

Elementos básicos de diagnóstico e de terapêutica do:

Diagnóstico diferencial das monoartrites

Dor articular é uma queixa comum e necessita investigação primorosa para diagnóstico e tratamento precoces, principalmente no caso das doenças mais graves. Intitulamos artrite o acometimento de uma articulação diartrodial por processo inflamatório.

Na monoartrite a doença atinge apenas uma articulação durante um espaço de tempo, podendo ser classificada em aguda, quando de curta duração, ou crônica, caso permaneça por um tempo maior do que três meses. Praticamente todas as desordens articulares, assim como diversas patologias sistêmicas podem ter como primeira manifestação uma monoartrite, o que a transforma em um desafio diagnóstico.

Ao nos depararmos com esta queixa, devemos inicialmente certificar-nos do verdadeiro sítio anatômico envolvido. A dor pode ser originária de estruturas adjacentes à articulação, mesmo quando acompanhada de aumento de volume. Patologias nos tecidos moles, ligamentos, bursas, tendões e ossos podem simular uma artralgia. Outro diagnóstico diferencial que se impõe é a dor referida de estruturas mais distantes como uma compressão radicular, uma neuropatia periférica ou uma patologia de outra articulação. O exame físico é importante para identificar se a dor é realmente articular. As diversas patologias que podem simular uma monoartrite se encontram listadas na Tabela 1.

Patologias sistêmicas também devem ser descartadas, embora este tipo de apresentação não seja comum. Entre as possíveis causas sistêmicas podemos citar: infecções bacterianas ou virais, tais como a endocardite infecciosa, Sida, pneumonias, hepatites virais, neoplasias, sarcoidose e nas hiperlipidemias.

ANAMNESE

Uma anamnese bem-feita e um bom exame físico são primordiais para o direcionamento diagnóstico. O início agudo denota geralmente a existência de quadro autolimitado. Imunossupressão ou infiltração prévia aumenta o risco de infecção intra-articular.

O tempo de evolução é muito importante. Nos casos crônicos, a forma de início, progressão e presença ou

Laura de Brito Souto

Médica residente (R2) do Serviço de Reumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo "Francisco Morato de Oliveira" (HSPE-FMO).

Ludmila Daolio

Médica. Aluna do Curso de Especialização (E2) do Serviço de Reumatologia do HSPE-FMO.

não de sintomas sistêmicos associados direcionam a investigação. A história familiar de doença articular deve ser pesquisada, já que familiares de portadores de doenças reumatológicas têm maior risco de desenvolvê-las. Uma história de lesão antiga ou de crises recorrentes de dor é mais sugestiva de processo crônico.

O tipo de dor deve ser caracterizado. A dor de caráter mecânico agrava com os movimentos e alivia com o repouso, enquanto na dor de caráter inflamatório ocorre rigidez após períodos de inatividade e há melhora dos sintomas com os movimentos.

A intensidade da dor também auxilia no diagnóstico. Patologias inflamatórias, tendinites, hemartroses e lesões ligamentares costumam apresentar dor de leve a moderada intensidade, enquanto processos infecciosos e induzidos por cristais geram dor de forte intensidade, que não alivia nem com o repouso.

A existência de sintomas sistêmicos como perda ponderal, febre inexplicada, calafrios, sudorese noturna, dor noturna ou que não alivia, lembra a possibilidade de condições crônicas potencialmente graves, como infecções e neoplasias.

A monoartrite aguda é causada corriqueiramente por artrite infecciosa, artrite induzida por cristais, secundária a traumas (fraturas, lesões ligamentares ou meniscais) ou complicações da osteoartrose. Causas menos usuais incluem hemartrose, necrose isquêmica ou tumores. Também pode ser o prelúdio de uma patologia poliarticular como artrite reumatóide, artrite reumatóide juvenil, artropatia soronegativa, sarcoidose ou doença de Whipple. Devido à gravidade, deve-se considerar uma monoartrite como infecciosa até que se prove o contrário.

