

BMJ Best Practice

Avaliação da artrite soronegativa

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Jun 22, 2018

Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Visão geral	4
Etiologia	4
Emergencies	9
Considerações de urgência	9
Sinais de alarme	9
Diagnóstico	11
Abordagem passo a passo do diagnóstico	11
Visão geral do diagnóstico diferencial	17
Diagnóstico diferencial	19
Diretrizes de diagnóstico	36
Referências	38
Imagens	43
Aviso legal	61

Resumo

- ◊ A 'artrite soronegativa' abrange um grupo de doenças que se apresenta com artrite inflamatória, mas sem um fator reumatoide positivo, portanto soronegativa.
Uma história detalhada e um exame físico completo devem permitir a elucidação do diagnóstico na maioria dos pacientes. Os dados confirmatórios ou corroborantes são obtidos a partir de estudos laboratoriais e de imagens.
Espondiloartropatias, artropatias virais e por depósito de cristais e artrite reumatoide são os diagnósticos mais comuns nesses pacientes.[\[1\]](#) [\[2\]](#)

Etiologia

A artrite soronegativa é caracterizada por dor e inflamação nas articulações na ausência do fator reumatoide (FR). Embora não exista definição clara, devem ser considerados os seguintes diagnósticos diferenciais:

- Espondiloartropatias
- Artropatias por depósito de cristais
- Doença do tecido conjuntivo/inflamatória
- Doenças sistêmicas
- Artrite infecciosa
- Artrite neoplásica/paraneoplásica.

Espondiloartropatias, artropatias virais e por depósito de cristais e artrite reumatoide são os diagnósticos mais comuns nesses pacientes com artrite soronegativa.[\[1\]](#) [\[2\]](#)

Espondiloartropática

As espondiloartropatias abrangem espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite reativa, artrite enteropática e espondiloartropatia indiferenciada.

- A característica deste grupo de doenças é a entesite. Ela pode se apresentar como dactilite, 'dedos em salsicha', ou sensibilidade a inserções entésicas (por exemplo, inserções na fáscia plantar ou no tendão de Aquiles).
- Quando o esqueleto axial está envolvido, a apresentação se dá com dorsalgia inflamatória.
- O envolvimento da articulação periférica pode ser oligoarticular, envolvendo grandes articulações, ou poliarticular.
- A artrite psoriática pode se apresentar com envolvimento interfalangiano distal (IFD).
[\[Fig-1\]](#)
- As manifestações extra-articulares podem incluir uveíte, psoríase, queratoderma blenorragica e eritema nodoso.
[\[Fig-2\]](#)
[\[Fig-3\]](#)
[\[Fig-4\]](#)

Depósito de cristais

Doença de depósito de pirofosfato de cálcio (DPFC)

- A artrite pode se apresentar em 4 padrões: artrite pseudorreumatoide, osteoartrite com sinovite, pseudogota e monoartropatia.
[\[Fig-5\]](#)
- A investigação de cristais de DPFC é recomendada em todo o líquido sinovial obtido das articulações inflamadas, principalmente joelhos e punhos de pacientes mais velhos.[\[3\]](#)
[\[Fig-6\]](#)
- A artrite séptica coexistente deve ser considerada no diferencial de monoartrite.[\[3\]](#)

Gota

- A gota precoce geralmente apresenta-se como artrite aguda e afeta homens abaixo dos 50 anos de idade. Se não for tratada, ela evolui para gota tofácea poliarticular.
[Fig-7]
- As mulheres apresentam gota em idade avançada e podem ter a primeira apresentação como gota tofácea poliarticular. Além disso, a podagra (inflamação do hálux) é menos comum que os surtos de gota recorrentes.[4]
- Quando crônica, pode ser difícil diferenciar de outros tipos de artrite inflamatória.

Inflamatória/reumática

Em idosos, a poliartrite aguda pode se apresentar com início agudo de edema depressível das mãos. Os diagnósticos diferenciais são polimialgia reumática, sinovite simétrica soronegativa remitente com síndrome de edema depressível, artropatias por depósitos de cristais e artrite reumatoide com início em idosos.

Polimialgia reumática

- Geralmente apresenta-se com mialgia na cintura do membro superior e rigidez, e responde a corticosteroides em baixas doses.
- A poliartrite também pode ocorrer; pode ser difícil diferenciar da artrite reumatoide com início em idosos.[5] Um terço dos pacientes pode ser soronegativo para fator reumatoide (FR) e para anticorpos antipeptídeos citrulinados cíclicos.

Sinovite simétrica remitente soronegativa com síndrome de edema depressível

- Doença rara que geralmente se apresenta em homens com idade acima de 50 anos, com poliartrite de início agudo e edema depressível bilateral nas mãos. Os pacientes respondem a corticosteroides em baixas doses. Aqueles que não respondem ao medicamento devem ser avaliados quanto à malignidade subjacente.[6] [7]

Artrite reumatoide

- Geralmente provoca uma poliartrite simétrica das pequenas articulações nos punhos e nas mãos, afetando principalmente as articulações metacarpofalângicas ou interfalangianas proximais (IFP).[8]
- Geralmente, os pacientes com a doença aguda também sentem mal-estar, fadiga e humor deprimido.
- Os reagentes da fase aguda e o FR podem ser normais em 37% ou menos dos pacientes.[2]

Artrite idiopática juvenil

- Os principais sintomas são febre significativa, artralgia, mialgia e erupção cutânea. A erupção cutânea pode ser maculopapular ou uma erupção rosa-salmão passageira.
- Os reagentes da fase aguda estão elevados. Podem ser observadas leucocitose, hiperferritinemia e elevação de transaminases.[9]

Osteoartrite

- Início lento e padrão típico de envolvimento das articulações e formação de osteófitos.
- Uma pequena proporção de pacientes pode desenvolver a osteoartrite erosiva. Essa é uma variação que ocorre em mulheres de meia-idade e está associada a erosões típicas em forma de asas nas articulações IFP e interfalangiana distal (IFD) em radiografias simples. Os exames de imagem mostram uma erosão da articulação central e periférica e uma inflamação de baixo grau dentro da articulação.[10] [11] [12]

Sarcoidose

- A sarcoidose aguda pode se apresentar com periartrite bilateral do tornozelo. A artrite geralmente dura de 3 a 4 semanas.[\[13\]](#)

Doença do tecido conjuntivo

- A artrite ou artralgia pode ocorrer em doenças do tecido conjuntivo, como lúpus eritematoso sistêmico (LES), esclerodermia, miosite inflamatória, síndrome de Sjögren ou doença mista do tecido conjuntivo.

Vasculite de pequenos a médios vasos

- Pode se apresentar com artralgia, sintomas constitucionais, púrpura, mononeurite múltipla ou glomerulonefrite. Pode sugerir uma investigação mais rápida com atenção particular à função de vários órgãos.
- Os sintomas de isquemia mesentérica e evidências de descompensação cardíaca ou hipertensão são sugestivos de poliarterite nodosa.[\[14\]](#)

Infecciosa

Artrite infecciosa não gonocócica

- A artrite infecciosa deve ser considerada em qualquer envolvimento agudo de articulações monoarticulares, principalmente na presença de febre. Os fatores de risco incluem a idade acima de 81 anos, diabetes mellitus, artrite reumatoide, cirurgia de articulação, prótese de quadril ou joelho, infecção cutânea e infecção por vírus da imunodeficiência humana. Os patógenos mais comuns são o *Staphylococcus aureus* e os estreptococos.
- As bactérias gram-negativas ou as anaeróbias devem ser consideradas em usuários de substâncias por via intravenosa ou em pacientes imunocomprometidos.[\[15\]](#)

Infecção gonocócica disseminada

- A artrite é uma complicação presente em 1% a 3% dos pacientes com infecção gonocócica.
- Ela é mais frequente em mulheres e apresenta-se com poliartralgia migratória e tenossinovite. Os joelhos, punhos, tornozelos e cotovelos são as articulações mais comumente afetadas. A tenossinovite afeta as mãos, tornozelos, joelhos e pés.
[\[Fig-8\]](#)
- Uma proporção significativa de pacientes tem febre e dermatite, que pode se apresentar como uma erupção cutânea maculopapular ou vesicular.
- A maioria dos pacientes não apresenta sintomas locais geniturinários, retais ou faríngeos. Entretanto, a infecção gonocócica pode ser demonstrada em 70% a 80% dos casos.[\[16\]](#)

Endocardite bacteriana

- A poliartrite subaguda pode complicar a endocardite bacteriana subaguda devido à formação de imunocomplexos. As apresentações mais comuns são a artrite oligoarticular e monoarticular. Pode ser observado o envolvimento dos tornozelos, joelhos, ombros e articulações esternoclaviculares.
- Podem ocorrer lombalgia e mialgias difusas no membro inferior em 20% dos pacientes.
- Outras manifestações incluem sintomas constitucionais, hemorragias em estilhas, nódulos de Osler, lesões de Janeway, hemorragias petequiais, esplenomegalia e hematúria.[\[17\]](#) [\[18\]](#)

[\[Fig-9\]](#)

[Fig-10]

[Fig-11]

Febre reumática

- A febre reumática aguda ocorre após infecção da garganta por estreptococos e pode se apresentar com poliartrite migratória afetando as grandes articulações, incluindo os joelhos, tornozelos, punhos e cotovelos.
- Podem ocorrer apresentações atípicas com oligoartrite ou monoartrite, bem como dactilite. Ela pode estar associada à cardite, coreia, eritema marginado ou nódulos subcutâneos.[\[19\]](#)

Doença de Lyme

- O início da doença pode apresentar febre e artralgia migratória ou pode ser indolor. O diagnóstico pode ser desafiador na ausência de eritema migratório.
[\[Fig-12\]](#)
- A artrite pode se manifestar na fase intermediária da doença 6 a 8 semanas mais tarde, afetando primeiramente as grandes articulações, mas as pequenas articulações também podem ser envolvidas. As proteínas de fase aguda podem não estar elevadas, e o fator antinuclear e o fator reumatoide (FR) geralmente estão negativos.[\[20\]](#)

Artrite induzida por vírus

- As infecções que podem causar sintomas poliarticulares incluem a infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV); infecções por hepatite A, B e C; vírus linfotrópico de células T humano; e vírus alfa, como o vírus chikungunya.
- A artrite relacionada à infecção por vírus da hepatite B pode se apresentar como uma poliartrite aguda relacionada à infecção aguda.
- A infecção por vírus da hepatite C geralmente causa poliartralgia, mas muitas vezes está associada a um FR positivo. A infecção por parvovírus B19 apresenta-se agudamente com uma artralgia simétrica poliarticular sem inchaço significativo. Ela é mais comum em mulheres e pode estar associada ao eritema infeccioso em cerca de 20% dos pacientes. A artralgia geralmente dura de 3 a 4 semanas, mas pode durar vários meses.

