

# **ACHADOS RADIOLÓGICOS DE ARTRITE REUMATÓIDE COM ACOMETIMENTO DE PUNHO: RELATO DE CASO**

MENDES, Gustavo Saito<sup>1</sup>  
MACHADO, Roberto Augusto Fernandes<sup>2</sup>  
NAKAMURA, Olavo Kyosen<sup>3</sup>

## **RESUMO**

A artrite reumatóide (AR) é uma doença sistêmica, crônica, de etiologia desconhecida, que tem como principal manifestação a sinovite persistente com acometimento de articulações periféricas de forma simétrica. Acomete pessoas de ambos os sexos e de qualquer idade. Lesões articulares e erosões ósseas que comprometem a integridade articular são as principais marcas da doença, associadas a dor gerada pelo processo inflamatório persistente. Este artigo tem como objetivo descrever um caso de AR com acometimento de punho, analisando os principais sinais e sintomas da patologia e achados radiológicos. Foi usado um prontuário de paciente, com idade de 45 anos, do Centro Especializado de Ortopedia e Traumatologia (CEOT).

**PALAVRAS-CHAVE:** artrite reumatóide, punho, articulação, boutonniere, bouchard, osteopenia.

## **RADIOLOGICAL FINDINGS OF RHEUMATOID ARTHRITIS WITH FIST INVOLVEMENT: A CASE REPORT**

## **ABSTRACT**

Rheumatoid arthritis (RA) is a systemic, chronic, of unknown etiology, whose main manifestation is a persistent synovitis with involvement of peripheral joints symmetrically. It affects people of both sexes and of all ages. Lesions joint and bone erosion that compromise joint integrity are major brands of the disease, associated with pain generated by persistent inflammatory process. This article aims to describe a case of RA with fist involvement, analyzing the main signs and symptoms of the disease and its evolution. A patient's medical record was used from Orthopedics and Traumatology Specialized Center (CEOT), aged 45 years.

**KEYWORDS:** rheumatoid arthritis, fist, joint, boutonniere, bouchard, osteopenia.

## **1. INTRODUÇÃO**

A artrite reumatóide (AR) é uma doença inflamatória crônica, com incidência mundial de 0,5-1% (MOTA, 2012). Possui maior frequência entre as mulheres e acomete todos os grupos étnicos. A idade média para manifestação da doença compreende o intervalo entre 30 e 50 anos, mas mesmo assim pode ser vista em qualquer idade (MOTA, 2012).

No Brasil, estudo multicêntrico com amostra populacional de cada macrorregião, revelou incidência de 1% da população adulta, o que compreende 1.300.000 casos (MOTA, 2013). É uma doença sem cura, que, além de causar muita despesa para o portador e para o sistema de saúde, causa deformidades irreversíveis e sofrimento ao indivíduo. A doença reumática pode manifestar-se

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz. [guis\\_saito@hotmail.com](mailto:guis_saito@hotmail.com)

<sup>2</sup> Professor Orientador Médico Oftalmologista. [machado@institutodavisao.com](mailto:machado@institutodavisao.com)

<sup>3</sup> Médico Co-orientador Radiologista. [olavonakamura@gmail.com](mailto:olavonakamura@gmail.com)

de formas diferentes, conforme sua incidência geográfica varia junto com sua etnia acometida (IMM, et al., 2004).

As manifestações articulares são as apresentações mais comumente encontradas na AR, podendo essas serem reversíveis em fase inicial. Porém, nos casos crônicos, a sinovite persistente e não controlada culmina com destruição óssea e cartilaginosa, lesões tendinosas e ligamentares irreversíveis. A característica predominante na AR é a inflamação da sinóvia (sinovite), podendo acometer qualquer articulação diartrodial do corpo. Com isso, queixas clínicas como dor, inchaço e limitação dos movimentos das articulações acometidas são comumente referidas. Ao exame físico, observa-se aumento de volume das articulações, derrame intra-articular, calor, e eventualmente, rubor (MOTA, 2013). A presença de erosão óssea deve ser considerada como fator de risco para o desenvolvimento da doença, que quando observada em estágios iniciais, relaciona-se com limitação funcional e posteriormente, com pior prognóstico (MOTA, 2013). O fator reumatoide é um anticorpo, que quando encontrado no soro de pacientes portadores de AR, também é indicativo de pior prognóstico. (MOTA, 2011).