Tabela 1 - Síndromes dolorosas, em geral, periarticulares, que podem simular monoartrites

Região	Manifestações clínico-patológicas
Pé	Pé plano Fasciíte plantar
Tornozelo	Tendinite do calcâneo Bursite retrocalcânea Fasciíte do calcâneo Entorse Eritema nodoso
Joelho	Bursites (anserina e pré-patelar) Lesão meniscal Lesão/frouxidão ligamentar Cisto de Baker
Quadril	Bursite (trocanteriana ou isquiática) Síndrome do adutor Síndrome da fáschia lata
Mão	Fasciíte palmar (contratura de Dupuytren) Lesão capsular ou ligamentar
Punho	Tendinite dos extensores Tenossinovite de De Quervain Tenossinovite gonocócica
Cotovelo	Bursite olecraniana Epicondilite
Ombro	Bursite subacromial Tendinite da cabeça longa do bíceps Lesão do manguito rotador
Mandíbula	Disfunção da ATM (síndrome dolorosa miofascial)

Nos jovens sexualmente ativos devemos suspeitar de artrite gonocócica ou de artrite reativa. Defeitos congênitos devem ser recordados na investigação de monoartrite em crianças e adolescentes. A gota e a artrite reativa são mais comuns em homens. Episódios prévios semelhantes sugerem artropatia induzida por cristais e causas não infecciosas. Vermelhidão periarticular é uma pista importante, limitando as opções diagnósticas para artrite séptica ou induzida por cristais.

Nos casos persistentes por mais de três meses outras patologias devem ser lembradas, como artropatias inflamatórias ou degradativas, tumores benignos como a sinovite pigmentada vilonodular, e corpos estranhos. Artrites infecciosas também devem ser suscitadas, porém com outros agentes etiológicos. Quadros mais arrastados podem ser causados por tuberculose, hanseníase, fungos e brucelose, entre outros; diferentemente dos quadros agudos causados por gonococos e estafilococos.

Havendo história de trauma, o mecanismo de lesão pode indicar as estruturas envolvidas. Um impacto de maior intensidade sinaliza a possibilidade de fratura, luxação ou ruptura ligamentar e/ou meniscal.

Naqueles em que o quadro articular não for controlado dentro do tempo esperado, após a instituição do tratamento uma nova investigação será necessária, com expansão do diagnóstico diferencial, inclusive de causas inusitadas.

ARTRITE INFECCIOSA

A artrite séptica freqüentemente é causada por disseminação hematológica de microrganismos patológicos. *Staphylococcus aureus* e gonococo são os germes mais comumente implicados em adultos imunocompetentes com esta enfermidade. Micobactérias e fungos devem ser cogitados quando houver imunossupressão e contato prévio com tuberculose, embora geralmente se apre-

sentem como monoartrite crônica. Vírus, como hepatite B, HIV e parvovírus, e espiroquetas, como a *Borrelia burgdorferi* raramente, causam monoartrite. Nestas patologias a apresentação habitual é oligoarticular, aguda ou crônica.

A articulação mais acometida é o joelho, exibindo artrite associada a sinais sistêmicos de sepse. Os sinais flogísticos locais são bastante intensos, com elevação da temperatura local e do volume articular, juntamente com eritema local e limitação funcional considerável, mesmo durante mobilização passiva.

A punção articular exhibe líquido sinovial de aspecto turvo, ocasionalmente purulento e com viscosidade diminuída. A análise revela mais de 50.000 células com predomínio de polimorfonucleares (PMN), elevação do nível de proteínas e glicose diminuída, se comparada aos níveis séricos. A cultura do líquido sinovial é obrigatória, porém o uso prévio de antimicrobianos reduz sua sensibilidade.

A resposta inflamatória costuma ser reduzida nos pacientes imunocomprometidos, nos portadores de Sida, artrite reumatóide ou diabetes mellitus, nos usuários de drogas endovenosas e próteses articulares. Deve-se, nestes indivíduos, manter alto índice de suspeição até a exclusão de uma causa infecciosa.

ARTRITE INDUZIDA POR CRISTAIS

As artropatias induzidas por cristais são causa comum de monoartrite e são capazes de simular uma artrite infecciosa devido aos sinais inflamatórios intensos que podem ser acompanhados por febre. Uma história de ataques recorrentes de monoartrite aguda com resolução espontânea é bastante sugestiva destas doenças.

A gota é causada pela precipitação de cristais de urato monossódico presentes no líquido sinovial. Qualquer articulação pode ser acometida, sendo as mais comuns as metatarsofalangeanas, os pés e os joelhos. Durante análise do líquido sinovial sob luz polarizada nos deparamos com cristais em forma de agulhas com birrefringência negativa. Nos casos crônicos podemos encontrar tofos, que são depósitos de cristais de urato nos tecidos moles, geralmente localizados nos dedos, cotovelos e lóbulos da orelha.

A pseudogota ataca primariamente os joelhos e os tornozelos devido ao depósito de cristais de pirofosfato de cálcio intra-articulares. No líquido sinovial se apresentam como cristais rombóides com birrefringência positiva.

