊ Febre reumática aguda

História	Exame	1º exame	Outros exames
afetadas em série em rápida sucessão	comprometidos primeiro; nódulos subcutâneos, erupção cutânea (eritema marginado)	<p>do grupo A ou teste rápido para detecção do antígeno estreptocócico: positivo para Streptococcus beta-hemolítico do grupo A</p> <p>»antiestreptolisina O (ASO) sérica: título elevado ou em elevação Se o título de ASO for negativo, será necessário realizar testes para outros anticorpos antiestreptocócicos, como anti-DNase B, antiestreptoquinase e anti-hialuronidase.</p> <p>»radiografia torácica: cardiomegalia</p>	intervalo PR prolongado » ecocardiografia: cardiomegalia[58] » anti-DNase B sérica, antiestreptoquinase e anti-hialuronidase: positiva

◊ Sarcoidose

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor articular nos joelhos e nos tornozelos	articulações quentes, edemaciadas e sensíveis à palpação; tendinite, entesopatia (inflamação das ênteses, o local onde o osso tem uma inserção para um tendão ou um ligamento), dactilite ("dedos em salsicha"); eritema nodoso	<p>»enzima conversora da angiotensina (ECA) sérica: nível elevado</p> <p>»radiografia torácica: adenopatia hilar bilateral, adenopatia paratraqueal direita, opacidades reticulares pulmonares [Fig-12]</p>	» tomografia por emissão de pósitrons (PET): pode revelar lesões sarcoides ocultas » biópsia sinovial: pode ser inespecífica ou mostrar granulomas sarcoides típicos

Incomum**◊ Espondiloartropatia**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dorsalgia, enteropatia associada, mais comum em homens, o início ocorre geralmente entre o final da adolescência e o início dos 20 anos de idade	sensibilidade assimétrica das articulações e inchaço nos membros inferiores; uveíte	» radiografia da pelve: irregularidade na articulação sacroilíaca (especialmente a parte inferior), alargamento, erosões e anquilose em um estágio posterior	» ressonância nuclear magnética (RNM) da pelve: evidência de sacroileite (edema ósseo, erosões)[75]

◊ Lúpus eritematoso sistêmico (LES)

História	Exame	1º exame	Outros exames
comum em mulheres (início típico em idades entre 20-30 anos), poliartralgia, com edema mínimo	sensibilidade moderada e rigidez com manipulação da articulação, erupção cutânea malar, erupção cutânea discoide, alopecia, úlceras orais	» fatores antinucleares (FANs): diluição de $\geq 1:160$ O FAN é positivo no título significativo em quase todos os pacientes com LES.[76] » anticorpos antiDNA de fita dupla: positiva Altamente específico para LES.[44] [45] » anticorpos anti-Smith (Sm): positiva Altamente específico para LES.[44] [45]	» radiografia das mãos: desvio ulnar das articulações metacarpofalângicas, deformidades em pescoco de cisne, mas sem erosões (artropatia de Jaccoud) » urinalise: presença de sangue e proteína (em nefrite lúpica) » microscopia da urina: eritrócito ou cilindros mistos, eritrócitos dismórficos (nefrite lúpica)

◊ Doença de Still de início tardio

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre diária $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ($\geq 102^{\circ}\text{F}$); faringite, dor articular e inchaço	erupção cutânea troncular não pruriginosa, macular ou máculo-papular de cor rosa-salmão com fenômeno de Koebner; atrito pericárdico	» Hemograma completo com diferencial: leucócitos $\geq 100 \times 10^9/\text{L}$ ($10,000/\text{mm}^3$), com, pelo menos, 80% de neutrófilos; trombocitose, anemia » albumina sérica: hipoalbuminemia	» biópsia da medula óssea: macrófagos bem diferenciados e numerosos (histiocitos) que estão envolvidos na fagocitose de elementos hematopoiéticos O exame da medula óssea

Incomum

◊ Doença de Still de início tardio

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>»enzimas hepáticas séricas: em geral, há uma elevação no aspartato, na alanina aminotransferase e na lactato desidrogenase</p> <p>»ferritina sérica: >6741 picomoles/L (>3000 nanogramas/mL [normal 40-200 nanogramas/mL])</p> <p>A elevação da ferritina se correlaciona com a atividade da doença.</p> <p>»radiografia do punho: estreitamento não erosivo dos espaços das articulações carpometacárpicas e intercarpais do punho</p> <p>A fusão das articulações do punho é uma característica da doença de Still de início tardio, embora ela ocorra somente em uma minoria dos pacientes.[51]</p> <p>»radiografia torácica: derrame pleural e/ou infiltrado pulmonar transitório</p> <p>Ocorrem em 30% a 40% dos pacientes.[49] [50]</p>	demonstra ativação patognomônica de macrófagos em 12% dos pacientes.[52]

◊ Artrite reativa

História	Exame	1º exame	Outros exames
período de latência entre a infecção e	monoartrite ou oligoartrite assimétrica, mais comum nos	» urinálise para clamídia: pode ser positiva	» teste de HLA-B27 (antígeno

Incomum**◊ Artrite reativa**

História	Exame	1º exame	Outros exames
o início da artralgia; disúria, dor pélvica	membros inferiores; dactilite, conjuntivite, uveíte anterior, úlcera orais, ceratodermia blenorragica, balanite circinada	Rápida, não invasiva e específica. » coproculturas para micróbios entéricos: podem mostrar o crescimento do organismo causador No momento em que a artrite se desenvolve, as coproculturas, geralmente, são negativas. » sorologia para organismo etiológico: Yersinia, Salmonella, Campylobacter e Chlamydia causam grandes respostas de anticorpos	leucocitário humano B27: positiva O teste de HLA-B27 é útil no prognóstico em pacientes HLA-B27-positivos que apresentam duração mais intensa e prolongada da artrite e maior probabilidade da doença evoluir para espondiloartrite crônica. A prevalência em pacientes com artrite reativa é de <50%. [77]

◊ Espondilite anquilosante (EA)

História	Exame	1º exame	Outros exames
lombalgia por >3 meses, rigidez, melhora com exercícios, mas não com repouso	dor na virilha (indicando artrite no quadril), dor e rigidez nos ombros, sensibilidade sacroilíaca com amplitude de movimentos limitada e dor no movimento; dor na articulação sacroilíaca com flexão, abdução e rotação externa da articulação do quadril correspondente (teste de Patrick)	» teste de HLA-B27 (antígeno leucocitário humano B27): positiva Entre pessoas brancas, o HLA-B27 está presente em 95% dos pacientes com EA. O HLA-B27 é mais útil para o diagnóstico em pacientes que têm lombalgia crônica, nos quais um resultado positivo para HLA-B27 está associado a uma chance de 30% a 60% de presença de EA. [54]	» RNM da articulação sacroilíaca: sinal ponderado em T2 aumentado do osso e da medula óssea adjacentes à articulação sacroilíaca (edema da medula óssea) O exame mais sensível e específico na detecção das alterações da sacroileite. Indicada quando as radiografias simples estão normais, mas há uma suspeita elevada de espondilite anquilosante. Para

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 04, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum

◊ Espondilite anquilosante (EA)

