

AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE IPATINGA

**Melina Ferreira Brito
Luiza Carvalho de Castro**

**DEFORMIDADES ARTICULARES SIMÉTRICAS DE
MÃOS E PUNHOS NA ARTRITE REUMATOIDE: relato
de caso e revisão da literatura**

IPATINGA - MG

2024

Melina Ferreira Brito
Luiza Carvalho de Castro

**DEFORMIDADES ARTICULARES SIMÉTRICAS DE
MÃOS E PUNHOS NA ARTRITE REUMATOIDE: relato
de caso e revisão da literatura**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, como requisito parcial à graduação no curso de Medicina.

Prof.^(a) orientador(a): Giani Martins Garcia

IPATINGA- MG

2024

DEFORMIDADES ARTICULARES SIMÉTRICAS DE MÃOS E PUNHOS NA ARTRITE REUMATOIDE: relato de caso e revisão de literatura

Melina Ferreira Brito¹; Luiza Carvalho de Castro¹; **Giani Martins Garcia**²

1. Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.
2. Docente do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientadora do TCC.

Resumo

Introdução: a Artrite Reumatoide (AR) é uma doença autoimune, inflamatória, sistêmica e crônica, de etiologia multifatorial. Assolando cerca de 1% da população global, sua prevalência varia conforme características étnicas. Mais frequente no sexo feminino, a AR apresenta incidência entre 0,5 e 1% em adultos, com pico entre a quarta e quinta décadas de vida, e remissão em 8% dos casos. **Objetivo:** compreender a Artrite Reumatoide (AR) e suas implicações na vida de uma paciente com deformidades articulares nos membros superiores, por meio de um estudo de caso e revisão de literatura, visando entender seus impactos psicossomáticos na doença, a compreensão dos aspectos fisiopatológicos e radiológicos da AR. **Método:** trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo relato de caso com abordagem qualitativa e revisão da literatura descritiva para investigar a correlação entre deformidades articulares e artrite reumatoide. Para o relato de caso, foram coletados dados da cópia do prontuário médico e realizadas entrevistas com a paciente. O recrutamento do paciente se deu na forma de convite, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Para a revisão de literatura, foram pesquisados artigos de relato de caso, revisões descritivas em plataformas digitais como SCIELO, PubMed, MEDLINE e DYNAMED, com recorte temporal de 2019 a 2024. **Relato do caso:** mulher, 68 anos e ex-tabagista, busca atendimento médico relatando adinamia, fadiga e dores intensas em pequenas articulações das mãos e punhos, acompanhadas por rigidez matinal e limitação em atividades cotidianas, associando o início dos sintomas a um período de instabilidade emocional. Exames laboratoriais evidenciam marcadores inflamatórios alterados, confirmando o diagnóstico de AR. A evolução da doença culmina em deformidades ósseas simétrica em mãos e punhos e incapacitação funcional, resultando em sete internações por crises de artralgia intensa. **Conclusão:** é fundamental adotar abordagens multidisciplinares e integradas no cuidado aos pacientes com AR é crucial destacar a importância de considerar não apenas os aspectos clínicos da doença, mas também os fatores psicossociais que influenciam a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Artrite reumatoide. Deformidade articular. Radiografia.

Introdução

A artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune inflamatória sistêmica caracterizada por sinovite simétrica, aditiva e destrutiva crônica. Ela está relacionada à incapacidade progressiva, morte prematura e encargo socioeconômico. Sua frequência é maior no sexo feminino, tendo uma prevalência de 0,5% a 1%. A influência da idade na incidência de AR mostra aumento progressivo até 80 anos, quando começa a declinar. Alguns fatores ambientais, psicológicos e sociais podem também estar envolvidos no desenvolvimento e evolução da doença como o tabagismo, exposição ao pó de sílica e, inclusive, a ansiedade. As infecções são fatores de risco biológicos que podem desencadear o desenvolvimento da AR. Ademais, o estilo de vida e dieta também podem reduzir a evolução da doença, como evitar carnes vermelhas, café e álcool e incluir mais frutas e legumes na dieta (Behrens et al., 2022).

A doença é caracterizada por uma resposta autoimune inadequada em indivíduos geneticamente predispostos, desencadeada por antígenos artritogênicos ainda desconhecidos. A reação autoimune na artrite reumatoide é mantida pela ativação de células T auxiliares CD4+ e outros linfócitos, levando à liberação local de mediadores inflamatórios e citocinas que resultam na destruição da articulação (Mohammed; Bhutta, 2020).