[\[Fig-13\]](#)

[\[Fig-14\]](#)

- Antes da terapia antirretroviral altamente ativa (HAART), as manifestações reumáticas da infecção por HIV incluíam a artrite associada ao HIV, artrite reativa, artrite psoriática e a síndrome articular dolorosa. Porém, o espectro da doença mudou significativamente com a administração da HAART, e pode surgir uma nova síndrome parecida com a artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico (LES) ou polimiosite.[\[21\]](#) [\[22\]](#) [\[23\]](#)

Doença de Whipple

- Os pacientes podem manifestar artralgia, febre e diarreia. Essa doença rara afeta principalmente as pessoas brancas, e é mais comum em homens. O diagnóstico pode ser confirmado ao demonstrar a presença de organismos positivos com ácido periódico-reagente de Schiff na lâmina própria do intestino delgado. A reação em cadeia da polimerase do sangue e o líquido cefalorraquidiano podem demonstrar a presença de *Tropheryma whipplei*.[\[24\]](#)

Artrite neoplásica/paraneoplásica

Carcinomatose neoplásica

- A ocorrência de formas monoarticulares e, às vezes, poliarticulares de artrite tem sido relatada com linfoma não Hodgkin e leucemia aguda e crônica. A artrite não responde à terapia convencional.[\[25\]](#)
[\[26\]](#)

Artrite paraneoplásica

- A poliartrite pode ocorrer como uma síndrome paraneoplásica. Ela pode mimetizar a artrite reumatoide. O fator reumatoide (FR) é frequentemente negativo. Ela pode ser diferenciada por sua distribuição assimétrica, predominante afecção dos membros inferiores, dor extrema, sinovite, sintomas constitucionais e a presença de hepatoesplenomegalia e linfadenopatia. A artrite paraneoplásica está mais comumente associada a cânceres esofágicos, gástricos, ovarianos, pulmonares, de colón e de mama, além de distúrbios linfoproliferativos.[\[27\]](#) [\[28\]](#)

Considerações de urgência

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

Artrite séptica

A artrite infecciosa deve ser considerada frente a qualquer envolvimento agudo de articulações monoarticulares, principalmente na presença de febre. Os fatores de risco incluem a idade acima de 81 anos, diabetes mellitus, artrite reumatoide, cirurgia de articulação, prótese de quadril ou joelho, infecção cutânea e infecção por vírus da imunodeficiência humana. Uma história recente de cirurgia de articulação ou celulite que recobre um quadril ou joelho protético são os únicos achados clínicos que demonstraram afetar significativamente a probabilidade do diagnóstico de artrite séptica não gonocócica.^[29] O *Staphylococcus aureus* e os estreptococos são os organismos mais comuns na artrite bacteriana não gonocócica. As bactérias gram-negativas ou as anaeróbias devem ser consideradas em usuários de substâncias por via intravenosa ou em pacientes imunocomprometidos.^[15] Se o diagnóstico for equivocado e a terapia adequada não for instituída desde o início, a destruição rápida da cartilagem articular poderá levar a danos irreversíveis das articulações. Um diagnóstico definitivo requer uma artrocentese e uma análise do líquido sinovial (incluindo celularidade, coloração de Gram e cultura). Uma contagem leucocitária extrema no líquido sinovial ($>50 \times 10^9/L$) aumenta a probabilidade da artrite séptica.^[29] A aspiração da articulação deve ser realizada antes de iniciar a antibioticoterapia.

Vasculites sistêmicas

A vasculite de pequenos a médios vasos pode se apresentar com artralgia, sintomas constitucionais, púrpura, mononeurite múltipla ou glomerulonefrite e pode sugerir uma investigação mais rápida, com atenção particular à função de vários órgãos. Os sintomas de isquemia mesentérica e evidências de descompensação cardíaca ou hipertensão são sugestivos de poliarterite nodosa.^[14] As apresentações agudas com mononeurite múltipla, isquemia visceral ou dos membros e/ou comprometimento renal precisam ser avaliadas e tratadas com urgência. A terapia de apoio em associação com corticosteroides em altas doses e antibióticos de amplo espectro podem ser considerados na fase inicial do manejo.

Endocardite bacteriana

Os pacientes geralmente apresentam êmbolos periféricos ou centrais, ou evidências de insuficiência cardíaca congestiva descompensada. Portanto, qualquer paciente que apresente febre juntamente com cefaleia, sinais meníngeos, sintomas de acidente vascular cerebral (AVC), dispneia ao esforço, ortopneia ou dispneia paroxística noturna precisa ser avaliado com urgência. O manejo da endocardite infecciosa é orientado pela identificação do organismo causador e, ao definir se a valva infectada é nativa ou protética.

Carcinomatose neoplásica

Os pacientes apresentam sintomas constitucionais, dor extrema e envolvimento monoarticular ou poliarticular concomitante com linfoma não Hodgkin ou leucemia aguda e crônica. A artrite não responde à terapia convencional. A terapia paliativa (quimioterapia e a radioterapia) geralmente é a única opção de tratamento.

Sinais de alarme

- Artrite séptica

- Artrite gonocócica
- Endocardite bacteriana
- Febre reumática
- Artrite paraneoplásica
- Carcinomatose neoplásica

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Uma anamnese detalhada e um exame físico meticuloso devem permitir a elucidação do diagnóstico na maioria dos pacientes com artrite soronegativa. Os dados confirmatórios ou corroborantes são obtidos a partir de estudos laboratoriais e de imagens.

História

O número e a localização das articulações envolvidas (monoarticulares em contraste com poliarticulares), o modo de início (agudo em contraste com contínuo e evolutivo) e as características do envolvimento das articulações fornecem pistas para a etiologia da artrite.

- Dor articular: pode se apresentar abruptamente ou como um desconforto gradual. Quando os sintomas duram mais de 6 semanas, a doença é considerada como sendo crônica. É necessário determinar se o envolvimento da articulação ocorreu simultaneamente, de modo aditivo (a dor persiste em uma ou mais articulações e dissemina-se para outras articulações), ou de modo migratório (a dor persiste em uma ou mais articulações, a seguir desaparece das articulações inicialmente envolvidas e migra para outras articulações).
- Envolvimento articular: também é importante estabelecer se o envolvimento da articulação é simétrico ou assimétrico. Os sintomas axiais e de envolvimento da articulação periférica devem ser confirmados.
- Rigidez matinal: a presença de rigidez matinal com duração superior a 1 hora sugere artrite inflamatória.[\[30\]](#) [\[31\]](#)
- Dorsalgia inflamatória: o início insidioso de lombalgia em um paciente <35-45 anos de idade com história familiar positiva de espondiloartropatia, que piora na segunda metade da noite, diminui com exercícios e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e está associada à dor alternada nas nádegas e rigidez matinal de 1 hora ou mais, pode ser sugestivo de espondiloartropatia axial subjacente.[\[32\]](#) [\[33\]](#) [\[34\]](#) [\[35\]](#) [\[36\]](#)

Outras características principais da anamnese incluem as mencionadas a seguir.

- Sintomas constitucionais: tais como febre, sugestiva de processos ou de infecção sistêmica. Uma revisão completa dos sistemas deve revelar se há características extra-articulares.
- Infecção: os fatores de risco característicos da monoartrite infecciosa devem ser verificados, incluindo idade acima de 80 anos, diabetes mellitus, artrite reumatoide, cirurgia de articulação, prótese de quadril ou joelho, infecção cutânea e infecção por vírus da imunodeficiência humana.[\[15\]](#) [\[29\]](#)
- História medicamentosa: uma história familiar de espondiloartropatia, história de uveíte, psoríase, doença inflamatória intestinal, uretrite e doenças sexualmente transmissíveis devem ser consideradas em pacientes com suspeita de espondiloartropatia. Se houver suspeita de gota, deve-se verificar se há uma história de podagra (inflamação do hálux), embora ela possa não estar presente em mulheres com gota poliarticular. História de picada de carrapatos ou mosquito, viagens e doenças de crianças ou animais de estimação devem ser considerados. A artrite por vírus chikungunya deve ser considerada na presença de antecedentes de viagens recentes ao sudeste asiático, Caribe ou países da América do Sul, especialmente se os sintomas tiverem um início agudo ou explosivo.

Exame físico

As características principais do exame incluem o seguinte.

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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 exoneración de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

- Exame das articulações: para limitar os diagnósticos diferenciais, é importante documentar a presença de sinovite e a distribuição do envolvimento. As artropatias virais raramente causam derrames diretamente. Se houver presença de dactilite, as espondiloartropatias deverão ser consideradas.
- Exame da coluna: em pacientes com espondiloartropatia presente há muito tempo, pode-se também observar restrição da amplitude de movimento (ADM) da coluna. Um teste de Schober pode ser conduzido colocando uma fita métrica a 10 cm de distância da linha média na coluna lombar inferior. Solicita-se que o paciente tente tocar seus dedos dos pés sem dobrar os joelhos. Geralmente, a flexão da coluna lombar resultaria em uma excursão de 5 cm ou mais. Se a excursão for <4 cm, isso pode indicar restrição da ADM da coluna lombar devido à formação de sindesmófitos.
- Alterações cutâneas: um exame dermatológico cuidadoso deve ser conduzido para revelar sinais de psoríase, eritema nodoso, queratoderma blenorragráfica, púrpura, manifestações cutâneas de doença do tecido conjuntivo (alopecia, lesões discoides, erupção cutânea malar, erupção serpiginosa, pápulas de Gottron, erupção troncular de dermatomiosite) e características de esclerodermia nas mãos (esclerodactilia, espessamento da pele, depressões ou úlceras digitais, fenômeno de Raynaud, capilaroscopia anormal da dobra ungueal, calcinose subcutânea). Erupções cutâneas podem estar associadas com artrite viral. Uma erupção cutânea morbiliforme maculopapular, hiperpigmentação e lesões intertriginosas podem ocorrer em infecção por vírus chikungunya.
- Linfadenopatia: observada em distúrbios ou infecção sistêmica.
- Fraqueza muscular: a fraqueza muscular proximal pode sugerir uma miopatia inflamatória.
- Mononeurite múltipla: observada na vasculite ou no lúpus eritematoso sistêmico.
- Pleuropericardite ou derrame pleural: pode sugerir doença do tecido conjuntivo.

[Fig-2]

[Fig-4]

[Fig-3]

[Fig-15]

[Fig-16]

[Fig-17]

[Fig-18]

[Fig-19]

[Fig-20]

[Fig-21]

Características das espondiloartropatias

- A espondilite anquilosante manifesta-se em pacientes com idade entre 20 e 30 anos e tem uma razão de homens/mulheres de 3:1. Ela mostra agregação familiar, e o antígeno leucocitário humano B27 (HLA-B27) está presente em 90% dos pacientes. Clinicamente, se manifesta com artrite assimétrica dos membros inferiores, sacroileíte simétrica e sindesmófitos marginais delicados (inicialmente envolvendo a coluna lombar e torácica inferior). A uveíte ocorre ocasionalmente, enquanto a entesite e a dactilite são incomuns, e as manifestações dermatológicas são inespecíficas. Outras

manifestações extra-articulares são a regurgitação aórtica, defeitos de condução, fibrose pulmonar do lobo superior e nefropatia por imunoglobulina A (IgA).