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<ul style="list-style-type: none"> » radiografia da articulação sacroilíaca: irregularidade na articulação sacroilíaca, espessamento, erosões, esclerose; anquilose na doença avançada, com obliteração completa do espaço da articulação sacroilíaca » radiografia da coluna cervical, torácica e lombar: quadratura dos corpos vertebrais, sindesmófitos em ponte, anquilose das facetas articulares e calcificação do ligamento longitudinal anterior, subluxação atlantoaxial (C1-C2) anterior 	esses casos iniciais, a RNM tem sensibilidade de 60%. [56]

◊ Osteoartrite

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor articular, comum na idade >50 anos, obesidade, rigidez matinal mínima (fenômeno de gelificação)	sensibilidade nas articulações interfalângica proximal, interfalângica distal, trapézio-metacarpiana, nas mãos, nos quadris e nos joelhos; amplitude de movimentos limitada, desalinhamento das articulações	<ul style="list-style-type: none"> » proteína C-reativa: normal » Velocidade de hemossedimentação (VHS): normal » raio-x da articulação afetada: estreitamento do espaço articular, neoformação óssea (osteófitos), esclerose subcondral, cistos; na osteoartrite erosiva: erosões, deformidade em "asa de gaivota"; deformidade em "dente de serra"; anquilose 	

Incomum**◊ Trauma**

História	Exame	1º exame	Outros exames
trauma prévio, dor articular e inchaço	edema na articulação, equimose, sensibilidade com a manipulação dos membros, amplitude de movimentos restrita e dolorosa	<ul style="list-style-type: none"> »raio-x da articulação afetada: fratura intra-articular, subluxação, edema dos tecidos moles »aspiração da articulação por agulha: derrame hemorrágico (vermelho, rosa ou marrom) »RNM da articulação afetada: pode demonstrar lesão na cartilagem, ruptura de ligamento 	<ul style="list-style-type: none"> »aspiração da articulação: lipo-hemartrose (presença de glóbulos lipídicos e sangue) »tomografia computadorizada (TC) da articulação afetada: pode mostrar lesões ósseas e/ou dos tecidos moles »RNM da articulação afetada: pode mostrar lesões ósseas e/ou dos tecidos moles; melhor visualização dos tecidos moles em comparação com TC

◊ Hemartrose não traumática

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor articular; pode ser história de doença hemorrágica subjacente, anemia falciforme, sinovite vilonodular pigmentada, sinovioma, aneurisma roto, fistula arteriovenosa (AV), hemangioma, articulação de Charcot, terapia anticoagulante, escorbuto	articulação edemaciada, quente, muito dolorida; amplitude de movimentos restrita e dolorosa	<ul style="list-style-type: none"> »aspiração da articulação por agulha: derrame hemorrágico (vermelho, rosa ou marrom) 	<ul style="list-style-type: none"> »artroscopia e biópsia sinovial: anormalidade intra-articular Diagnóstico patológico na biópsia.

◊ Osteoartropatia hipertrófica

História	Exame	1º exame	Outros exames
articulações doloridas e edemaciadas (punhos, tornozelos, joelhos), dor de ossos longos distais	baqueleamento digital, irregularidade da pele, articulações edemaciadas, paquidermoperiostose	<ul style="list-style-type: none"> »Hemograma completo: pode apresentar anemia »raio-x da articulação afetada: reação periosteal; 	<ul style="list-style-type: none"> »cintilografia óssea com isótopo: aumento da captação em áreas de reação periosteal

Incomum**◊ Osteoartropatia hipertrófica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		hipervascularização dos dedos	

◊ Câncer metastático intra-articular

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor articular e inchaço >6 semanas, malignidade conhecida	edema articular, calor e sensibilidade; geralmente monoartrite	» citologia do líquido sinovial: positiva	» biópsia sinovial: patologia de malignidade subjacente

◊ Sarcoma sinovial

História	Exame	1º exame	Outros exames
idade de 30-40 anos, dor articular e inchaço	edema articular nos membros inferiores	» citologia do líquido sinovial: positiva	» biópsia sinovial: sarcoma sinovial

◊ Infecções por arbovírus (por exemplo, chikungunya)

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de viagem para áreas endêmicas; febre, erupção cutânea, mialgias, cefaleia e artralgias 2-10 dias após picada de mosquito (geralmente, Aedes albopictus)	febre e erupção cutânea no estádio inicial; artrite semelhante a artrite reumatoide envolvendo pequenas articulações das mãos, dos pés, dos punhos e dos tornozelos	» cultura viral: positiva Realizada em uma amostra de soro na fase aguda. » reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa para detectar ácido desoxirribonucleico (RNA) viral: positiva Realizada em uma amostra de soro na fase aguda.	» testes de anticorpos: positiva Testes de anticorpos do soro incluindo ensaio de imunoabsorção enzimática (ELISA); ensaio de imunofluorescência; teste de neutralização por redução de placas. O chikungunya é um agente de biossegurança nível 3 que requer contenção laboratorial especial devido ao risco de infecções adquiridas em laboratório.

Incomum**◊ Doença inflamatória intestinal (colite ulcerativa e doença de Crohn)**

História	Exame	1° exame	Outros exames
dor abdominal, diarreia sanguinolenta, tenesmo, muco nas fezes, oligoartrite de grandes articulações periféricas, dor inflamatória nas costas (sacroileíte) podem estar presentes, entesite, dactilite	palidez, sensibilidade abdominal e distensão, fístulas da parede abdominal e perianal; sinovite clínica de grandes articulações periféricas (joelhos, tornozelos); evidência clínica de dor articular sacroileíte, entesite, dactilite	» biópsia colônica e/ou biópsia do intestino delgado: doença distal contínua, depleção de mucina, plasmocitose basal, atrofia difusa da mucosa, ausência de granulomas e preservação anal (colite ulcerativa); biópsias da mucosa do intestino demonstram envolvimento transmural com granulomas não caseosos (doença de Crohn)	» Velocidade de hemossedimentação (VHS): elevado » proteína C-reativa: elevado » Hemograma completo: hemoglobina reduzida e plaquetas elevadas » estudos de fezes: hemácias e leucócitos fecais; calprotectina fecal elevada

◊ Doença celíaca

História	Exame	1° exame	Outros exames
perda de peso, fadiga, distensão abdominal, retardo do crescimento pôndero-estatural, diarreia, fezes gordurosas, rash pruriginoso com vesículas	baixo IMC, palidez, distensão abdominal; erupção cutânea com bolhas nos cotovelos, joelhos, área sacral e nádegas (dermatite herpetiforme)	» anticorpos séricos antitransglutaminase, antiendomísio e antigliadina: positiva	» biópsia do intestino delgado (duodenal): atrofia vilositária subtotal reversível com dieta isenta de glúten Confirma o diagnóstico.