Cristais de apatita e de oxalato de cálcio também podem ser encontrados. Os cristais de apatita de cálcio podem ser visualizados apenas na microscopia eletrônica. No microscópio comum se assemelham a debris ce-

lulares. Um resultado positivo no teste da alisarina vermelha confirma a existência de cristais nos debris, embora não seja específico para a apatita.

MONOARTRITES NÃO INFLAMATÓRIAS

Lesões ligamentares e meniscais, fraturas ou microfraturas podem ocasionar monoartrite aguda, geralmente provocando dor segundos ou minutos após o trauma, diferentemente das artrites infecciosas ou por depósito de cristais, em que a dor se desenvolve dentro de algumas horas. A dor tem caráter mecânico: exacerba-se com o movimento e alivia com o repouso. Embora a história seja evidente na maioria dos casos, muitas vezes um trauma de menor intensidade pode passar despercebido e ser a origem de lesões em pacientes com osteoporose ou outra doença que curse com fragilidade óssea.

Nos portadores de distúrbios de coagulação e nos pacientes que fazem uso de anticoagulantes não devemos menosprezar a possibilidade de hemartrose.

A osteoartrite é uma doença crônica comum caracterizada por quadro álgico durante a mobilização da articulação envolvida. Derrame articular costuma ocorrer durante uma exacerbação.

O cisto de Baker é um incremento de volume na fossa poplíteia provocado por acúmulo de líquido sinovial na porção posterior do joelho. Pode suceder em diversas patologias: artrite séptica, artrite inflamatória crônica, osteoartrite e artrite relacionada a distúrbio interno do joelho. A presença de uma válvula unidirecional impede o retorno do líquido sinovial com conseqüente elevação da pressão, podendo acarretar a ruptura do cisto. Este quadro simula uma trombose venosa profunda, com dor e aumento de volume na panturrilha.

A osteonecrose é causada por um suprimento sanguíneo inadequado, sendo fonte de dor e limitação funcional. A cabeça femoral é um local freqüentemente acometido, mas qualquer outra articulação pode ser afetada. A necrose avascular deve ser considerada nos jovens com fatores de risco tais como o uso crônico de corticosteróides, hemoglobinopatias ou anemia falciforme, assim como em alcoolistas e diabéticos.

A monoartrite associada à doença neoplásica é rara em adultos, mas deve ser suspeitada nos casos crônicos e progressivos que persistem não diagnosticados após investigação inicial.

EXAMES

1. Artrocentese

A artrocentese deve ser efetuada sempre que possível e é de muito valor para o diagnóstico e para o plano

Tabela 2 - Análise do líquido sinovial (%glicose: em relação ao nível sérico)

	Normal	Tipo 1 Não inflamatório	Tipo 2 Inflamatório	Tipo 3 Séptico
Cor	Claro	Amarelo	Amarelo ou opalescente	Variável - pode ser purulento
Claridade	Transparente	Transparente	Translúcido	Opaco
Viscosidade	Muito alta	Alta	Baixa	Baixa
Coágulo de mucina	Firme	Firme	Friável	Friável
Células/mm ³	200	200 a 2.000	2.000 a 100.000	>50.000
% PMN	< 25%	<25%	>50%	>75%
Cultura	Negativa	Negativa	Negativa	Positiva
Proteínas	1 a 2	1 a 3	3 a 5	3 a 5
DHL	Diminuído	Diminuído	Aumentada	Variável
%Glicose	Semelhante ao nível sérico	Semelhante ao nível sérico	Redução >25%	Redução >25%
Patologias		Trauma Osteoartrose Osteocondrite LES Amiloidose Sinovite vilonodular	Doença reumatóide Soronegativas Microcristalinas LES Artrite viral	Artrite infecciosa

terapêutico. Indicações terapêuticas incluem a drenagem de derrame articular tenso para alívio da dor e melhora funcional e a drenagem de pus ou sangue para evitar dano articular permanente.

O líquido sinovial deve ser enviado para contagem citológica total e diferencial, bacterioscopia, cultura e pesquisa de cristais. Se a quantidade de líquido for suficiente, podemos solicitar ainda dosagens de glicose, proteínas, complemento e fator reumatóide. As características do líquido direcionam a investigação diagnóstica (Tabela 2).

O líquido sinovial normal é estéril, transparente e possui alta viscosidade, sendo semelhante à clara de ovo. No exame citológico encontramos menos de 200 células/mm³, com predomínio mononuclear.