[Fig-22]

- A artrite reativa manifesta-se em pacientes com idade entre 20 a 30 anos e tem uma razão de homens/mulheres de 5:1. Ela mostra agregação familiar, e o HLA-B27 está presente em 80% dos pacientes. Clinicamente, se manifesta com artrite assimétrica dos membros inferiores, sacroileíte assimétrica e sindesmófitos volumosos. A uveíte, a entesite e a dactilite são comuns, e ocorrem manifestações dermatológicas da queratoderma blenorragica e da balanite circinada. Outra manifestação extra-articular é a regurgitação aórtica.

[Fig-3]

- A artrite psoriática manifesta-se em pacientes com idade entre 35 a 45 anos e ocorre igualmente em homens e mulheres. Ela mostra agregação familiar, e o HLA-B27 está presente em 40% dos pacientes. Ela pode envolver qualquer articulação periférica e causa uma sacroileíte assimétrica, bem como sindesmófitos marginais volumosos (mais comumente na coluna cervical). A uveíte ocorre ocasionalmente, enquanto a entesite e dactilite são comuns, e se manifesta dermatologicamente como psoríase. Outra manifestação extra-articular é a regurgitação aórtica.

[Fig-1]

[Fig-2]

- A artrite enteropática pode se manifestar em qualquer idade e ocorre igualmente em homens e mulheres. Ela mostra agregação familiar, e o HLA-B27 está presente em 30% dos pacientes. Clinicamente, se manifesta com artrite assimétrica dos membros inferiores, sacroileíte simétrica e sindesmófitos marginais delicados. A entesite ocorre com menor frequência, a dactilite é incomum e a uveíte ocorre ocasionalmente. Manifestações dermatológicas do eritema nodoso e pioderma gangrenoso, bem como a regurgitação aórtica, também ocorrem.

[Fig-4]

Características	Espondilite anquilosante	Artrite reativa	Artrite psoriática	Artrite enteropática
Idade de início	20-30 anos	20-30 anos	35-45 anos	Qualquer idade
Relação homens:mulheres	3:1	5:1	1:1	1:1
Artrite periférica	Membros inferiores assimétricos	Membros inferiores assimétricos	Quaisquer articulações	Membros inferiores assimétricos
Envolvimento espinhal	Sacroileíte simétrica (100%), sindesmófitos marginais delicados: coluna lombar e coluna torácica inferior envolvidas inicialmente	Sacroileíte assimétrica, sindesmófitos marginais volumosos	Sacroileíte assimétrica, sindesmófitos marginais volumosos: envolvimento da coluna cervical mais comumente	Sacroileíte simétrica, sindesmófitos marginais delicados
Entesite	Incomum	Comum	Comum	Menos comum
Dactilia	Incomum	Comum	Comum	Incomum
Manifestações dermatológicas	Inespecífico	Queratoderma blenorragico, balanite circinada	Psoríase	Eritema nodoso, pioderma gangrenoso
Uveíte	Ocasional	Comum	Ocasional	Ocasional
Outras manifestações extra-articulares	Defeitos de condução da regurgitação aórtica, fibrose pulmonar do lobo superior, nefropatia por IgA	Regurgitação aórtica	Regurgitação aórtica	Regurgitação aórtica
Agregação familiar	Comum	Comum	Comum	Comum
HLA B27	90%	80%	40%	30%

Características das espondiloartropatias

Adaptado de Kataria RK, Brent LH. Am Fam Physician.

2004;69:2853-2260 e Gladman DD. Am J Med Sci. 1998;316:234-238

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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.

Características diferenciadoras na poliartrite

- Febre precedendo a artrite indica a possibilidade de artrite viral, artrite de Lyme, artrite reativa, artrite idiopática com início na juventude ou em idade adulta, ou endocardite bacteriana. Uma temperatura $>40^{\circ}\text{C}$ ($>104^{\circ}\text{F}$) pode indicar uma artrite idiopática com início na juventude ou em idade adulta, artrite bacteriana ou lúpus eritematoso sistêmico (LES).
- Um padrão migratório de artrite ocorre na febre reumática, infecção meningocócica ou gonocócica disseminada, artrite viral e LES. As recorrências episódicas ocorrem na doença de Lyme, artrite induzida por cristais, artrite enteropática, doença de Whipple, artrite idiopática com início na juventude ou em idade adulta e no LES.
- Uma dor desproporcional à intensidade de um derrame indica a possibilidade de febre reumática, leucemia aguda ou síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), enquanto a presença de um grande derrame com menos dor pode indicar artrite tuberculosa, endocardite bacteriana subaguda, artrite enteropática, arterite de células gigantes ou doença de Lyme.
- A leucopenia pode estar presente no LES e na artrite viral.

Sintoma ou sinal	Diagnóstico diferencial
Temperatura $>40^{\circ}\text{C}$ ($>104^{\circ}\text{F}$)	Artrite idiopática com início na juventude ou em idade adulta, artrite bacteriana, LES
Febre precedendo a artrite	Artrite viral, artrite de Lyme, artrite reativa, artrite idiopática com início na juventude ou em idade adulta, endocardite bacteriana
Artrite migratória	Febre reumática, infecção meningocócica ou gonocócica disseminada, artrite viral, LES
Dor desproporcional ao derrame	Febre reumática, leucemia aguda, AIDS
Derrame maior que a dor	Artrite tuberculosa, endocardite bacteriana subaguda, artrite enteropática, arterite de células gigantes, doença de Lyme
Leucopenia	LES, artrite viral
Episódios recorrentes	Doença de Lyme, artrite induzida por cristais, artrite enteropática, doença de Whipple, artrite idiopática com início na juventude ou em idade adulta, LES

Características diferenciadoras na poliartrite

Adaptado de Pinals R. N Engl J Med. 1994;330:769-774

Testes diagnósticos

A avaliação laboratorial e dos exames de imagem devem se concentrar na suspeita diagnóstica.

Suspeita de envolvimento multissistêmico

- Devem ser realizados os seguintes exames: hemograma completo com diferencial, perfil metabólico abrangente, urinálise, proteína C-reativa e velocidade de hemossedimentação (VHS). Uma radiografia torácica também pode ser útil para a identificação de doenças subjacentes, como a tuberculose e a sarcoidose.

[Fig-25]

Suspeita de artrite reumatoide

- Anticorpos contra o peptídeo citrulinado cíclico podem estar envolvidos em um paciente com a poliartrite simétrica. Embora sejam altamente específicos para artrite reumatoide, podem também ocorrer na artrite psoriática e denotar um prognóstico pior.[37] [38]

Suspeita de doença do tecido conjuntivo

- A investigação inicial inclui fatores antinucleares (FAN) e anticorpos da síndrome de Sjögren A e da síndrome de Sjögren B.

Suspeita de espondiloartropatia

- Realizar apenas a medição do HLA-B27 geralmente não é útil porque tem baixo valor preditivo para a espondiloartropatia na população geral.[39] Porém, em combinação com achados clínicos e radiológicos, pode aumentar a confiança diagnóstica e auxiliar no diagnóstico precoce da espondiloartropatia axial.[35] [36]
- As radiografias simples podem ser úteis para detectar erosões ou sinais específicos de um processo da doença. No entanto, na artrite precoce, as alterações ósseas podem não ser detectadas, o que limita sua utilidade.[40] [41] A característica principal da espondiloartropatia é o envolvimento da coluna. A formação de sindesmófitos e sinais de sacroileíte podem ser observados. Em pacientes com artrite psoriática, a radiografia pode detectar erosões marginais, que geralmente são indistinguíveis daquelas presentes na artrite reumatoide. Entretanto, elas tendem a ter uma distribuição assimétrica afetando o carpo, as articulações metacarpofalângicas e interfalangianas. O membro superior está envolvido com mais frequência que os membros inferiores. Nos membros inferiores, são comuns as erosões da articulação interfaríngea. Uma nova formação óssea periosteal, erosão da articulação interfalangiana distal ou deformidades em "lápis-na-xícara" também podem ser observadas.[42]
- Caso haja suspeita de espondiloartropatia axial e as radiografias da articulação sacroilíaca sejam negativas, a ressonância nuclear magnética (RNM) do sacro pode ser usada para detectar inflamação ativa, metaplasia do tecido e erosões no ilíaco.[43] A RNM da coluna vertebral pode detectar sinal elevado na medula óssea e metaplasia adiposa nos corpos vertebrais. O prognóstico e o valor preditivo da RNM neste ambiente não é claro e recomendações recentes para exames de imagem da European League Against Rheumatism (EULAR) não aconselham exames de imagem da coluna vertebral para encontrar casos.[43] [44] [45]
- A sonografia é mais sensível que o exame físico na detecção de sinais de sinovite, tenossinovite e entesite. Ela pode ter uma função na classificação da artropatia inflamatória precoce, bem como na detecção da entesite periférica.[40] [43] [46] [47] Além disso, pode detectar erosões e periostite nesses pacientes.[48] [49]
- A utilização das estratégias listadas acima para identificar pacientes com espondiloartropatia axial passou a identificar os pacientes mais precocemente no decurso da doença. O grupo de trabalho da Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS) propôs e validou novos critérios de classificação para a espondiloartrite axial com o objetivo de identificar pacientes mais precocemente e não confiar totalmente em alterações radiográficas na articulação sacroilíaca ou da coluna.[50] Estudos relataram aumento da incidência de espondiloartropatia com base nesses critérios de classificação.[51] [52] [53] No entanto, somente uma proporção desses pacientes pode evoluir para ter uma evidência radiográfica da espondiloartropatia.[50]

Suspeita de febre reumática

- A evidência de uma infecção recente por estreptococos pode ser investigada por swabs da garganta ou títulos de antiestreptolisina O. Porém, a sensibilidade desses exames pode ser baixa, e talvez seja necessário verificar os títulos de anti-DNase B e antiestreptoquinase.[19]

Suspeita de infecção

- A aspiração da articulação é importante para descartar a infecção.[\[54\]](#) No entanto, artropatias por depósito de cristais podem coexistir com a artrite infecciosa.[\[55\]](#)
- A biópsia sinovial de uma articulação pode ser indicada se houver suspeita de um distúrbio infeccioso ou granulomatoso, como a tuberculose. Entretanto, poderá ser inútil no diagnóstico ou prognóstico da artrite periférica não infecciosa.[\[56\]](#)

Suspeita de artrite viral

- Exames sorológicos específicos para vírus podem ser realizados com base no quadro clínico. Em mulheres de meia-idade com poliartrite aguda, imunoglobulina G/imunoglobulina M (IgG/IgM) para parvovírus podem ser investigados.
- Se houver suspeita de artrite por chikungunya, podem ser solicitados anticorpos IgG e IgM.
- Reação em cadeia da polimerase para hepatite B ou C, vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou vírus chikungunya pode ser solicitada se forem detectados anticorpos relevantes.
- Uma minoria dos pacientes com artropatia por chikungunya pode desenvolver sintomas crônicos. Esses pacientes devem ser avaliados quanto ao desenvolvimento de artrite reumatoide, assim como outras artropatias soronegativas de acordo com suas características clínicas. Artropatia erosiva negativa para fator reumatoide (FR) e positiva para anticorpos anti-CCP pode se desenvolver, mas raramente.[\[57\]](#)