◊ Doença de Whipple

História	Exame	1° exame	Outros exames
perda de peso, dor abdominal, fadiga, distensão abdominal, falta de crescimento, diarreia, artralgias, oligo ou poliartrite, hiperpigmentação, manifestações neurológicas	baixo IMC, palidez, distensão abdominal, hiperpigmentação, linfadenopatia, sensibilidade articular com ou sem sinovite clínica franca em múltiplas articulações	» endoscopia alta com biópsia duodenal: a mucosa duodenal pode parecer amarelo-pálida macroscopicamente, com vilosidades dilatadas e desordenadas, e vasos linfáticos ectásicos	» Reação em cadeia da polimerase no sangue para Tropheryma whipplei: positiva

Incomum

◊ Doença de Whipple

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>Deve incluir análise da amostra por coloração de ácido periódico de Schiff e reação em cadeia da polimerase +/- coloração imuno-histoquímica para T whipplei.</p> <p>Fluido e/ou tecido da membrana sinovial, líquido cefalorraquidiano ou linfonodos afetados também podem ser usados.</p>	

◊ Síndrome de artrite com dermatose associada ao intestino

História	Exame	1º exame	Outros exames
história prévia de um procedimento de bypass gástrico ou intestinal (por exemplo, bypass gástrico em Y de Roux, derivação jejuno-ileal, derivação bilio-pancreática ou gastrectomia com Billroth II); poliartralgia/edema articular, febre[85] [86]	sinovite clínica de pequenas e grandes articulações (simétricas ou assimétricas); tenossinovite também pode ocorrer; lesões de pele podem se desenvolver (lesões ulceradas e pústulas no tronco e nos membros)[85] [86]	<p>»velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C-reativa: elevado</p> <p>»fator reumatoide (FR) e fator antinuclear (FAN): geralmente negativos</p>	<p>»radiografias: raramente pode mostrar artrite erosiva</p> <p>»biópsia de pele: evidência de dermatose neutrofílica</p> <p>»análise do líquido sinovial: inflamação leve a moderada (com predomínio de linfócitos ou neutrófilos)</p>

◊ Síndrome SAPHO (sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte)

História	Exame	1º exame	Outros exames
Síndrome SAPHO; apresenta-se com dor articular e edema; dorsalgia; pustulose palmo-plantar; acne	edema da articulação esterno-clavicular, vermelhidão, sensibilidade; pustulose palmo-plantar; acne	<p>»radiografia: sugestiva</p> <p>As radiografias podem revelar sinais de artrite esterno-clavicular</p>	<p>»cintilografia óssea com isótopo: positiva</p> <p>A cintilografia óssea positiva indica captação elevada.</p>

Incomum

◊ Síndrome SAPHO (sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte)

História	Exame	1° exame	Outros exames
		e lesões ósseas líticas, escleróticas e hiperostóticas.	» RNM : positiva A RNM pode ser necessária para lesões de inflamação mais sutis.

◊ Induzida por medicamentos

História	Exame	1° exame	Outros exames
história de exposição a medicamentos relevantes: procainamida, hidralazina, minociclina, isoniazida, inibidores do fator de necrose tumoral, etc. (lúpus induzido por medicamentos); diversos agentes farmacológicos por via oral e parenteral, incluindo produtos derivados de plasma e biológicos (reação semelhante à doença do soro); inibidores da aromatase, clopidogrel, antibióticos do grupo das quinolonas, estatinas e inibidores da dipeptidil peptidase (DPP)-4 (artralgia, artrite inflamatória e tendinite); inibidores de checkpoints imunológicos (artrite inflamatória e tenossinovite)	erupção cutânea, febre, urticária (doença do soro); outras características de lúpus (se induzido por medicamentos); tendinite e ruptura de tendões (antibióticos do grupo das quinolonas); artrite inflamatória e tenossinovite (inibidores de checkpoints imunológicos)	» fator antinuclear (FAN) : positivos no lúpus induzido por medicamentos » anticorpos anti-histona : positivos no lúpus induzido por medicamentos » ácido desoxirribonucleico (DNA) de fita dupla : negativo Anticorpos antiFAN e anti-histona positivos, mas geralmente anticorpos antiDNA de fita dupla negativos (lúpus induzido por medicamentos).	

Incomum**◊ Síndrome RS3PE ("remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema")**

História	Exame	1º exame	Outros exames
poliartrite de início agudo; homens ≥50 anos de idade	sinovite clínica; edema depressível significativo da superfície dorsal de mãos e pés	» Velocidade de hemossedimentação (VHS) : elevado » proteína C-reativa : elevado » fator reumatoide (FR) sérico : negativo	» raio-x da articulação afetada : geralmente sem erosões

◊ Vírus Ebola

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de residência ou viagem para área endêmica de Ebola nos 21 dias antes do início da doença; exposição secundária (exposição humano a humano ou primata a humano)	febre, faringite, mialgia, cefaleia grave, dor abdominal, vômitos, diarreia ou sangramento inexplicado ou ferimento; exantema maculopapular no tronco (pode estar presente por volta do quinto dia da infecção); infecção conjuntival bilateral; sangramento de locais de punção intravenosa e membranas mucosas	» reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa para detectar ácido desoxirribonucleico (DNA) viral : positiva	» ELISA de captura de antígeno : positiva para o ácido ribonucleico (RNA) do vírus Ebola Pode ser usado para confirmar o diagnóstico tendo-se obtido um resultado positivo no teste de RT-PCR. » Hemograma completo : trombocitopenia, linfopenia acentuada, diminuição dos níveis de hemoglobina (se houver manifestações hemorrágicas) » anticorpos do tipo imunoglobulina G (IgG) e imunoglobulina M (IgM) : positiva

◊ Sinovite vilonodular pigmentada difusa

História	Exame	1º exame	Outros exames
duas vezes mais comum em homens; idade entre 20-50 anos; início súbito; membrana	edema da articulação inexplicado (derrame), dor, calor e sensibilidade; limitação	» ressonância nuclear magnética (RNM) : massas intra-articulares nodulares	» radiografia simples : detecta calcificações

Incomum**◊ Sinovite vilonodular pigmentada difusa**

História	Exame	1º exame	Outros exames
sinovial inteira afetada; geralmente ocorre nas grandes articulações, como o joelho (80% dos casos) ou o quadril	de movimento; há piora da dor e bloqueio da articulação com a progressão da doença	que demonstram baixa intensidade de sinal nas sequências T1-, T2- e densidade de prótons	<ul style="list-style-type: none"> » tomografia computadorizada (TC): massa de tecido mole hiperdensa na articulação ou bainha do tendão » histopatologia: nódulos e/ou vilosidades com macrófagos com depósitos de hemossiderina (pigmentados) abundantes

◊ Sinovite vilonodular pigmentada localizada

História	Exame	1º exame	Outros exames
ocorre predominantemente em mulheres; idade de 20-50 anos; início súbito; ocorre tipicamente em pequenas articulações, como as mãos e os pés	massa de crescimento lento; indolor, tornando-se sintomática	<ul style="list-style-type: none"> » ressonância nuclear magnética (RNM): massas intra-articulares nodulares que demonstram baixa intensidade de sinal nas sequências T1-, T2- e densidade de prótons 	<ul style="list-style-type: none"> » radiografia simples: detecta calcificações » tomografia computadorizada (TC): massa de tecido mole hiperdensa na articulação ou bainha do tendão » histopatologia: nódulos e/ou vilosidades com macrófagos com depósitos de hemossiderina (pigmentados) abundantes

◊ Osteocondromatose sinovial

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor crônica e progressiva; edema da articulação afetada exacerbado por atividade física; pode ocorrer bloqueio da articulação afetada	derrame articular; sensibilidade; amplitude de movimentos limitada; clique, rangido ou bloqueio (decorrente de corpos intra-articulares dentro da	<ul style="list-style-type: none"> » tomografia computadorizada (TC) com radiografia: massas calcificadas múltiplas, suaves, com formato oval dentro do 	<ul style="list-style-type: none"> » histopatologia: corpos cartilaginosos ou corpos osteocartilaginosos com ossificação central, geralmente esféricos