Manifestações radiológicas, como deformidade de Boutonniere (flexão das IFPs e hiperextensão das IFDs), nódulos de Bouchard (localizados na superfície dorsal das articulações IFPs) e pescoço de cisne (hiperextensão das interfalangeanas proximais – IFPs - e flexão das distais – IFDs), também possuem a característica de simetria, com acometimento das articulações sinoviais. Os principais achados são erosões de cartilagem e osso, mas mesmo assim possuindo diagnóstico diferencial com lúpus eritematoso sistêmico e síndromes de sobreposição. As pequenas articulações das mãos e pés são precocemente acometidas e são as mais frequentes no esqueleto apendicular (MOTA, 2011).

Dentre os achados radiológicos, sabe-se que existe: simetria, sendo como um fator importante para diagnóstico; osteopenia, sendo uma característica comum e precoce; aumento de partes mole, com acometimento periarticular e também precoce; redução do espaço articular pela destruição progressiva da cartilagem articular, ocasionando fusão dos ossos carpalis em casos crônicos e redução da mobilidade radiocarpal/ulnocarpal; erosões ósseas precedidas da destruição da cartilagem articular; cistos ósseos ou geodas, sendo áreas translúcidas subcondrais ocasionadas por pannus reumatóide; deformidades e instabilidades, associados às lesões tendinosas, de frouxidão a rupturas (MOTA, 2011).

Com a ressonância nuclear magnética (RNM) é possível localizar e estimar o volume de tecido sinovial hipertrofiado, precursor de erosões cartilaginosas e ósseas, sendo este o exame mais sensível para detectar as alterações da AR em sua fase inicial (MOTA, 2011).

## **2. METODOLOGIA**

O estudo é um relato de caso e constitui-se em uma pesquisa fenomenológica e descritiva, com abordagem qualitativa e longitudinal. Foi realizada através da análise da evolução do quadro clínico de paciente portador de artrite reumatóide. A pesquisa documental teve por base o prontuário clínico e exames complementares realizados pelo paciente no município de Cascavel-PR. A pesquisa bibliográfica teve como base científica livros e artigos científicos encontrados em banco de dados do PUBMED, UPTODATE, SCIELO, entre outros, dos últimos 15 anos.

Os materiais foram cedidos pelos Centro de Imagens do Hospital São Lucas e Centro Especializado em Ortopedia e Traumatologia.

## **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **3.1. ARTRITE REUMATÓIDE**

#### **3.1.1 Epidemiologia**

A AR acomete entre 0,5-1% da população mundial adulta, ocorrendo em todos os grupos étnicos e com preferência em mulheres (MOTA, 2012). Sua prevalência e incidência variam conforme a região geográfica, mas acredita-se que sejam mais frequentes em populações urbanas que nas rurais. Ocorre em cerca de 1% da população caucasiana da Europa e Estados Unidos, e possui taxas inferiores entre os descendentes asiáticos e africanos. Tal porcentagem representa 30 por 100.000 habitantes. Quanto a América Latina, existem dados escassos referentes a epidemiologia da AR.

A faixa etária alvo é entre 30 e 50 anos, e estimativas indicam aumento de sua prevalência na sétima década (MOTA 2012). Estudos mais recentes mostram que na América Latina a idade média de início da doença é 40 anos, 10 anos mais cedo que nos caucasianos da Europa e Estados Unidos. Por conta da significativa taxa mais alta entre mulheres, caucasianas acima dos 65 anos possuem incidência de até 5% nestes países. Na América Latina, a proporção chega à 8 casos em mulheres para cada homem (MOTA, 2011).

Sua prevalência é aumentada em parentes de primeiro grau com AR, e gêmeos monozigóticos podem aumentar em até 30x o risco de manifestação de AR. Em irmãos dizigóticos, o risco é 6x maior. A agregação familiar indica hereditariedade (CARVALHO, 2008).