[Fig-22]

Suspeita de artropatia por depósito de cristais

- O diagnóstico pode ser feito por aspiração da articulação e pelo reconhecimento de depósitos tofáceos no semicírculo da borda auricular ou nas superfícies extensoras dos dedos das mãos.
- Os níveis de ácido úrico geralmente são verificados em pacientes com suspeita de gota, embora eles possam ser normais em uma exacerbação aguda.[\[58\]](#)
- A aspiração da articulação é útil quando há suspeita de gota ou de doença de depósito de pirofosfato de cálcio (DPFC).[\[54\]](#) O líquido sinovial deve ser aspirado e os cristais de DPFC intracelulares devem ser demonstrados.[\[59\]](#)
- Um diagnóstico de gota tofácea pode ser sugerido por erosões clássicas com bordas suspensas na radiografia simples. A presença de condrocalcinose na fibrocartilagem triangular ou no menisco dos joelhos é um indicativo de DPFC. A calcificação sinovial também pode ser observada nas articulações metacarpofalângicas e metatarsofalangeana, punhos e joelhos. É necessário o exame do líquido sinovial sob microscopia polarizada plana para confirmar o diagnóstico.[\[60\]](#)
- A sonografia pode ser útil no diagnóstico da artropatia por depósito de cristais devido à deposição diferencial de cristais de pirofosfato de cálcio e urato na cartilagem.[\[61\]](#) Depósitos tofáceos também podem ser reconhecidos.[\[61\]](#)
- Embora a RNM mostre uma sinovite ativa, as aparências da gota não são únicas, o que limita a utilidade desta técnica ao diagnóstico da artropatia por depósito de cristais.[\[62\]](#)

[Fig-7]

[Fig-26]

[Fig-5]

[Fig-6]

Visão geral do diagnóstico diferencial

Comum

- Espondilite anquilosante
- Artrite psoriática
- Artrite reativa
- Espondiloartropatia não diferenciada
- Doença de depósito de pirofosfato de cálcio (DPFC)
- Gota
- Polimialgia reumática
- Osteoartrite
- Artrite reumatoide
- Lúpus eritematoso sistêmico
- Artrite séptica
- Endocardite bacteriana
- Artrite viral

Incomum

- Artrite enteropática
- Sinovite simétrica remitente soronegativa com síndrome de edema depressível
- Sarcoidose
- Artrite idiopática com início na juventude ou em idade adulta
- Síndrome de sobreposição
- Síndrome de Sjögren
- Esclerodermia

DIAGNOSIS

Incomum

Polimiosite

Dermatomiosite

Vasculite sistêmica

Artrite gonocócica

Febre reumática

Doença de Lyme

Doença de Whipple

Artrite tuberculosa

Artrite paraneoplásica

Carcinomatose neoplásica

Diagnóstico diferencial

Comum

◊ Espondilite anquilosante

História	Exame	1º exame	Outros exames
oligoarticular envolvendo as grandes articulações, ou envolvimento articular inflamatório poliarticular, dorsalgia inflamatória	sinovite, envolvimento da coluna, entesite: dactilite ou sensibilidade em inserções entésicas como inserções na fáscia plantar e no tendão de Aquiles; manifestações extra-articulares: uveíte, psoríase, queratoderma blenorragica, eritema nodoso	» radiografia simples da pelve: sacroileíte Radiografia. [Fig-22]	» radiografias simples das articulações afetadas: podem ser observadas erosões, periostite » ultrassonografia: sinovite, erosões e entesite » ressonância nuclear magnética (RNM) do sacro: sacroileíte

◊ Artrite psoriática

História	Exame	1º exame	Outros exames
problemas no couro cabeludo ou nas unhas, dor e rigidez nas articulações, dor no local da ligação do tendão, rigidez espinhal	artrite periférica, dactilite, redução da mobilidade da coluna cervical	» radiografias simples das mãos e dos pés: erosão na articulação interfalangiana distal, formação de novos ossos periarticulares, osteólise, deformidade em "lápis-na-xícara" na doença avançada » velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C-reativa: normal ou elevado » anticorpos antiipeptídeo citrulinado cíclico: negativo	

Comum

◊ Artrite reativa

História	Exame	1º exame	Outros exames
oligoarticular envolvendo as grandes articulações, ou envolvimento articular inflamatório poliarticular	sinovite, envolvimento da coluna, entesite: dactilite ou sensibilidade em inserções entésicas como inserções na fáscia plantar e no tendão de Aquiles; manifestações extra-articulares: uveíte, psoríase, queratoderma blenorragica, eritema nodoso; uretrite em homens e cervicite mucopurulenta em mulheres com artrite reativa (AR) sexualmente adquirida[63]	» radiografia simples: sacroileíte ou entesopatia » velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C-reativa: pode estar elevada	» coloração de Gram do swab uretral: ≥5 LPMNs por campo microscópico de alta potência (x1000) e/ou ≥10 LPMNs por campo microscópico de alta potência (x1000) Em homens assintomáticos ou em homens com suspeita de artrite reativa sexualmente adquirida (ou seja, uretrite, secreção uretral e/ou disúria).[63] » coloração de Gram de swab de corrimento vaginal: ≥5 LPMNs por campo microscópico de alta potência (x1000) e/ou ≥10 LPMNs por campo microscópico de alta potência (x1000) Em mulheres assintomáticas ou em mulheres com suspeita de artrite reativa sexualmente adquirida (ou seja, com corrimento vaginal purulento, disúria e/ou sangramento pós-coito ou intermenstrual).[63] » testes de amplificação nucleica: positivos para Chlamydia trachomatis ou Neisseria gonorrhoeae Em homens assintomáticos e em mulheres com

Comum

◊ Artrite reativa

História	Exame	1º exame	Outros exames
			suspeita de artrite reativa sexualmente adquirida. [63]

◊ Espondiloartropatia não diferenciada

História	Exame	1º exame	Outros exames
oligoarticular envolvendo as grandes articulações, ou envolvimento articular inflamatório poliarticular, dorsalgia inflamatória	sinovite, envolvimento da coluna, entesite: dactilite ou sensibilidade em inserções entésicas como inserções na fáscia plantar e no tendão de Aquiles; manifestações extra-articulares: uveíte, psoríase, queratoderma blenorragica, eritema nodoso	» radiografia simples da pelve: sacroileíte Na doença em estágio inicial, os estudos radiológicos têm a probabilidade de serem negativos.	» radiografias simples das articulações afetadas: podem ser observadas erosões, periostite » ulassonografia: sinovite, erosões e entesite » ressonância nuclear magnética (RNM) do sacro: sacroileíte

◊ Doença de depósito de pirofosfato de cálcio (DPFC)

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode se apresentar em 4 padrões: artrite pseudorreumatoide, osteoartrite com sinovite, pseudogota e monoartropatia	sinovite, depósitos tofáceos nas superfícies extensoras e orelhas	» aspiração da articulação: cristais desidratados de pirofosfato de cálcio O líquido sinovial deve ser aspirado e os cristais de DPFC intracelulares devem ser demonstrados. [59] Ele deve ser enviado para a coloração de Gram e cultura. É necessário o exame do líquido sinovial sob microscopia polarizada plana para confirmar o diagnóstico. [60]	» radiografias simples: condrocalcinoze Radiografia. [Fig-26] [Fig-5] » ulassonografia musculoesquelética: condrocalcinoze

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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

◊ Doença de depósito de pirofosfato de cálcio (DPFC)

História	Exame	1º exame	Outros exames
		[Fig-6]	

◊ Gota

História	Exame	1º exame	Outros exames
início agudo, <50 anos de idade, dor intensa na articulação	sinovite, depósitos tofáceos nas superfícies extensoras e orelhas	» aspiração da articulação: contagem de leucócitos $>2 \times 10^9/L$ (2000/mm ³) (média: 20 x $10^9/L$ [20,000/mm ³]); cristais birrefringentes na forma de agulha fortemente negativos sob a luz polarizada Importante para confirmar o diagnóstico, descartar artrite séptica e diferenciar a gota da doença de depósito de pirofosfato de cálcio (pseudogota).	» nível de ácido úrico: pode estar elevada O nível de ácido úrico em si não é um diagnóstico de gota. Durante um ataque agudo, pode estar falsamente normal. » radiografias simples: sinais de gota tofácea erodindo no osso As mãos são um lugar ideal para procurar por erosões da gota. » ultrassonografia musculoesquelética: sinais de gota tofácea, derrame, sinovite

◊ Polimialgia reumática

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, sudorese noturna; dor e rigidez dos ombros e da cintura pélvica que ficam mais intensas de manhã e duram por muitas horas	sinovite palpável nos joelhos, punhos, articulações metacarpofalângicas; edema, diminuição na amplitude de movimento ativo dos ombros, do pescoço, quadris	» Velocidade de hemossedimentação (VHS): elevado	» proteína C-reativa: elevado » teste de provocação com corticosteroide: melhora dos sintomas O diagnóstico baseia-se no quadro clínico, juntamente com uma VHS elevada e uma resposta imediata e expressiva a corticosteroides.

Comum

◊ Polimialgia reumática

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<p>»ultrassonografia: bursite bilateral nos ombros, derrame glenoumral, tenossinovite bicipital, derrame sinovial do quadril e/ou bursite trocantérica</p> <p>Esses achados podem aumentar a suspeita de polimialgia reumática, mas podem não distingui-la da artrite reumatoide com início em pessoas idosas.^[5]</p>

◊ Osteoartrite

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor, dificuldades funcionais, rigidez	envolvimento das mãos, do quadril e dos joelhos; deformidades ósseas principalmente nas mãos; sensibilidade; amplitude de movimento limitada; o desalinhamento ósseo é comum, principalmente no joelho	<p>»proteína C-reativa: normal</p> <p>A osteoartrite é um diagnóstico clínico, mas marcadores inflamatórios devem ser solicitados se a artrite inflamatória for um diagnóstico diferencial possível: por exemplo, em um paciente mais velho que apresenta edema no joelho.</p> <p>»Velocidade de hemossedimentação (VHS): normal</p> <p>A osteoartrite é um diagnóstico clínico, mas marcadores inflamatórios devem ser solicitados se a artrite inflamatória for um diagnóstico diferencial</p>	

Comum

◊ Osteoartrite

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>possível: por exemplo, em um paciente mais velho que apresenta edema no joelho.</p> <p>»radiografia: neoformação óssea (osteófitos), estreitamento do espaço articular, esclerose subcondral e cistos</p>	

◊ Artrite reumatoide

História	Exame	1º exame	Outros exames
queixa de dor em várias articulações e inchaço acompanhado por rigidez cedo pela manhã que dura por mais de 1 hora	poliartrite simétrica com envolvimento do punho e das pequenas articulações	<p>»Hemograma completo com diferencial: plaquetopenia; a contagem de leucócitos pode estar normal ou elevada</p> <p>»esfregaço de sangue periférico: plaquetopenia; caso contrário, é normal</p> <p>»FR: pode ser positiva O FR pode ser negativo em 37% ou menos dos pacientes com artrite reumatoide.^[2]</p> <p>»Velocidade de hemossedimentação (VHS): elevado</p> <p>»anticorpo antiipeptídeo citrulinado cíclico (anti-CCP): positiva Alta especificidade para artrite reumatoide (AR), sendo que os exames de 70% a 80% dos</p>	

Comum**◊ Artrite reumatoide**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		pacientes com AR são positivos.	