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 04, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum**◊ Osteocondromatose sinovial**

História	Exame	1º exame	Outros exames
	articulação afetada) nas articulações, que podem ranger ou estalar; nódulos osteocondrais (próximos da pele) no joelho, no tornozelo ou no cotovelo	espaço da articulação ou bursa	

◊ Artropatia amiloide

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente se apresenta como dor nos ombros ou síndrome do túnel do carpo	edema de tecidos moles justa-articular; lesões ósseas osteolíticas (amiloidose tumoral); sintomas comumente bilaterais	» análise da biópsia sinovial e do líquido sinovial: positiva para coloração com vermelho congo	» radiografia: demonstra artropatia erosiva e destrutiva; lesões ósseas osteolíticas (amiloidose tumoral) » RNM: deposição extensa de um tecido mole anormal que tem intensidade de sinal baixa ou intermediária em imagens ponderadas em T1 e T2

◊ Reumatismo fibroblástico

História	Exame	1º exame	Outros exames
início relativamente agudo; surgimento de nódulos cutâneos, contraturas de flexão e poliartrite	diversos nódulos cutâneos eritematosos; edema de articulação, sensibilidade e contraturas de flexão múltiplos	» biópsia sinovial e da pele: proliferação fibroblástica associada com estroma colagenoso	» radiografia de articulações pequenas das mãos e pés: demonstra uma artropatia erosiva

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Recommendations of the ESSR Arthritis Subcommittee on Ultrasonography in Inflammatory Joint Disease

Publicado por: European Society of Musculoskeletal Radiology

Última publicação em: 2016

Management of early rheumatoid arthritis: a national clinical guideline

Publicado por: Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Última publicação em: 2011

Internacional

Algorithm for identification of undifferentiated peripheral inflammatory arthritis

Publicado por: Multinational collaboration through the 3e initiative

Última publicação em: 2011

Recursos online

1. [CDC: Lyme disease - two-step laboratory testing process \(external link\)](#)

Artigos principais

- Bombardier C, van der Heijde DM. How to investigate and follow up undifferentiated peripheral inflammatory arthritis? 3e initiative 2008-2009: systematic reviews and clinical algorithm. *J Rheumatol Suppl.* 2011 Mar;87:1-2. [Resumo](#)
- Margaretten ME, Kohlwes J, Moore D, et al. Does this adult patient have septic arthritis? *JAMA.* 2007 Apr 4;297(13):1478-88. [Resumo](#)
- Lee DM, Schur PH. Clinical utility of the anti-CCP assay in patients with rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis.* 2003 Sep;62(9):870-4. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Cervera R, Khamashta MA, Font J, et al. Systemic lupus erythematosus: clinical and immunologic patterns of disease expression in a cohort of 1,000 patients. The European Working Party on Systemic Lupus Erythematosus. *Medicine (Baltimore).* 1993 Mar;72(2):113-24. [Resumo](#)
- Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis.* 2009 Jun;68(6):777-83. [Texto completo](#) [Resumo](#)

Referências

1. Erdman D. Human parvovirus B19: laboratory diagnosis. In: Anderson LJ, Young NS, eds. *Monographs in virology: human parvovirus B19.* New York, NY: Karger; 1997:93.
2. Wagner AD, Goronzy JJ, Matteson EL, et al. Systemic monocyte and T-cell activation in a patient with human parvovirus B19 infection. *Mayo Clin Proc.* 1995 Mar;70(3):261-5. [Resumo](#)
3. Becker J, Winthrop KL. Update on rheumatic manifestations of infectious diseases. *Curr Opin Rheumatol.* 2010 Jan;22(1):72-7. [Resumo](#)
4. Howlett P, Brown C, Helderman T, et al. Ebola virus disease complicated by late-onset encephalitis and polyarthritis, Sierra Leone. *Emerg Infect Dis.* 2016 Jan;22(1):150-2. [Texto completo](#) [Resumo](#)
5. Mattia JG, Vandy MJ, Chang JC, et al. Early clinical sequelae of Ebola virus disease in Sierra Leone: a cross-sectional study. *Lancet Infect Dis.* 2016 Mar;16(3):331-8. [Resumo](#)
6. Feinstein AR, Spagnuolo M. The clinical patterns of acute rheumatic fever: a reappraisal. *Medicine (Baltimore).* 1962 Dec;41:279-305. [Resumo](#)
7. Rothschild BM, Pingitore C, Eaton M. Dactylitis: implications for clinical practice. *Semin Arthritis Rheum.* 1998 Aug;28(1):41-7. [Resumo](#)
8. Azar L, Khasnis A. Paraneoplastic rheumatologic syndromes. *Curr Opin Rheumatol.* 2013 Jan;25(1):44-9. [Resumo](#)

9. De Sanctis S, Nozzi M, Del Torto M, et al. Autoinflammatory syndromes: diagnosis and management. *Ital J Pediatr.* 2010 Sep;36:57. [Texto completo](#) [Resumo](#)
10. Yao Q, Furst DE. Autoinflammatory diseases: an update of clinical and genetic aspects. *Rheumatology (Oxford).* 2008 Jul;47(7):946-51. [Texto completo](#) [Resumo](#)
11. Zeff AS, Spalding SJ. Autoinflammatory syndromes: fever is not always a sign of infection. *Cleve Clin J Med.* 2012 Aug;79(8):569-81. [Resumo](#)
12. Chaicha-Brom T, Yasmeen T. DPP-IV inhibitor-associated arthralgias. *Endocr Pract.* 2013 Mar-Apr;19(2):377. [Resumo](#)
13. de Velasco G, Bermas B, Choueiri TK. Autoimmune arthropathy and uveitis as complications of programmed death 1 inhibitor treatment. *Arthritis Rheumatol.* 2016 Feb;68(2):556-7. [Resumo](#)
14. Michot JM, Bigenwald C, Champiat S, et al. Immune-related adverse events with immune checkpoint blockade: a comprehensive review. *Eur J Cancer.* 2016 Feb;54:139-48. [Resumo](#)
15. Horvat TZ, Adel NG, Dang TO, et al. Immune-related adverse events, need for systemic immunosuppression, and effects on survival and time to treatment failure in patients with melanoma treated with ipilimumab at Memorial Sloan Kettering Cancer Center. *J Clin Oncol.* 2015 Oct 1;33(28):3193-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
16. Cappelli LC, Shah AA, Bingham CO 3rd. Cancer immunotherapy-induced rheumatic diseases emerge as new clinical entities. *RMD Open.* 2016 Sep 28;2(2):e000321. [Texto completo](#) [Resumo](#)
17. Cappelli LC, Gutierrez AK, Baer AN, et al. Inflammatory arthritis and sicca syndrome induced by nivolumab and ipilimumab. *Ann Rheum Dis.* 2017 Jan;76(1):43-50. [Texto completo](#) [Resumo](#)
18. Romas E, Finlay M, Woodruff T. The arthropathy of fibroblastic rheumatism. *Arthritis Rheum.* 1997 Jan;40(1):183-7. [Resumo](#)
19. Morel J, Deschamps V, Toussirot E, et al. Characteristics and survival of 26 patients with paraneoplastic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2008 Feb;67(2):244-7. [Resumo](#)
20. Krishna K, Yacoub A, Hutchins LF, et al. Palmar fasciitis with polyarthritis syndrome in a patient with breast cancer. *Clin Rheumatol.* 2011 Apr;30(4):569-72. [Resumo](#)
21. Santiago M, Passos AS, Medeiros AF, et al. Polyarticular lipoma arborescens with inflammatory synovitis. *J Clin Rheumatol.* 2009 Sep;15(6):306-8. [Resumo](#)
22. Coakley G, Mathews C, Field M, et al; British Society for Rheumatology Standards, Guidelines and Audit Working Group. BSR & BHPR, BOA, RCGP and BSAC guidelines for management of the hot swollen joint in adults. *Rheumatology (Oxford).* 2006 Aug;45(8):1039-41. [Texto completo](#) [Resumo](#)
23. Dangoor A, Seddon B, Gerrard C, et al. UK guidelines for the management of soft tissue sarcomas. *Clin Sarcoma Research.* 2016 Nov 15;6:20. [Texto completo](#) [Resumo](#)