### 3.1.2 Aspectos clínicos e fatores de risco

A AR se manifesta de maneira insidiosa e progressiva em cerca de 60-70% dos casos, e se instala completamente em semanas ou meses. Os sintomas iniciais variam de articular a sistêmicos. Em alguns casos, inicialmente tem-se astenia, fadiga, mal-estar e febre, antes das manifestações articulares. Poliartrite aditiva, simétrica e acompanhada de edema, constitui outra parte dos sintomas iniciais (CARVALHO, 2008).

Quando diagnosticado em fase inicial, as manifestações articulares são reversíveis, porém, quando ocorre lesão articular causada por sinovite persistente e alterações musculoesqueléticas, elas se tornam irreversíveis. Existem sintomas que ajudam a fazer o diagnóstico por serem característicos da patologia, como acometimento poliarticular, manifestações em mãos e punhos de forma simétrica, e sua progressão é de caráter cumulativa ou aditiva (MOTA, 2011).

Quadros extra articulares podem ser evidenciados, incluindo manifestações cutâneas, oculares, pleuropulmonares, cardíacos, hematológicos, neurológicos e osteometabólicos (MOTA, 2011).

A doença articular resulta das alterações locais articulares e periarticulares. Nas mãos e punhos, pode-se observar tumefações articulações metacarpofalangianas, com destaque para segunda e terceira articulações, assim como tumefação em punho. Normalmente estão associados com hipotrofia dos músculos interósseos do dorso das mãos, que caracteriza o quadro chamado “mãos em dorso de camelo” (CARVALHO, 2008).

De crianças a idosos, todos estão sujeitos a desenvolver a doença. Existe uma preferência por mulheres com idade por volta dos 50 anos. Casos em familiares aumenta o risco de manifestar a patologia (COMISSÃO DE ARTRITE REUMATOIDE DA SOCIEDADE BRASILEIRA, 2011).

### 3.1.3 Fatores Prognósticos

É fundamental que o paciente seja diagnosticado o mais cedo possível e que o tratamento seja imediato, afim de prevenir incapacidade funcional e lesão articular irreversível (BÉRTOLO, 2007).

### 3.1.4 Diagnóstico

O diagnóstico é definido após análise de achados clínicos e exames complementares. Não é possível estabelecer o diagnóstico de AR com um exame isolado.

Durante a fase inicial da doença, o diagnóstico é dificultado pela falta de manifestações da patologia, como alterações sorológicas e radiográficas que se fazem ausentes nesse período. Porém, quando apresentada em forma bem-definida, com a clínica e sintomas típicos, o diagnóstico é facilitado (MOTA, 2011).

As manifestações clínicas da AR se dividem em articulares e extrarticulares. Pelo fato de ser uma doença sistêmica, sintomas gerais como febre, astenia, mialgia e perda ponderal podem proceder ou acompanhar o início das manifestações articulares (MOTA, 2011). Métodos de imagem são utilizados para avaliação de dano estrutural articular na AR, sendo a radiografia convencional a mais requisitada. Sua importância não se limita a uma valiosa ferramenta para diagnóstico, sendo que, é também utilizada como parâmetro para monitoramento da progressão da doença (MOTA, 2011).

Novos critérios foram incorporados aos pré-requisitos necessários para o diagnóstico de AR, apresentando sensibilidade de 91%-94% e especificidade de 89% para a patologia estabelecida. Os requisitos básicos, que devem estar presentes, são:

- 1) Deve haver evidência de sinovite clínica ativa no momento do exame em pelo menos uma articulação
- 2) Os critérios devem ser aplicados em pacientes com sinovite que não possa ser explicada por outros diagnósticos

O diagnóstico clínico é complexo, e inclui aspectos que dificilmente podem ser resumidos em forma de escore de critérios. Portanto, o contexto deve ser analisado juntamente com exames auxiliares, e incluindo os fatores básicos estabelecidos para o diagnóstico (MOTA, 2011).