◊ Lúpus eritematoso sistêmico

História	Exame	1º exame	Outros exames
mulheres jovens com artralgia, erupção cutânea fotossensível, alopecia, úlceras orais, pleurisia	poliartrite das pequenas a médias articulações, erupção cutânea malar, úlceras do palato duro, alopecia	<ul style="list-style-type: none"> »Hemograma completo com diferencial: plaquetopenia »esfregaço de sangue periférico: microangiopatia (na forma grave) »fator antinuclear (FAN) sérico: positiva Podem estar associados à insuficiência renal. »Velocidade de hemossedimentação (VHS): elevado 	

◊ Artrite séptica

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente com envolvimento agudo das articulações monoarticulares, febre; fatores de risco: idade >81 anos, diabetes mellitus, história de artrite reumatoide, cirurgia de articulação, prótese de quadril ou joelho, infecção cutânea e imunodeficiência	articulação sensível à palpação e edemaciada; raramente poliarticular	<ul style="list-style-type: none"> »aspirado da articulação para celularidade, coloração de Gram e cultura: contagem de leucócitos do líquido sinovial $>50 \times 10^9/L (>50,000/mm^3)$, identificação e crescimento do organismo causador A amostra de líquido sinovial deve ser enviada para celularidade total e diferencial, coloração 	

Comum**◊ Artrite séptica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>de Gram, cultura e pesquisa de cristais.</p> <p>A infecção por <i>Staphylococcus aureus</i> e estreptococos é mais comum na artrite bacteriana não gonocócica; bactérias Gram-negativas ou anaeróbias em usuários de drogas intravenosas ou pacientes imunocomprometidos.^[15]</p>	

◊ Endocardite bacteriana

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente com início insidioso; calafrios, mal-estar, perda de peso, sudorese noturna, dispneia, edema de membros inferiores, déficit hemissensitivo/motor, artralgia; história de febre reumática, tratamento dentário recente, valva protética, uso de substâncias intravenosas ou endocardite bacteriana subaguda prévia	novo sopro, sinais de insuficiência cardíaca congestiva ou êmbolos periféricos (hemorragias em estilhas, em lascas, nódulos de Osler, lesões de Janeway), manchas de Roth ou hemorragias retinais, déficit neurológico focal	<p>»Velocidade de hemossedimentação (VHS): elevado Normalmente elevada, mas o resultado normal não exclui o diagnóstico se o quadro clínico for sugestivo.</p> <p>»ecocardiografia transtorácica: vegetação, insuficiência da valva cardíaca</p>	

◊ Artrite viral

História	Exame	1º exame	Outros exames
poliartrite aguda, pode estar presente febre; infecção por parvovírus B19 presente agudamente	várias articulações sensíveis à palpação sem derrame sinovial significativo; pode ser erupção cutânea: por	» sorologia para parvovírus B19: pode ser positiva	» reação em cadeia da polimerase para hepatite B ou C: pode ser positiva

Comum**◊ Artrite viral**

História	Exame	1º exame	Outros exames
com artralgia simétrica poliarticular sem inchaço significativo; podem ser fatores de risco para infecções específicas, história de viagem para sudeste asiático, Caribe, América do Sul e picada de mosquito com infecção por vírus chikungunya; uma minoria das pessoas com infecção por chikungunya continua a desenvolver sintomas crônicos	exemplo, uma erupção cutânea morbiliforme, hiperpigmentação e lesões intertriginosas com infecção por vírus chikungunya	O exame viral é determinado pelo contexto clínico e pelos fatores de risco para a respectiva infecção viral. » sorologia para hepatite A, B, C: pode ser positiva » anticorpos antivírus da imunodeficiência humana (anti-HIV): pode ser positiva » sorologia para chikungunya: pode ser positiva	» Reação em cadeia da polimerase para HIV: pode ser positiva » reação em cadeia da polimerase para chikungunya: pode ser positiva

Incomum**◊ Artrite enteropática**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal, diarreia, febre, fadiga, hemorragia digestiva baixa, hábito intestinal alterado, perda de apetite, perda de peso	inflamação das articulações, uveíte, massa ou sensibilidade abdominal, fístula retal, exame de sangue oculto nas fezes positivo	» colonoscopia: colite ulcerativa: eritema, granularidade da mucosa, friabilidade, edema, perda de vascularidade; doença de Crohn: ulcerações com aspecto pavimentoso, reto normal	» enema de bário: colite ulcerativa: padrão reticulado difuso, microulcerações, perda de haustros, estenose luminal, pólipos; doença de Crohn: ulcerações extensas, nodularidade, estenose ileocecal, fístulas » séries gastrointestinais altas: inflamação, anormalidades no enchimento, fístulas

Incomum**◊ Sinovite simétrica remitente soronegativa com síndrome de edema depressível**

História	Exame	1° exame	Outros exames
homens >50 anos de idade, poliartrite de início agudo	edema depressível bilateral da mão, sinovite	» Velocidade de hemossedimentação (VHS): elevado	» proteína C-reativa: elevado » teste de provação com corticosteroide: melhora dos sintomas O diagnóstico baseia-se no quadro clínico, juntamente com uma VHS elevada e uma resposta imediata e expressiva a corticosteroides.

◊ Sarcoidose

História	Exame	1° exame	Outros exames
frequente em mulheres negras jovens, dispneia, tosse, uveíte, febre, fadiga, perda de peso	raramente com linfadenopatia cervical; caso contrário, pode ser normal	» Hemograma completo com diferencial: plaquetopenia; a contagem de leucócitos pode estar normal ou elevada » esfregaço de sangue periférico: plaquetopenia; caso contrário, é normal » radiografia torácica: adenopatia hilar bilateral Radiografia torácica. [Fig-25] » nível da enzima conversora de angiotensina: elevado	

Incomum**◊ Artrite idiopática com início na juventude ou em idade adulta**

História	Exame	1º exame	Outros exames
febres periódicas, transitórias com início rápido de rash; rash desaparece com a remissão da febre; artrite e mialgia comumente presentes	febre, rash macular rosa-salmão, favorece o tronco e locais de pressão; dor na articulação, inflamação comumente afetando os joelhos, tornozelos (jovens) e ossos do carpo (adultos)	<ul style="list-style-type: none"> »velocidade de hemossedimentação (VHS) sérica: elevado Comum, mas não específica. »proteína C-reativa sérica: elevado Comum, mas não específica. 	

◊ Síndrome de sobreposição

História	Exame	1º exame	Outros exames
artralgias, mialgias, erupção cutânea fotossensível, alopecia, úlceras orais, pleurisia, fadiga, olhos secos, xerostomia, perda indolor da função das mãos, pirose, refluxo e disfagia, perda de peso, inchaço de mãos e pés, dispneia, dificuldade com tarefas motoras, fadiga e mal-estar generalizado, fraqueza muscular proximal, prurido, febre	artrite, crepitações basais, esclerodactilia, alterações de pele esclerodermatosa, linfadenopatia[12]	<ul style="list-style-type: none"> »fator antinuclear (FAN) sérico: positiva O FAN é positivo em >90% dos pacientes. »anticorpos antirribonucleoproteína: positiva »Hemograma completo: pode ser normal; anemia microcítica com sangramento gastrointestinal crônico; anemia hemolítica microangiopática com crise renal esclerodérmica »ureia e creatinina sérica: geralmente normais Ureia e creatinina séricas elevadas com crise renal esclerodérmica. »Velocidade de hemossedimentação (VHS): geralmente normal, ocasionalmente elevada 	<ul style="list-style-type: none"> »testes de função pulmonar (espirometria, volumes pulmonares e medição da capacidade de difusão): pode mostrar doença pulmonar intersticial, hipertensão pulmonar Uma diminuição na capacidade vital forçada (CVF) e na capacidade de difusão do monóxido de carbono (CDCO), bem como um padrão restritivo geral, podem estar presentes na doença pulmonar intersticial. Uma queda desproporcional na CDCO em comparação com a CVF é observada na hipertensão pulmonar.

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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

◊ Síndrome de sobreposição

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<ul style="list-style-type: none"> » proteína C-reativa: geralmente normais » microscopia da urina: geralmente normais Proteinúria leve com algumas células ou cilindros, ocorrem na crise renal esclerodérmica. » eletrocardiograma (ECG): normal; pode mostrar envolvimento cardíaco (arritmias) » radiografia torácica: normal; infiltrados intersticiais bibasilares; cardiomegalia ou sinais de insuficiência cardíaca direita podem estar presentes 	<ul style="list-style-type: none"> » ecocardiografia: pode mostrar hipertensão pulmonar Podem estar presentes um aumento na pressão sistólica no ventrículo direito; derrame pericárdico, disfunção diastólica do ventrículo direito ou ventrículo esquerdo.

◊ Síndrome de Sjögren

História	Exame	1º exame	Outros exames
fadiga, olhos secos, xerostomia, artralgia, mialgia	artrite, cáries dentárias, ulceração corneana, ausência de reservas de saliva, glândulas salivares aumentadas	<ul style="list-style-type: none"> » teste de Schirmer: positiva » anti-60 kDa (síndrome de Sjögren A) Ro e anti-La (síndrome de Sjögren B): positiva 	

◊ Esclerodermia

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda indolor da função das mãos, pirose, refluxo e disfagia, perda de peso, artralgias e mialgias, fadiga, inchaço das	esclerodactilia, espessamento da pele, depressões ou úlceras digitais, fenômeno de Raynaud, capilaroscopia anormal	<ul style="list-style-type: none"> » autoanticorpos séricos: fator antinuclear (FAN) positivo em >90% dos pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> » testes de função pulmonar (espirometria, volumes pulmonares e medição da capacidade de

Incomum

◊ Esclerodermia

História	Exame	1º exame	Outros exames
mãos e dos pés, dispneia	da dobra ungueal, calcinose subcutânea	<p>»Hemograma completo: pode ser normal; anemia microcítica com sangramento gastrointestinal crônico; anemia hemolítica microangiopática com crise renal esclerodérmica</p> <p>»ureia e creatinina sérica: geralmente normal; ureia e creatinina séricas elevadas na crise renal esclerodérmica</p> <p>»Velocidade de hemossedimentação (VHS): geralmente normal, ocasionalmente elevada</p> <p>»proteína C-reativa: geralmente normais</p> <p>»microscopia da urina: normal; proteinúria leve com algumas células ou cilindros ocorrem na crise renal esclerodérmica</p> <p>»eletrocardiograma (ECG): normal; pode demonstrar envolvimento cardíaco como arritmias</p> <p>»radiografia torácica: normal; evidência de doença pulmonar intersticial demonstrada por infiltrados intersticiais bibasilares; cardiomegalia ou sinais de insuficiência cardíaca direita, podem estar presentes</p>	<p>difusão: doença pulmonar intersticial: uma diminuição na capacidade vital forçada (CVF) e capacidade de difusão do monóxido de carbono (CDCO) associada a um padrão restritivo geral; hipertensão pulmonar: uma queda desproporcional da CDCO comparada à CVF</p> <p>»ecocardiografia: hipertensão pulmonar: um aumento na pressão sistólica no ventrículo direito; podem estar presentes derrame pericárdico, disfunção diastólica do ventrículo direito ou do ventrículo esquerdo</p>