24. Hazlewood GA, Aletaha D, Carmona L, et al. Algorithm for identification of undifferentiated peripheral inflammatory arthritis: a multinational collaboration through the 3e initiative. *J Rheumatol Suppl.* 2011 Mar;87:54-8. [Resumo](#)
25. Bombardier C, van der Heijde DM. How to investigate and follow up undifferentiated peripheral inflammatory arthritis? 3e initiative 2008-2009: systematic reviews and clinical algorithm. *J Rheumatol Suppl.* 2011 Mar;87:1-2. [Resumo](#)
26. Machado P, Castrejon I, Katchamart W, et al. Multinational evidence-based recommendations on how to investigate and follow up undifferentiated peripheral inflammatory arthritis: integrating systemic literature research and expert opinion of a broad international panel of rheumatologists in the 3E Initiative. *Ann Rheum Dis.* 2011 Jan;70(1):15-24. [Texto completo](#) [Resumo](#)
27. Margaretten ME, Kohlwes J, Moore D, et al. Does this adult patient have septic arthritis? *JAMA.* 2007 Apr 4;297(13):1478-88. [Resumo](#)
28. Rice PA. Gonococcal arthritis (disseminated gonococcal infection). *Infect Dis Clin North Am.* 2005 Dec;19(4):853-61. [Resumo](#)
29. Qaseem A, McLean RM, Starkey M, et al. Diagnosis of acute gout: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2017 Jan 3;166(1):52-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
30. Newberry SJ, FitzGerald JD, Motala A, et al. Diagnosis of gout: a systematic review in support of an American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 2017 Jan 3;166(1):27-36. [Texto completo](#) [Resumo](#)
31. Dieppe PA, Alexander GJ, Jones HE, et al. Pyrophosphate arthropathy: a clinical and radiological study of 105 cases. *Ann Rheum Dis.* 1982 Aug;41(4):371-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
32. Jones AC, Chuck AJ, Arie EA, et al. Diseases associated with calcium pyrophosphate deposition disease. *Semin Arthritis Rheum.* 1992 Dec;22(3):188-202. [Resumo](#)
33. Rosenthal A, Ryan L, McCarty D. Calcium pyrophosphate crystal deposition disease, pseudogout, and articular chondrocalcinosis. In: Koopman WJ, ed. *Arthritis and allied conditions.* 14th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2001:2348.
34. Dennis DT, Hayes EB. Epidemiology of lyme borreliosis. In: Gray JS, Kahl O, Lane RS, et al, eds. *Lyme borreliosis: biology, epidemiology and control.* Oxford, UK: CABI Publishing; 2002:251.
35. National Institute for Health and Care Excellence. *Lyme disease.* Apr 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
36. Lichtenstein MJ, Pincus T. Rheumatoid arthritis identified in population based cross sectional studies: low prevalence of rheumatoid factor. *J Rheumatol.* 1991 Jul;18(7):989-93. [Resumo](#)
37. Lee DM, Schur PH. Clinical utility of the anti-CCP assay in patients with rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis.* 2003 Sep;62(9):870-4. [Texto completo](#) [Resumo](#)

38. Whiting PF, Smidt N, Sterne JA, et al. Systematic review: accuracy of anti-citrullinated peptide antibodies for diagnosing rheumatoid arthritis. *Ann Intern Med.* 2010 Apr 6;152(7):456-64. [Resumo](#)
39. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* 2010 Sep;62(9):2569-81. [Texto completo](#) [Resumo](#)
40. Biliavska I, Stamm TA, Martinez-Avila J, et al. Application of the 2010 ACR/EULAR classification criteria in patients with very early inflammatory arthritis: analysis of sensitivity, specificity and predictive values in the SAVE study cohort. *Ann Rheum Dis.* 2013 Aug;72(8):1335-41. [Texto completo](#) [Resumo](#)
41. Radner H, Neogi T, Smolen JS, et al. Performance of the 2010 ACR/EULAR classification criteria for rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Ann Rheum Dis.* 2014 Jan;73(1):114-23. [Resumo](#)
42. Cervera R, Khamashta MA, Font J, et al. Systemic lupus erythematosus: clinical and immunologic patterns of disease expression in a cohort of 1,000 patients. The European Working Party on Systemic Lupus Erythematosus. *Medicine (Baltimore).* 1993 Mar;72(2):113-24. [Resumo](#)
43. von Muhlen CA, Tan EM. Autoantibodies in the diagnosis of systemic rheumatic diseases. *Semin Arthritis Rheum.* 1995 Apr;24(5):323-58. [Resumo](#)
44. Smeenk R, Brinkman K, van den Brink H, et al. Antibodies to DNA in patients with systemic lupus erythematosus: their role in the diagnosis, the follow-up and the pathogenesis of the disease. *Clin Rheumatol.* 1990 Mar;9(1 suppl 1):100-10. [Resumo](#)
45. Munves EF, Schur PH. Antibodies to Sm and RNP: prognosticators of disease involvement. *Arthritis Rheum.* 1983 Jul;26(7):848-53. [Resumo](#)
46. Cantini F, Niccoli L, Nannini C, et al. Psoriatic arthritis: a systematic review. *Int J Rheum Dis.* 2010 Oct;13(4):300-17. [Resumo](#)
47. Coates LC, Helliwell PS. Psoriatic arthritis: state of the art review. *Clin Med (Lond).* 2017 Feb;17(1):65-70. [Texto completo](#) [Resumo](#)
48. Matzarglou Ch, Velissaris D, Karageorgos A, et al. SAPHO syndrome diagnosis and treatment: report of five cases and review of the literature. *Open Orthop J.* 2009 Nov 5;3:100-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
49. Van Hoeywegen RJ, De Clerck LS, Van Offel JF, et al. Interstitial lung disease and adult-onset Still's disease. *Clin Rheumatol.* 1993 Sep;12(3):418-21. [Resumo](#)
50. Cheema GS, Quismorio FP Jr. Pulmonary involvement in adult-onset Still's disease. *Curr Opin Pulm Med.* 1999 Sep;5(5):305-9. [Resumo](#)
51. Medsger TA Jr, Christy WC. Carpal arthritis with ankylosis in late onset Still's disease. *Arthritis Rheum.* 1976 Mar-Apr;19(2):232-42. [Resumo](#)