### 3.1.5 Tratamento

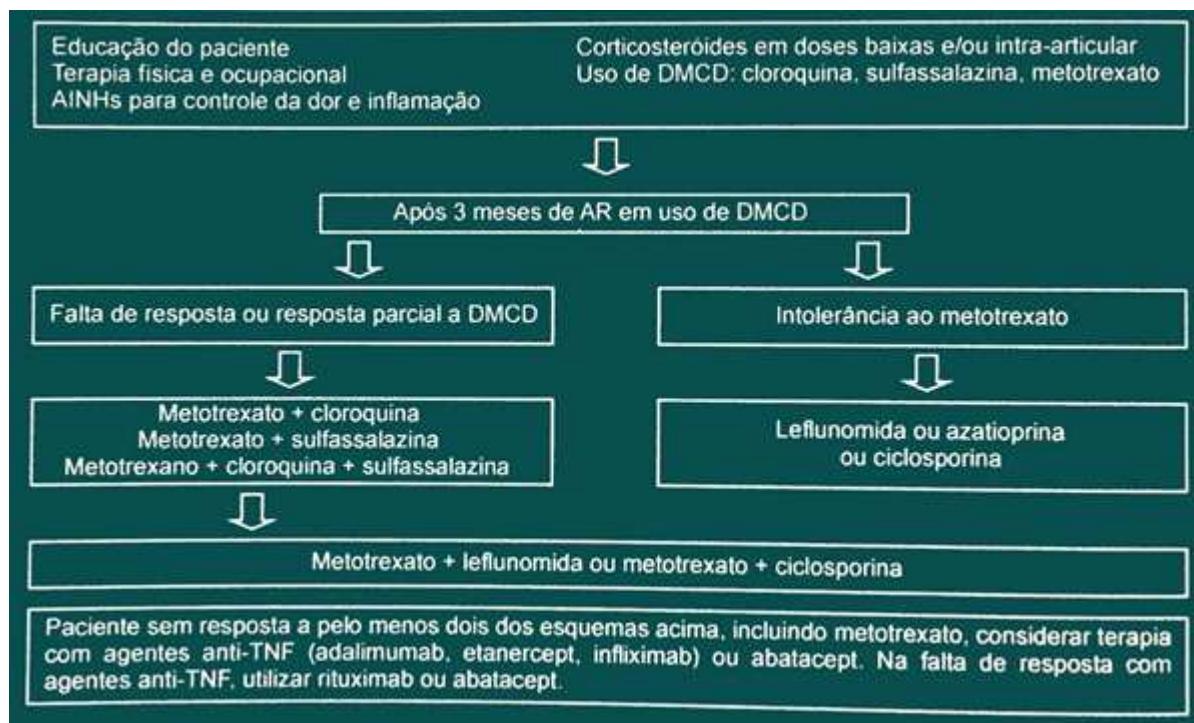
O tratamento terá vários objetivos, já que a patologia pode se manifestar de formas e locais diferentes.

Servir de amparo psicológico ao paciente será o primeiro objetivo do tratamento. Tornar o paciente feliz e mostrar que é possível conciliar uma vida normal com a patologia, dará perspectiva ao paciente.

Combater a dor e a inflamação das estruturas articulares e periarticulares será outra meta do tratamento, sendo que o repouso é umas das medidas mais efetivas para combater a dor e a inflamação. Antiinflamatórios não-esteroidais são indicados para as inflamações articulares, e o uso de analgésicos comuns e opioides pode ser requisitado em alguns pacientes, e administrado por curto período (CARVALHO, 2008).

Através do uso de drogas modificadores do curso da doença (DMCD), ocorrerá a redução dos surtos de exacerbação e prolongamento dos períodos de remissão da doença. Drogas como metotrexato, antimáláricos, sulfassalazina, leflunomida, ciclosporina, sais de ouro, D-penicilamina, azatioprina, ciclosfosfamida e modificadores da resposta biológica fazem parte da lista dos principais medicamentos utilizados na terapia de AR (CARVALHO, 2008).

Figura 1 – Algoritmo para o Tratamento da AR.



Fonte: Carvalho (2008).