Incomum

◊ Polimiosite

História	Exame	1° exame	Outros exames
dificuldade com tarefas motoras, fadiga e mal-estar generalizado, dispneia, perda de peso, disfagia, artralgia, mialgia	fraqueza muscular, atrofia muscular	<ul style="list-style-type: none"> »creatina quinase sérica: elevado »eletromiografia (EMG): unidades polifásicas de curta duração e baixa amplitude com recrutamento precoce na atividade voluntária; atividade espontânea difusa com fibrilação e ondas tortuosas positivas em repouso »aldolase: elevado »lactato desidrogenase: elevado »transaminases alaninas: elevado »mioglobina: elevado 	<ul style="list-style-type: none"> »biópsia muscular: infiltrados inflamatórios no endomílio, necrose muscular, atrofia, regeneração da fibra muscular

◊ Dermatomiosite

História	Exame	1° exame	Outros exames
fraqueza muscular proximal, prurido, fadiga e mal-estar, febre, artralgia, mialgia, dispneia, perda de peso	pápulas de Gottron, rash heliotrópico com ou sem edema periorbital, eritema violáceo macular; eritema periungueal, dilatação capilar da dobra ungueal, supercrescimento cuticular, mãos 'mecânicas', fotossensibilidade, poiquilodermia vascular atrófica	<ul style="list-style-type: none"> »creatina quinase sérica: altos níveis »aldolase sérica: altos níveis »eletromiografia (EMG): atividade espontânea anormal (fibrilação e ondas agudas positivas) e atividade voluntária anormal (potenciais motores polifásicos de curta duração e baixa amplitude) »fator antinuclear (FAN): positiva 	<ul style="list-style-type: none"> »biópsia muscular: inflamação perivascular ou interfascicular; hiperplasia endotelial nos vasos sanguíneos intramusculares; atrofia perifascicular »biópsia de pele: alteração vacuolar da camada basal da epiderme; ceratinócitos necróticos; dilatação vascular; infiltrado linfocítico perivascular

Incomum

◊ Vasculite sistêmica

História	Exame	1º exame	Outros exames
artralgia, sintomas constitucionais, púrpura, púrpura, dor abdominal, úlceras cutâneas, hemoptise, cefaleia e sensibilidade no couro cabeludo	pulsos braquiais assimétricos, sopro, alterações visuais, hematúria, pé caído, punho caído	<p>»Velocidade de hemossedimentação (VHS): >100 mm/hora</p> <p>»proteína C-reativa: elevado</p> <p>»anticorpo anticitoplasma de neutrófilo (ANCA): positiva</p> <p>O ANCA pode ser positivo na granulomatose com poliangiite (granulomatose de Wegener) e poliangiite microscópica. Ele não é diagnóstico dessas doenças. Se o ANCA for positivo, também devem ser solicitados exames para anticorpos antiproteinase 3 e antimieloperoxidase.</p> <p>»ureia e creatinina: normal ou elevado</p> <p>»urinalise: hematúria, proteinúria, deposição de eritrócitos</p> <p>»radiografia torácica: pode ser observada condensação</p> <p>Para sugerir diferenciais da granulomatose de Wegener, poliangiite microscópica.</p> <p>»eletrocardiograma (ECG): pode ser observada a isquemia</p>	<p>»teste da função hepática: pode estar elevada</p> <p>Transaminases elevadas podem sugerir a presença de hepatite viral. A fosfatase alcalina pode estar elevada na arterite de células gigantes.</p> <p>»Hemograma completo: podem ser observados anemia e esquistócito</p> <p>»biópsia do tecido afetado: necrose da parede vascular, necrose fibrinoide, cariorréxis e extravasamento de eritrócitos</p>

Incomum**◊ Artrite gonocócica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
na infecção gonocócica disseminada: joelhos, punhos, tornozelos e cotovelos são mais afetados; tenossinovite nas mãos, nos tornozelos, joelhos e pés	articulação sensível à palpação e edemaciada; raramente poliarticular, a dermatite pode se apresentar como uma erupção cutânea maculopapular ou vesicular	» culturas de material da garganta, colo uterino e reto; de pústulas e de sangue: positiva para Neisseria gonorrhoeae A infecção gonocócica recorrente requer uma pesquisa por deficiências precoces do complemento. [16]	

◊ Febre reumática

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, artrite migratória, coreia de Sydenham, epistaxe, dor abdominal; o envolvimento cardíaco pode ser assintomático ou causar dor torácica, dispneia	inchado nas articulações, erupções cutâneas em forma de anel ou cobra no tronco e na parte superior dos braços e pernas, nódulos na pele, atrito pericárdico, sopro	» títulos de antiestreptolisina O ou anti-DNase B: infecção por estreptococos recente » eletrocardiograma (ECG): normal ou anormalidades de condutâncias Associado a um intervalo PR prolongado. Pode ajudar a eliminar outras causas de sintomas cardíacos.	» ecocardiografia: cardite, vegetações da valva aórtica ou mitral, ou regurgitação

◊ Doença de Lyme

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, letargia, cefaleia, mialgias, rigidez de nuca, inflamação de grandes articulações	eritema migratório: lesão em olho de boi	» ensaio de imunofluorescência: anticorpos contra Borrelia burgdorferi » ensaio de imunoadsorção	» Western blot: positiva Usado para confirmar o diagnóstico se o ensaio de imunofluorescência

Incomum**◊ Doença de Lyme**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		enzimática (ELISA): positiva	ou o ELISA forem positivos ou ambíguos.

◊ Doença de Whipple

História	Exame	1º exame	Outros exames
artralgia, febre, diarreia	hiperpigmentação da pele, linfadenopatia, oligo ou poliartrite	» reação em cadeia da polimerase para sangue e líquido cefalorraquidiano: pode mostrar <i>Tropheryma whipplei</i>	» biópsia duodenal: presença de organismos positivos com ácido periódico de Schiff na lâmina própria do intestino delgado

◊ Artrite tuberculosa

História	Exame	1º exame	Outros exames
tuberculose (TB) osteoarticular: dorsalgia; dor no quadril, no joelho ou na mão; ou dor devida à osteomielite subjacente	diminuição dolorosa da amplitude de movimento da coluna e do quadril; inchaço sensível à palpação do joelho; dor e inchaço da mão	» esfregaço sinovial e cultura: positivos para TB	» biópsia sinovial e cultura: positivos para TB » radiografia simples das articulações: lesões líticas perto das articulações com reação periosteal escassa Em estágio avançado, pode ser observada a destruição da articulação.

◊ Artrite paraneoplásica

História	Exame	1º exame	Outros exames
distribuição assimétrica; predominante afecção dos membros inferiores; dor; sintomas constitucionais mais comumente associados a cânceres esofágicos, gástricos, ovarianos, pulmonares, de cólon e	hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, sinovite	» rastreamento da malignidade: neoplasia	

Incomum**◊ Artrite paraneoplásica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
de mama; e distúrbios linfoproliferativos [27] [28]			

◊ Carcinomatose neoplásica

História	Exame	1º exame	Outros exames
sintomas constitucionais, dor extrema, envolvimento monoarticular ou poliarticular concomitante com linfoma não Hodgkin ou leucemia aguda e crônica; sem resposta à terapia convencional	distribuição assimétrica, predominante afecção dos membros inferiores, sinovite, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia	» rastreamento da malignidade: neoplasia	

Diretrizes de diagnóstico**Europa**

2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis

Publicado por: European League Against Rheumatism
Última publicação em: 2016

Internacional

The Assessment of SpondyloArthritis international Society handbook: a guide to assess spondyloarthritis

Publicado por: The Assessment of SpondyloArthritis international Society
Última publicação em: 2009

América do Norte

Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: sections 1-6, 2008-2011

Publicado por: American Academy of Dermatology
Última publicação em: 2011

DIAGNOSIS

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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 exonerar responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Artigos principais

- Zhang W, Doherty M, Bardin T, et al. European League Against Rheumatism recommendations for calcium pyrophosphate deposition. Part I: terminology and diagnosis. *Ann Rheum Dis.* 2011;70:563-570.
- Dirken-Heukensfeldt KJ, Teunissen TA, van de Lisdonk H, et al. Clinical features of women with gout arthritis: a systematic review. *Clin Rheumatol.* 2010;29:575-582. [Texto completo](#)
- Klippen JH, Dieppe PA, eds. *Rheumatology*. 2nd ed. London, UK: Mosby International; 1998.
- Suresh E. Diagnostic approach to patients with suspected vasculitis. *Postgrad Med J.* 2006;82:483-488. [Texto completo](#)
- Margaretten ME, Kohlwes J, Moore D, et al. Does this adult patient have septic arthritis? *JAMA.* 2007;297:1478-1488.
- Gladman DD. Clinical aspects of spondyloarthropathies. *Am J Med Sci.* 1998;316:234-238.
- Mandl P, Navarro-Compán V, Terslev L, et al; European League Against Rheumatism (EULAR). EULAR recommendations for the use of imaging in the diagnosis and management of spondyloarthritis in clinical practice. *Ann Rheum Dis.* 2015;74:1327-1339. [Texto completo](#)
- Thevissen K, Vercoutere W, Bombardier C, et al. Diagnostic and prognostic value of synovial biopsy in adult undifferentiated peripheral inflammatory arthritis: a systematic review. *J Rheumatol Suppl.* 2011;87:45-47.
- Ruddy S, Harris ED Jr., Sledge CB, eds. *Kelley's textbook of rheumatology*. 6th ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company; 2001.