52. Arlet JB, Le TH, Marinho A, et al. Reactive haemophagocytic syndrome in adult-onset Still's disease: a report of six patients and a review of the literature. *Ann Rheum Dis.* 2006 Dec;65(12):1596-601. [Resumo](#)
53. Collantes E, Zarco P, Muñoz E, et al. Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: description of the first national registry (REGISPONSER) extended report. *Rheumatology (Oxford).* 2007 Aug;46(8):1309-15. [Texto completo](#) [Resumo](#)
54. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis.* 2009 Jun;68(6):777-83. [Texto completo](#) [Resumo](#)
55. Huerta-Sil G, Casasola-Vargas JC, Londoño JD, et al. Low grade radiographic sacroiliitis as prognostic factor in patients with undifferentiated spondyloarthritis fulfilling diagnostic criteria for ankylosing spondylitis throughout follow up. *Ann Rheum Dis.* 2006 May;65(5):642-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
56. Oostveen J, Prevo R, den Boer J, et al. Early detection of sacroiliitis on magnetic resonance imaging and subsequent development of sacroiliitis on plain radiography: a prospective, longitudinal study. *J Rheumatol.* 1999 Sep;26(9):1953-8. [Resumo](#)
57. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis.* 2011 Jan;70(1):25-31. [Texto completo](#) [Resumo](#)
58. Gewitz MH, Baltimore RS, Tani LY, et al. Revision of the Jones Criteria for the diagnosis of acute rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2015 May 19;131(20):1806-18. [Texto completo](#) [Resumo](#)
59. Pereira BÁF, Belo AR, Silva NA. Rheumatic fever: update on the Jones criteria according to the American Heart Association review - 2015. *Rev Bras Reumatol Engl Ed.* 2017 Jul-Aug;57(4):364-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
60. Siltzbach LE, Duberstein JL. Arthritis in sarcoidosis. *Clin Orthop Relat Res.* 1968 Mar-Apr;57:31-50. [Resumo](#)
61. Sequeira W, Stinar D. Serum angiotensin-converting enzyme levels in sarcoid arthritis. *Arch Intern Med.* 1986 Jan;146(1):125-7. [Resumo](#)
62. Scroggie DA, Carpenter MT, Cooper RI, et al. Parvovirus arthropathy outbreak in southwestern United States. *J Rheumatol.* 2000 Oct;27(10):2444-8. [Resumo](#)
63. Craft JE, Grodzicki RL, Steere AC. Antibody response in Lyme disease: evaluation of diagnostic tests. *J Infect Dis.* 1984 May;149(5):789-95. [Resumo](#)
64. Anderson MJ, Higgins PG, Davis LR, et al. Experimental parvoviral infection in humans. *J Infect Dis.* 1985 Aug;152(2):257-65. [Resumo](#)

65. Staples JE, Breiman RF, Powers AM. Chikungunya fever: an epidemiological review of a re-emerging infectious disease. *Clin Infect Dis.* 2009 Sep 15;49(6):942-8. [Resumo](#)
66. Teirstein AS, Machac J, Almeida O, et al. Results of 188 whole-body fluorodeoxyglucose positron emission tomography scans in 137 patients with sarcoidosis. *Chest.* 2007 Dec;132(6):1949-53. [Resumo](#)
67. McAlindon T, Kissin E, Nazarian L, et al. American College of Rheumatology report on reasonable use of musculoskeletal ultrasonography in rheumatology clinical practice. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2012 Nov;64(11):1625-40. [Texto completo](#) [Resumo](#)
68. Zayat AS, Ellegaard K, Conaghan PG, et al. The specificity of ultrasound-detected bone erosions for rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2015 May;74(5):897-903. [Resumo](#)
69. Beitinger N, Ehrenstein B, Schreiner B, et al. The value of colour Doppler sonography of the knee joint: a useful tool to discriminate inflammatory from non-inflammatory disease? *Rheumatology (Oxford).* 2013 Aug;52(8):1425-8. [Resumo](#)
70. Plagou A, Teh J, Grainger AJ, et al. Recommendations of the ESSR Arthritis Subcommittee on Ultrasonography in Inflammatory Joint Disease. *Semin Musculoskelet Radiol.* 2016 Nov;20(5):496-506. [Resumo](#)
71. Goldenberg DL, Cohen AS. Acute infectious arthritis: a review of patients with nongonococcal joint infections (with emphasis on therapy and prognosis). *Am J Med.* 1976 Mar;60(3):369-77. [Resumo](#)
72. Ten Cate DF, Luime JJ, Swen N, et al. Role of ultrasonography in diagnosing early rheumatoid arthritis and remission of rheumatoid arthritis - a systematic review of the literature. *Arthritis Res Ther.* 2013 Jan 8;15(1):R4. [Texto completo](#) [Resumo](#)
73. Markusse IM, Dirven L, van den Broek M, et al. A multibiomarker disease activity score for rheumatoid arthritis predicts radiographic joint damage in the BeSt study. *J Rheumatol.* 2014 Nov;41(11):2114-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
74. Centola M, Cavet G, Shen Y, et al. Development of a multi-biomarker disease activity test for rheumatoid arthritis. *PLoS One.* 2013 Apr 9;8(4):e60635. [Texto completo](#) [Resumo](#)
75. Mandl P, Navarro-Compán V, Terslev L, et al. EULAR recommendations for the use of imaging in the diagnosis and management of spondyloarthritis in clinical practice. *Ann Rheum Dis.* 2015 Jul;74(7):1327-39. [Texto completo](#) [Resumo](#)
76. Tan EM, Cohen AS, Fries JF, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1982 Nov;25(11):1271-7. [Resumo](#)
77. Sieper J, Kingsley GH, Märker-Hermann E. Aetiological agents and immune mechanisms in enterogenic reactive arthritis. *Baillieres Clin Rheumatol.* 1996 Feb;10(1):105-21. [Resumo](#)
78. Chowalloor PV, Keen HI. A systematic review of ultrasonography in gout and asymptomatic hyperuricaemia. *Ann Rheum Dis.* 2013 May;72(5):638-45. [Resumo](#)

79. Thiele RG, Schlesinger N. Diagnosis of gout by ultrasound. *Rheumatology (Oxford)*. 2007 Jul;46(7):1116-21. [Texto completo](#) [Resumo](#)
80. Bongartz T, Glazebrook KN, Kavros SJ, et al. Dual-energy CT for the diagnosis of gout: an accuracy and diagnostic yield study. *Ann Rheum Dis*. 2015 Jun;74(6):1072-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
81. Frediani B, Filippou G, Falsetti P, et al. Diagnosis of calcium pyrophosphate dihydrate crystal deposition disease: ultrasonographic criteria proposed. *Ann Rheum Dis*. 2005 Apr;64(4):638-40. [Texto completo](#) [Resumo](#)
82. Poggenborg RP, Østergaard M, Terslev L. Imaging in psoriatic arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2015 Nov;41(4):593-613. [Resumo](#)
83. Gutierrez M, Filippucci E, De Angelis R, et al. A sonographic spectrum of psoriatic arthritis: "the five targets". *Clin Rheumatol*. 2010 Feb;29(2):133-42. [Texto completo](#) [Resumo](#)
84. Gandjbakhch F, Terslev L, Joshua F, et al; OMERACT Ultrasound Task Force. Ultrasound in the evaluation of enthesitis: status and perspectives. *Arthritis Res Ther*. 2011;13(6):R188. [Texto completo](#) [Resumo](#)
85. Shagrin JW, Frame B, Duncan H. Polyarthritis in obese patients with intestinal bypass. *Ann Intern Med*. 1971 Sep;75(3):377-80. [Resumo](#)
86. Tu J, Chan JJ, Yu LL. Bowel bypass syndrome/bowel-associated dermatosis arthritis syndrome post laparoscopic gastric bypass surgery. *Australas J Dermatol*. 2011 Feb;52(1):e5-7. [Resumo](#)