#### **4. RELATO DO CASO E DISCUSSÃO**

O presente relato de caso remete à uma paciente do gênero feminino, 45 anos, caucasiana, sedentária, natural e residente de Laranjeiras do Sul, em tratamento para AR há 4 anos. Apresenta, inicialmente, queixa de dor e parestesia em ambas as mãos, com perda parcial de mobilidade radiocarpal e força motora. Raio X da mão direita evidencia diminuição do espaço articular radiocarpal e erosões marginais localizadas em ulna e metacarpos distais. Apresenta ainda calcificação de cápsula articular em rádio distal. Observa-se, com isso, clínica e achados radiológicos variantes ao esperado da doença de base, já que os acometimentos iniciais mais comuns são em articulações interfalangeanas (GOELDNER et al., 2011). Exames laboratoriais evidenciam fator reumatóide presente em soro analisado, fortalecendo a evolução da doença com pior prognóstico (MOTA, 2011). Foi realizado eletroneuromiografia após piora dos sintomas, referindo forte dor local, e constatou-se síndrome do túnel do carpo grave bilateral, sendo a sintomatologia de forte dor do lado direito mais importante. Foi encaminhado ao ortopedista, que realizou punção intrarticular com corticóide para tratar sintomas agudos, conforme o protocolo de tratamento de complicações da AR, e posteriormente artroscopia no canal do carpo em mão direita (CHAMMAS, 2014).

Nota-se que pode haver indicação de tratamento cirúrgico em situações onde medidas conservadoras não produzam controle dos sintomas, ou não permitam níveis mínimos aceitáveis de atividades de vida diária, como trabalho, atividades domésticas, deambulação por 30 minutos e independência (LAURINDO et al., 2004).

Houve regressão dos sintomas da mão operada, não relatando mais dor nem parestesia. Porém, sintomas recidivaram na mão direita após três meses, por conta da artrose ocasionada pela doença reumática, com acometimento de punho. Na mão esquerda, sintomatologia leve de dor e parestesia persistem, mas bem controlada com anti-inflamatório e antimetabólico, de acordo com o tratamento estipulado pela Sociedade Brasileira de Reumatologia (IMM et al., 2004).

Foto 1 – Mão do Paciente.



Fonte: Imagem cedida pelo paciente

Foto 2 – Radiografia do Paciente



Fonte: Setor de imagem Hospital São Lucas – Cascavel

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A artrite reumatóide se apresentou de forma insidiosa clinicamente, mas fugindo do padrão de acometimentos iniciais em articulações interfalangeanas. A faixa etária do paciente é esperada para o caso. Nota-se que a sintomatologia da AR crônica em mãos e punhos dificilmente desaparece, e enquanto tratada com anti-inflamatório e antimetabólico, pode ainda se manifestar com sintomas leves de dor e edema. A artroscopia se mostrou eficiente como tratamento para Síndrome do túnel do carpo grave, melhorando o quadro de parestesia, dor e perda de força na mão.

## BIBLIOGRAFIA

- BÉRTOLO, M. B. et al. Atualização do Consenso Brasileiro no Diagnóstico e Tratamento da Artrite Reumatoide. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo. vol. 47 n. 3. 2007.
- CARVALHO, M. A. **Reumatologia Diagnóstico e Tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- CHAMMAS, Michel et al. Síndrome do túnel do carpo—Parte II (tratamento). **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 49, n. 5, p. 437-445, 2014.
- COMISSÃO DE ARTRITE REUMATOIDE DA SOCIEDADE BRASILEIRA. **Artrite Reumatóide: cartilha para pacientes**. Comissão de Artrite Reumatoide da Sociedade Brasileira, 2011.
- GOELDNER, Isabela et al. Artrite reumatoide: uma visão atual. **J. bras. patol. med. lab**, v. 47, n. 5, p. 495-503, 2011.
- LAURINDO, I. M. M.; XIMENES, A. C.; LIMA, F. A. C.; PINHEIRO, G. R. C.; BATISTELLA, L. R.; BERTOLO, M. B.; ALENCAR, P.; XAVIER, R. M.; GIORGI, R. D. N.; CICONELLI, R. M.; RADOMINSKI, S.C. Artrite reumatóide: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Reumatologia**. São Paulo. v. 44 n. 6. 2004.
- MOTA, L. M. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**. 2011.
- MOTA, Licia Maria Henrique da et al . Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo , v. 52, n. 2, p. 152-174, Apr. 2012 .
- MOTA, Licia Maria Henrique da et al . Diretrizes para o diagnóstico da artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo , v. 53, n. 2, p. 141-157, Apr. 2013