A leucometria auxilia na diferenciação entre artrite inflamatória ou não inflamatória, porém não tem valor na identificação das diversas causas de monoartrite inflamatória. Contagens superiores a 2.000 leucócitos/mm³ caracterizam artrite inflamatória. Predomínio de PMN acima de 85% do número total de leucócitos sugere etiologia infecciosa ou microcristalina. Processo inflamatório ou infeccioso crônico apresenta predomínio mononuclear.

O exame sob luz polarizada revela a presença de cris-

tais e os diferencia. O cristal de monourato de sódio tem forma de agulha e apresenta forte birrefringência negativa. No caso dos cristais de pirofosfato de cálcio se encontram formas rombóides com birrefringência positiva fraca. O teste da alisarina vermelha ajuda na identificação de cristais entre os debris celulares. A pesquisa de cristais deve ser realizada imediatamente após a coleta, pois os cristais se dissolvem quando o líquido é armazenado. É importante lembrar que a presença de cristais intracelulares não exclui a possibilidade de infecção.

2. Exames laboratoriais

A necessidade de exames laboratoriais deve levar em consideração as hipóteses diagnósticas prováveis. Hemograma, ácido úrico sérico, urina 1, provas de atividade inflamatória e outros exames podem ser eventualmente solicitados. Se houver possibilidade de artrite séptica, tornam-se obrigatórias hemocultura, urocultura, cultura da secreção vaginal ou uretral e cultura da orofaringe.

3. Exames de imagem

As radiografias raramente mostram anormalidades além do aumento de partes moles nas articulações envolvidas por um processo inflamatório agudo. Entretanto, elas são importantes no acompanhamento destes

pacientes, considerando a evolução da doença e possíveis complicações futuras.

Fraturas, tumores e sinais de patologias crônicas podem ser visualizados. Algumas alterações são sugestivas de patologias específicas, porém não são confirmatórias. A existência de lesões em “saca-bocado” sugere gota. A condrocalcinose é característica da doença por pirofosfato de cálcio. Rarefação óssea, redução do espaço articular e erosões indicam processos subagudos ou crônicos. A radiografia microfocal detecta erosões ósseas mais precocemente que a radiografia convencional, no entanto não está disponível em grande escala.

Nos pacientes em que a radiografia foi inconclusiva, a solicitação de outros exames se torna necessária. A tomografia computadorizada é útil na avaliação da coluna vertebral, porém é limitada para avaliar articulações periféricas.

A ressonância magnética tem grande valor nos casos de trauma, de patologias incomuns como a sinovite vilonodular, de avaliação das articulações sacroilíacas, de patologias do músculo íleo-psoas e na avaliação global da articulação com suas estruturas adjacentes. É o método de escolha para avaliação precoce da osteonecrose e das lesões dos tecidos moles.

A cintilografia mostra aumento de captação nos locais onde houver infecção ou inflamação. É um exame inespecífico, porém é útil para localização de metástases e para avaliação dos quadris e sacroilíacas.

4. Biópsia sinovial e artroscopia

Biópsia sinovial pode ser indicada nos casos de cronicidade e de apresentação atípica, sendo raramente realizada durante a investigação inicial de um quadro de monoartrite. Pode ser realizada por agulha ou através de artroscopia. É útil para diagnosticar patologias infiltrativas como amiloidose, sarcoidose, sinovite vilonodular pigmentada e tumores.

Uma cultura do fragmento pode ser realizada. Diversos microrganismos implicados nas artrites reativas como *Salmonella*, *Yersinia* e *Chlamydia* não são facilmente isolados neste material. O uso prévio de antimicrobianos pode ofuscar o resultado das culturas. A PCR (reação em cadeia da polimerase) melhora a sensibilidade da biópsia, identificando seqüências de DNA que permitem a identificação de germes como gonococo, *Chlamydia*, ureaplasma e *Borrelia burgdorferi*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliveira MAO. Monoartrites. Temas de Reumatologia Clínica. 2001; v.2 n.4, 115-18.
2. Cibere J. Acute monoarthritis. CMAJ 2000; 162(11):1577-83.
3. Swan A, Amer H, Dieppe P. The value of synovial fluid assays in the diagnosis of joint disease: a literature survey. Ann Rheum Dis 2002; 61:493-498.
4. Freemont AJ, Denton J. Synovial fluid analysis. In: Hochberg M et al. Rheumatology. 3rd ed. New York. Mosby; 2003. p.227-232.
5. Gibson T. Clinical features of Gout. In: Hochberg M et al. Rheumatology. 3rd ed. New York. Mosby; 2003. p.1919-1928.
6. Lidgren L. Septic arthritis and osteomyelitis. In: Hochberg M et al. Rheumatology. 3rd ed. New York. Mosby; 2003. p.1055-1066.