Imagens

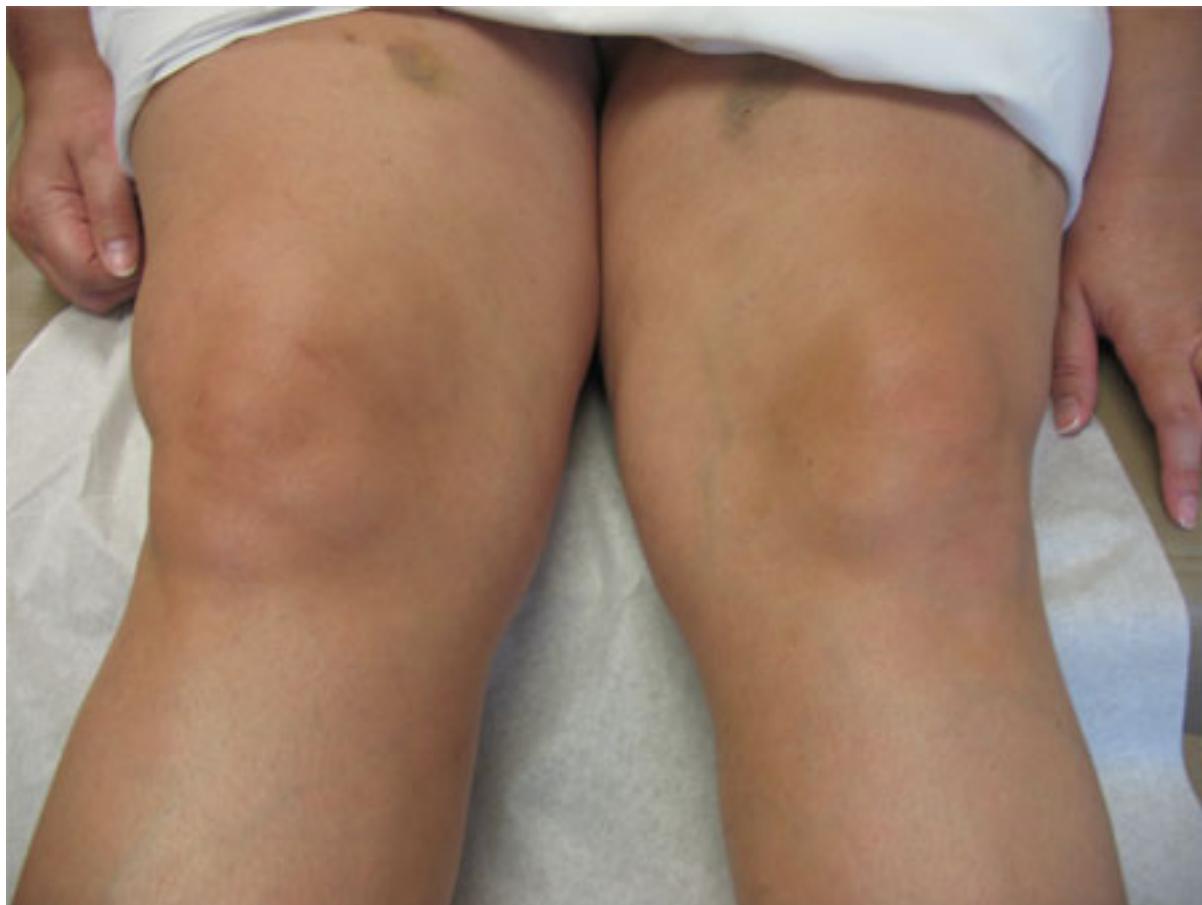
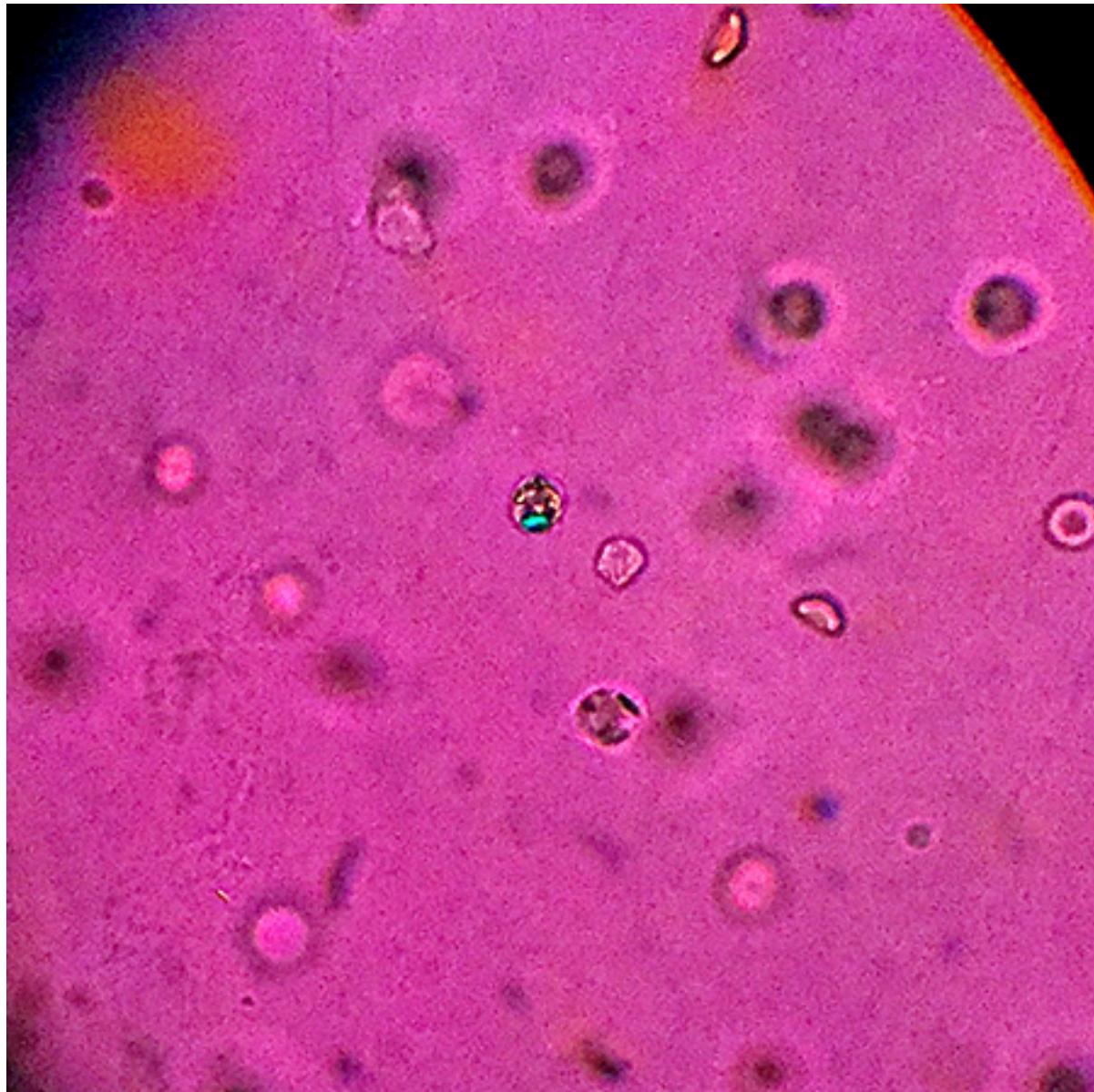