Referências

1. Savolainen E, Kaipiainen-Seppanen O, Kroger L, et al. Total incidence and distribution of inflammatory joint diseases in a defined population: results from the Kuopio 2000 arthritis survey. *J Rheumatol.* 2003;30:2460-2468.
2. Sokka T, Pincus T. Erythrocyte sedimentation rate, C-reactive protein, or rheumatoid factor are normal at presentation in 35%-45% of patients with rheumatoid arthritis seen between 1980 and 2004: analyses from Finland and the United States. *J Rheumatol.* 2009;36:1387-1390.
3. Zhang W, Doherty M, Bardin T, et al. European League Against Rheumatism recommendations for calcium pyrophosphate deposition. Part I: terminology and diagnosis. *Ann Rheum Dis.* 2011;70:563-570.
4. Dirken-Heukensfeldt KJ, Teunissen TA, van de Lisdonk H, et al. Clinical features of women with gout arthritis: a systematic review. *Clin Rheumatol.* 2010;29:575-582. [Texto completo](#)

5. Dasgupta B, Cimmino MA, Maradit-Kremers H, et al. 2012 provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Ann Rheum Dis.* 2012;71:484-492. [Texto completo](#)
6. Salam A, Henry R, Sheeran T. Acute onset polyarthritis in older people: is it RS3PE syndrome? *Cases J.* 2008;1:132. [Texto completo](#)
7. Chiappetta N, Gruber B. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema associated with acute myeloid leukemia. *J Rheumatol.* 2005;32:1613-1614.
8. Pease CT, Haugeberg G, Montague B, et al. Polymyalgia rheumatica can be distinguished from late onset rheumatoid arthritis at baseline: results of a 5-yr prospective study. *Rheumatology (Oxford).* 2009;48:123-127.
9. van de Putte LB, Wouters JM. Adult-onset Still's disease. *Baillieres Clin Rheumatol.* 1991;5:263-275.
10. Vlychou M, Koutroumpas A, Malizos K, et al. Ultrasonographic evidence of inflammation is frequent in hands of patients with erosive osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage.* 2009;17:1283-1287.
11. Grainger AJ, Farrant JM, O'Connor PJ, et al. MR imaging of erosions in interphalangeal joint osteoarthritis: is all osteoarthritis erosive? *Skeletal Radiol.* 2007;36:737-745.
12. Klippe JH, Dieppe PA, eds. *Rheumatology.* 2nd ed. London, UK: Mosby International; 1998.
13. Visser H, Vos K, Zanelli E, et al. Sarcoid arthritis: clinical characteristics, diagnostic aspects, and risk factors. *Ann Rheum Dis.* 2002;61:499-504. [Texto completo](#)
14. Suresh E. Diagnostic approach to patients with suspected vasculitis. *Postgrad Med J.* 2006;82:483-488. [Texto completo](#)
15. Margaretten ME, Kohlwes J, Moore D, et al. Does this adult patient have septic arthritis? *JAMA.* 2007;297:1478-1488.
16. Rice PA. Gonococcal arthritis (disseminated gonococcal infection). *Infect Dis Clin North Am.* 2005;19:853-861.
17. Churchill MA, Geraci JE, Hunder GG. Musculoskeletal manifestations of bacterial endocarditis. *Ann Intern Med.* 1977;87:754-759.
18. Llinas L, Harrington T. Musculoskeletal manifestations as the initial presentation of infective endocarditis. *South Med J.* 2005;98:127-128.
19. Hilario MO, Terreri MT. Rheumatic fever and post-streptococcal arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2002;16:481-494.
20. Schnarr S, Franz JK, Krause A, et al. Infection and musculoskeletal conditions: Lyme borreliosis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2006;20:1099-1118.

21. Franssila R, Hedman K. Infection and musculoskeletal conditions: viral causes of arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2006;20:1139-1157.
22. Vassilopoulos D, Calabrese LH. Virally associated arthritis 2008: clinical, epidemiologic, and pathophysiologic considerations. Arthritis Res Ther. 2008;10:215. [Texto completo](#)
23. Nguyen BY, Reveille JD. Rheumatic manifestations associated with HIV in the highly active antiretroviral therapy era. Curr Opin Rheumatol. 2009;21:404-410.
24. Schijf LJ, Becx MC, de Bruin PC, et al. Whipple's disease: easily diagnosed, if considered. Neth J Med. 2008;66:392-395.
25. Chakravarty E, Genovese MC. Rheumatic syndromes associated with malignancy. Curr Opin Rheumatol. 2003;15:35-43.
26. Naschitz JE. Rheumatic syndromes: clues to occult neoplasia. Curr Opin Rheumatol. 2001;13:62-66.
27. Andras C, Csiki Z, Ponyi A, et al. Paraneoplastic rheumatic syndromes. Rheumatol Int. 2006;26:376-382.
28. Racanelli V, Prete M, Minoia C, et al. Rheumatic disorders as paraneoplastic syndromes. Autoimmun Rev. 2008;7:352-358.
29. Carpenter CR, Schuur JD, Everett WW, et al. Evidence-based diagnostics: adult septic arthritis. Acad Emerg Med. 2011;18:781-796. [Texto completo](#)
30. Calin A, Porta J, Fries JF, et al. Clinical history as a screening test for ankylosing spondylitis. JAMA. 1977;237:2613-2614.
31. Rudwaleit M, Metter A, Listing J, et al. Inflammatory back pain in ankylosing spondylitis: a reassessment of the clinical history for application as classification and diagnostic criteria. Arthritis Rheum. 2006;54:569-578. [Texto completo](#)
32. Sieper J, van der Heijde D, Landewé R, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS). Ann Rheum Dis. 2009;68:784-788.
33. Bennett AN, Marzo-Ortega H, Emery P, et al. Diagnosing axial spondyloarthritis. The new Assessment in SpondyloArthritis International Society criteria: MRI entering centre stage. Ann Rheum Dis. 2009;68:765-767.
34. Braun A, Saracbasi E, Grifka J, et al. Identifying patients with axial spondyloarthritis in primary care: how useful are items indicative of inflammatory back pain? Ann Rheum Dis. 2011;70:1782-1787. [Texto completo](#)
35. Rudwaleit M, van der Heijde D, Khan MA, et al. How to diagnose axial spondyloarthritis early. Ann Rheum Dis. 2004;63:535-543. [Texto completo](#)

36. Pod dubny D, Vahldiek J, Spiller I, et al. Evaluation of 2 screening strategies for early identification of patients with axial spondyloarthritis in primary care. *J Rheumatol.* 2011;38:2452-2460.
37. Healy PJ, Helliwell PS. Classification of the spondyloarthropathies. *Curr Opin Rheumatol.* 2005;17:395-399.
38. Bogliolo L, Alpini C, Caporali R, et al. Antibodies to cyclic citrullinated peptides in psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 2005;32:511-515.
39. Gladman DD. Clinical aspects of spondyloarthropathies. *Am J Med Sci.* 1998;316:234-238.
40. Evangelisto A, Wakefield R, Emery P. Imaging in early arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2004;18:927-943.
41. Watt I. Basic differential diagnosis of arthritis. *Eur Radiol.* 1997;7:344-351.
42. Ory PA, Gladman DD, Mease PJ. Psoriatic arthritis and imaging. *Ann Rheum Dis.* 2005;64(suppl 2):ii55-ii57. [Texto completo](#)
43. Mandl P, Navarro-Compán V, Terslev L, et al; European League Against Rheumatism (EULAR). EULAR recommendations for the use of imaging in the diagnosis and management of spondyloarthritis in clinical practice. *Ann Rheum Dis.* 2015;74:1327-1339. [Texto completo](#)
44. Boutry N, do Carmo CC, Flipo RM, et al. Early rheumatoid arthritis and its differentiation from other joint abnormalities. *Eur J Radiol.* 2009;71:217-224.
45. Maksymowych WP. MRI in ankylosing spondylitis. *Curr Opin Rheumatol.* 2009;21:313-317.
46. Kane D, Grassi W, Sturrock R, et al. Musculoskeletal ultrasound - a state of the art review in rheumatology. Part 2: clinical indications for musculoskeletal ultrasound in rheumatology. *Rheumatology (Oxford).* 2004;43:829-838. [Texto completo](#)
47. Gisondi P, Tinazzi I, El-Dalati G, et al. Lower limb enthesopathy in patients with psoriasis without clinical signs of arthropathy: a hospital-based case control study. *Ann Rheum Dis.* 2008;67:26-30.
48. Falsetti P, Acciai C, Lenzi L, et al. Ultrasound of enthesopathy in rheumatic diseases. *Mod Rheumatol.* 2009;19:103-113.
49. Wiell C, Szkudlarek M, Hasselquist M, et al. Ultrasonography, magnetic resonance imaging, radiography, and clinical assessment of inflammatory and destructive changes in fingers and toes of patients with psoriatic arthritis. *Arthritis Res Ther.* 2007;9:R119. [Erratum in: *Arthritis Res Ther.* 2008;10:402.] [Texto completo](#)
50. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé 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;68:777-783. [Texto completo](#)

51. Bakland G, Alsing R, Singh K, et al. Assessment of SpondyloArthritis International Society criteria for axial spondyloarthritis in chronic back pain patients with a high prevalence of HLA-B27. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65:448-453.
52. Strand V, Rao SA, Shillington AC, et al. Prevalence of axial spondyloarthritis in United States rheumatology practices: Assessment of SpondyloArthritis international Society criteria versus rheumatology expert clinical diagnosis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65:1299-1306.
53. Bentin J, Van Praet L, Malaise M, et al. Early referral of first line patients suspected of axial spondyloarthritis: the Belgian results of the RADAR study [in French]. *Rev Med Liege*. 2012;67:649-654.
54. Courtney P, Doherty M. Joint aspiration and injection and synovial fluid analysis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2009;23:161-192.
55. McConville JH, Pototsky RS, Calia FM, et al. Septic and crystalline joint disease. A simultaneous occurrence. *JAMA*. 1975;231:841-842.
56. Thevissen K, Vercoutere W, Bombardier C, et al. Diagnostic and prognostic value of synovial biopsy in adult undifferentiated peripheral inflammatory arthritis: a systematic review. *J Rheumatol Suppl*. 2011;87:45-47.
57. Ganu MA, Ganu AS. Post-chikungunya chronic arthritis - our experience with DMARDs over two year follow up. *J Assoc Physicians India*. 2011;59:83-86.
58. Ruddy S, Harris ED Jr., Sledge CB, eds. *Kelley's textbook of rheumatology*. 6th ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company; 2001.
59. Bencardino JT, Hassankhani A. Calcium pyrophosphate dihydrate crystal deposition disease. *Semin Musculoskelet Radiol*. 2003;7:175-185.
60. Choi MH, MacKenzie JD, Dalinka MK. Imaging features of crystal-induced arthropathy. *Rheum Dis Clin North Am*. 2006;32:427-446.
61. Dalbeth N, McQueen FM. Use of imaging to evaluate gout and other crystal deposition disorders. *Curr Opin Rheumatol*. 2009;21:124-131.
62. Perez-Ruiz F, Dalbeth N, Urresola A, et al. Gout. Imaging of gout: findings and utility. *Arthritis Res Ther*. 2009;11:232.
63. British Association for Sexual Health and HIV. United Kingdom national guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. 2008. <http://www.bashh.org/> (last accessed 9 August 2016).
[Texto completo](#)

Imagens



Figura 1: Artrite psoriática

Do acervo de Dr. Tsu-Yi Chuang; usado com permissão

IMAGES



Figura 2: Psoríase em placas: pernas

Do acervo de Dr. Tsu-Yi Chuang; usado com permissão



Figura 3: Ceratodermia blenorragica em um paciente com artrite reativa

Imagen fornecida pela CDC Public Health Image Library

IMAGES



Figura 4: Eritema nodoso na canela (região da tíbia) de um paciente

Do acervo de Dr. Om P. Sharma; usado com permissão



Figura 5: Radiografia de punho de paciente com artrite crônica por pirofosfato de cálcio, mostrando alterações degenerativas graves