Figura 1: Monoartrite aguda do joelho direito

Do acervo do Dr. Soumya Chatterjee



IMAGES

Figura 2: Cristais de di-hidrato de pirofosfato de cálcio (DPFC) no líquido sinovial sob microscopia óptica polarizada compensada

Do acervo do Dr. Soumya Chatterjee



Figura 3: Gota tofácea

Do acervo do Dr. Soumya Chatterjee

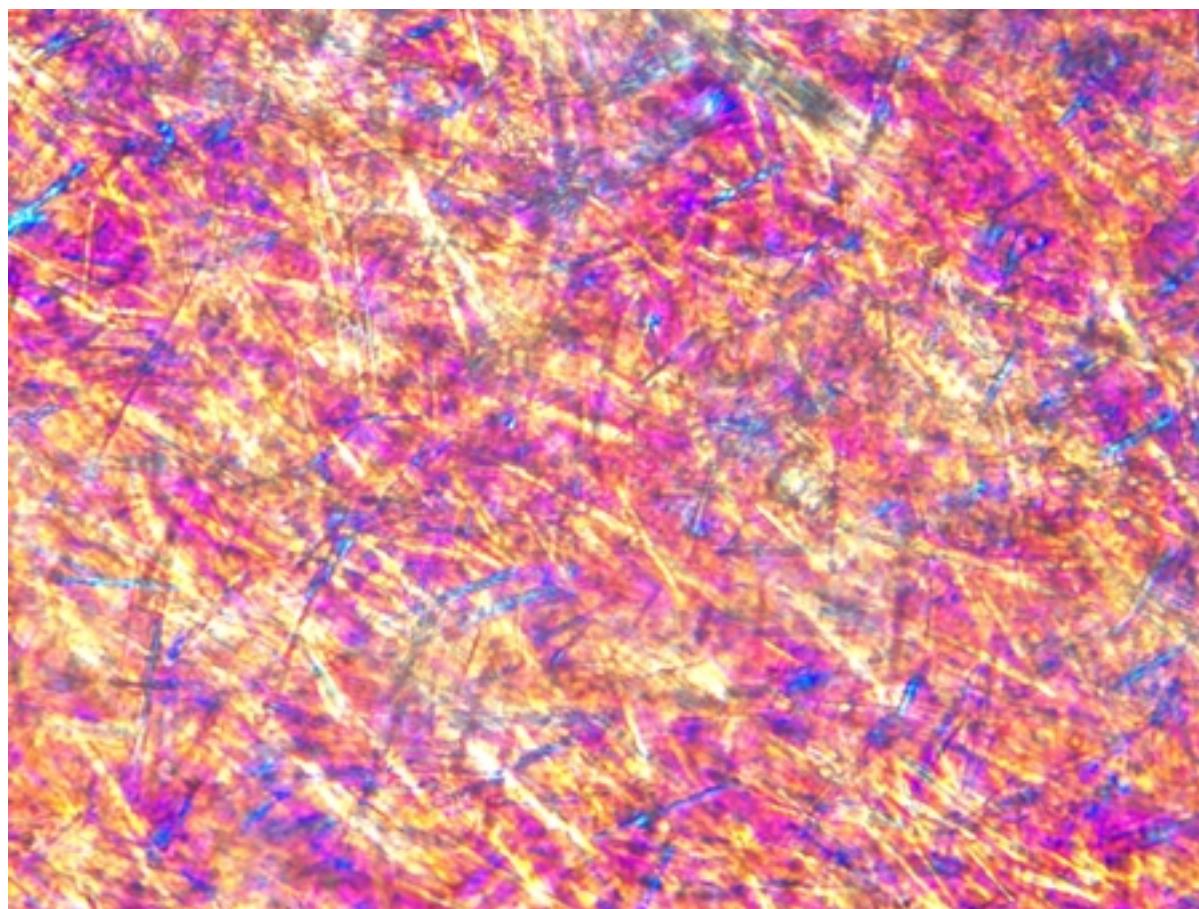


Figura 4: Cristais de urato monossódico de um tofo (microscopia óptica polarizada)

Do acervo do Dr. Soumya Chatterjee



Figura 5: Condrocalcinose (menisco lateral do joelho esquerdo)

Do acervo do Dr. Soumya Chatterjee



Figura 6: Dactilite do terceiro pododáctilo direito (artrite reativa)

Do acervo do Dr. Soumya Chatterjee



Figura 7: Nódulos reumatóides

Do acervo do Dr. Soumya Chatterjee



Figura 8: Radiografia de mãos reumatóides

Do acervo do Dr. Soumya Chatterjee



Figura 9: Artrite reumatoide (deformidades crônicas das mãos)

Do acervo do Dr. Soumya Chatterjee



Figura 10: Artrite psoriática com dactilite (dedos médio esquerdo e indicador direito); alterações cutâneas e da unha (dedo anelar esquerdo)

Do acervo do Dr. Soumya Chatterjee



Figura 11: Eritema nodoso

Do acervo do Dr. Soumya Chatterjee



Figura 12: Sarcoidose pulmonar: adenopatia paratraqueal direita, peri-hilar bilateral e subcarinal

Do acervo do Dr. Soumya Chatterjee

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
	Numerais de 5 dígitos
	Numerais de 4 dígitos
	Numerais < 1

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

Colaboradores:

// Autores:

Soumya Chatterjee, MD, MS, FRCP(UK), FACP, FACR

Associate Professor of Medicine

Cleveland Clinic Lerner College of Medicine of Case Western Reserve University, Staff Physician,
Department of Rheumatologic and Immunologic Diseases, Orthopedic and Rheumatologic Institute,
Cleveland Clinic, Cleveland, OH

DIVULGAÇÕES: SC declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Hill Gaston, MA, PhD, BM BCh, FRCP, FMedSci

Professor of Rheumatology

University of Cambridge, Clinical Director, West Anglia CLRN, Cambridge, UK

DIVULGAÇÕES: HG declares that he has no competing interests.

Don L. Goldenberg, MD, FACP

Chief of Rheumatology

Director, Arthritis-Fibromyalgia Center, Newton-Wellesley Hospital, Newton, Professor of Medicine, Tufts
University School of Medicine, Boston, MA

DIVULGAÇÕES: DLG declares that he has no competing interests.

Brent A. Ponce, MD

Associate Professor

Division of Orthopedic Surgery, University of Alabama, Birmingham, AL

DIVULGAÇÕES: BAP declares that he has no competing interests.