Do acervo de Dra. Ann K. Rosenthal, MD; usado com permissão

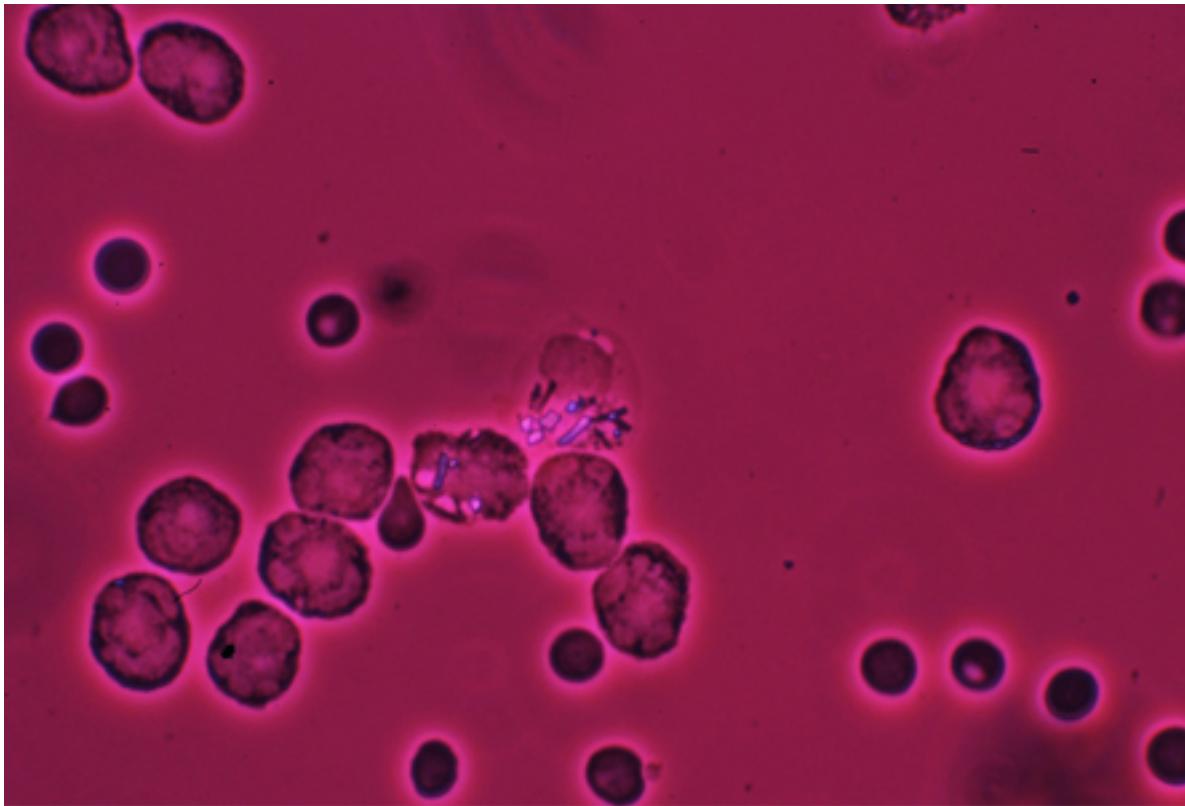


Figura 6: Imagem de cristais de pirofosfato de cálcio intracelulares sob microscopia óptica polarizante compensada

Do acervo de Dra. Ann K. Rosenthal, MD; usado com permissão



Figura 7: Gota tofácea crônica mostrando nódulos nas estruturas periarticulares e arrite

Adaptado de BMJ Case Reports 2009 [doi:10.1136/bcr.03.2009.1668] Copyright © 2009 by the BMJ Publishing Group Ltd



Figura 8: Artrite gonocócica da mão, que provocou inchaço de mão e punho

CDC/ Susan Lindsley; VD; usada com permissão

IMAGES



Figura 9: Infartos cutâneos

Do acervo de Sanjay Sharma; usado com permissão



Figura 10: Lesões de Janeway

Do acervo de Sanjay Sharma; usado com permissão



IMAGES

Figura 11: Nódulo de Osler

Do acervo de Sanjay Sharma; usado com permissão

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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 exonerar responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.



Figura 12: Eritema migratório

Do acervo de Dr. Cristian Speil; usado com permissão

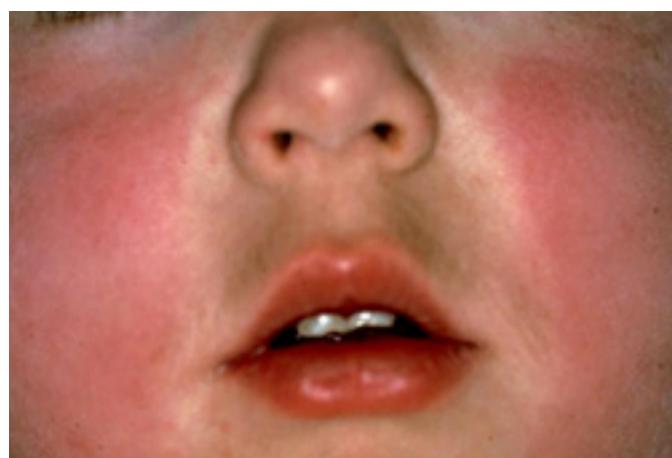


Figura 13: "Bochechas esbofeteadas" eritematosas típicas de eritema infeccioso

Do acervo de Gary A. Dyer, MD; usado com permissão



*Figura 14: Erupção eritematosa reticular, de aspecto rendilhado, de eritema infeccioso em membro superior
Do acervo de Gary A. Dyer, MD; usado com permissão*



Figura 15: Manchas eritematosas maculares (pápulas de Gottron) nos dedos dos pés com cutículas distróficas

Adaptado de BMJ Case Reports 2009 [doi:10.1136/bcr.06.2009.2027] Copyright © 2009 by the BMJ Publishing Group Ltd



Figura 16: Mão demonstrando esclerodactilia em flexão, pele brilhante dos dedos e telangiectasias

Do acervo de Maureen D. Mayes; usado com permissão

IMAGES



Figura 17: Polpas digitais sem úlceras

Do acervo de Maureen D. Mayes; usado com permissão



Figura 18: Mão demonstrando o fenômeno de Raynaud

Do acervo de Maureen D. Mayes; usado com permissão



Figura 19: Esclerodactilia de estágio tardio com contraturas decorrentes do enrijecimento grave da pele

Do acervo de Maureen D. Mayes; usado com permissão



Figura 20: Hiperemia ou eritrodermia difusa durante a fase aguda da infecção pelo vírus da chikungunya

Do acervo de Dr Fabrice Simon; usado com permissão



Figura 21: Erupção cutânea morbiliforme difusa durante a fase aguda da infecção pelo vírus da chikungunya

Do acervo de Dr Fabrice Simon; usado com permissão



Figura 22: Radiografia simples mostrando sacroileite em um paciente com espondilite anquilosante

BMJ 2006;333:581-585. Copyright@2009 by the BMJ Publishing Group

Características	Espondilite anquilosante	Artrite reativa	Artrite psoriática	Artrite enteropática
Idade de início	20-30 anos	20-30 anos	35-45 anos	Qualquer idade
Relação homens:mulheres	3:1	5:1	1:1	1:1
Artrite periférica	Membros inferiores assimétricos	Membros inferiores assimétricos	Quaisquer articulações	Membros inferiores assimétricos
Envolvimento espinhal	Sacroileite simétrica (100%), sindesmófitos marginais delicados: coluna lombar e coluna torácica inferior envolvidas inicialmente	Sacroileite assimétrica, sindesmófitos marginais volumosos	Sacroileite assimétrica, sindesmófitos marginais volumosos: envolvimento da coluna cervical mais comumente	Sacroileite simétrica, sindesmófitos marginais delicados
Entesite	Incomum	Comum	Comum	Menos comum
Dactilia	Incomum	Comum	Comum	Incomum
Manifestações dermatológicas	Inespecífico	Queratoderma blenorragico, balanite circinada	Psoríase	Eritema nodoso, pioderma gangrenoso
Uveíte	Ocasional	Comum	Ocasional	Ocasional
Outras manifestações extra-articulares	Defeitos de condução da regurgitação aórtica, fibrose pulmonar do lobo superior, nefropatia por IgA	Regurgitação aórtica	Regurgitação aórtica	Regurgitação aórtica
Agregação familiar	Comum	Comum	Comum	Comum
HLA B27	90%	80%	40%	30%

Figura 23: Características das espondiloartropatias

Adaptado de Kataria RK, Brent LH. Am Fam Physician. 2004;69:2853-2260 e Gladman DD. Am J Med Sci. 1998;316:234-238

Sintoma ou sinal	Diagnóstico diferencial
Temperatura >40 °C (>104 °F)	Artrite idiopática com início na juventude ou em idade adulta, artrite bacteriana, LES
Febre precedendo a artrite	Artrite viral, artrite de Lyme, artrite reativa, artrite idiopática com início na juventude ou em idade adulta, endocardite bacteriana
Artrite migratória	Febre reumática, infecção meningocócica ou gonocócica disseminada, artrite viral, LES
Dor desproporcional ao derrame	Febre reumática, leucemia aguda, AIDS
Derrame maior que a dor	Artrite tuberculosa, endocardite bacteriana subaguda, artrite enteropática, arterite de células gigantes, doença de Lyme
Leucopenia	LES, artrite viral
Episódios recorrentes	Doença de Lyme, artrite induzida por cristais, artrite enteropática, doença de Whipple, artrite idiopática com início na juventude ou em idade adulta, LES

Figura 24: Características diferenciadoras na poliartrite

Adaptado de Pinals R. N Engl J Med. 1994;330:769-774



Figura 25: Adenopatia hilar bilateral

Do acervo de Muthiah P. Muthiah, MD, FCCP; usado com permissão



Figura 26: Radiografia do joelho com depósitos calcificados lineares de calcificação da cartilagem

Do acervo de Dra. Ann K. Rosenthal, MD; usado com permissão

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	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

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

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 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 exoneración de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

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

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Gurjit S. Kaeley, MBBS, MRCP

Professor of Medicine

Chief, Division of Rheumatology and Clinical Immunology, Medical Director, Musculoskeletal Ultrasound Program, Program Director, Rheumatology Fellowship, University of Florida College of Medicine - Jacksonville, Jacksonville, FL

DIVULGAÇÕES: GSK declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Jacob Aelion, MD

Clinical Professor of Medicine

University of Tennessee Health Science Center, Memphis, TN

DIVULGAÇÕES: JA is a consultant and on the speakers' roster for Abbott, Amgen, Forrest, Roche, Takeda, UCB, Wyeth. JA has received research funding from NIH and the National Psoriasis Foundation.

William Taylor, PhD, MBChB, FAFRM, FRACP

Associate Professor; Head

Rehabilitation Teaching and Research Unit, Department of Medicine, University of Otago, Wellington, New Zealand

DIVULGAÇÕES: WT declares that he has no competing interests.

Rod Hughes, MA, MD, FRCP

Consultant Rheumatologist

Ashford and St Peter's Hospitals NHS Trust, Chertsey, Surrey, UK

DIVULGAÇÕES: RH declares that he has no competing interests.

Richard Rynes, MD

Clinical Professor of Medicine

University of Washington, Seattle, WA

DIVULGAÇÕES: RR declares that he has no competing interests.