Todos esses danos às articulações causam deformidades e erosão óssea, geralmente muito dolorosas para o paciente. Os sintomas comuns da AR incluem rigidez matinal das articulações afetadas por mais de 30 minutos, fadiga, febre, perda de peso, articulações sensíveis, inchadas e quentes e nódulos reumatoides sob a pele. O início da doença geralmente ocorre entre os 35 e os 60 anos, com tratamento e exacerbação. Todos esses danos às articulações causam deformidades e erosão óssea, geralmente muito dolorosas para o paciente (Bullock et al., 2019).

Dessa forma, a radiografia é um exame bem estabelecido para a avaliação da artrite inflamatória e deve ser usada como a principal ferramenta devido à sua acessibilidade e custo-efetividade. As vantagens desse exame incluem: a capacidade de visualizar várias articulações simultaneamente com exposição mínima à radiação, a possibilidade de padronização, uma melhor leitura e a existência de métodos de avaliação validados, além de ser possível diferenciar de outras condições articulares (Chen et al., 2020).

Portanto, torna-se importante frisar que devido a repercussão gerada pelas alterações da doença serem a nível físico, psicológico e social, o presente trabalho tem como objetivo compreender a Artrite Reumatoide (AR) e suas implicações na vida de uma paciente com deformidades articulares nos membros superiores, por meio de um estudo de caso e revisão de literatura, visando entender o impacto dos aspectos psicossomáticos na doença, além de contribuir para a promoção da qualidade de vida dos pacientes e a compreensão dos aspectos fisiopatológicos, epidemiológicos e radiológicos da AR.

Método

Trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo relato de caso com abordagem descritiva e revisão da literatura. A paciente é do sexo feminino e residente de Ipatinga (MG) e foi convidada a participar do estudo em 2023 por meio de uma conversa em sua residência com uma das pesquisadoras, identificando o diagnóstico prévio de AR. A paciente do estudo foi informada sobre os seguintes tópicos: objetivo do estudo, justificativa, procedimento, contribuição, garantia do anonimato, fidedignidade da análise dos dados e o direito de participar ou não da pesquisa, além de poder desistir de sua participação no estudo em qualquer instante, sem acarretar nenhum prejuízo de qualquer natureza para a sua pessoa. Em seguida, por meio de critérios de inclusão estabelecidos, a paciente em questão foi selecionada para participar do estudo, levando em consideração sua disponibilidade, idade, situação clínica e outros fatores relevantes. Após essa explicação e dos tópicos presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), a paciente aceitou e assinou o termo.

A coleta de informações foi executada por meio de informações fornecidas pela paciente. Também foram coletados dados clínicos presentes nos resultados de exames que estavam em sua posse, sendo eles: exames de imagem, laudos médicos, exames laboratoriais (Quadro 1, 2 e 3) além de relatar os medicamentos em uso (Quadro 4). Ademais, foi realizada entrevista com a paciente para melhor compreensão do caso (Apêndice B). Para o registro das alterações e limitações articulares da paciente, foram retiradas fotografias.

O levantamento de dados para a revisão de literatura foi embasado a partir de bancos relacionados à área de saúde, como: SCIELO, PubMed, MEDLINE e

DYNAMED. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) e documentos da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) também foram consultados.

Foram incluídos artigos em língua portuguesa e inglesa publicados, predominantemente, entre os períodos de 2019 a 2024, com os seguintes descritores: “artrite reumatoide”, “deformidades articulares” e “radiologia”. Foram utilizados os operadores booleanos “AND” e “OR” na busca avançada dos artigos para obter resultados mais específicos e direcionados. Para a escolha dos artigos foram priorizados o Qualis A1 a B3. Além disso, foram selecionados relatos e revisões de literatura com base no título, objetivos e resumo dos artigos.

Adotou-se os seguintes critérios de inclusão: artigos escritos em português e inglês, com disponibilidade de texto completo em suporte eletrônico, publicados em periódicos nacionais e internacionais. Para critérios de exclusão: anais de congresso e teses.

Relato do caso

A.M.C.G, 68 anos, sexo feminino, casada, trabalha em casa, ex-fumante por 3 anos, cerca de 15 cigarros/dia, tendo cessado o tabagismo há mais de 40 anos. Em 1998, aos 43 anos, começaram os episódios de fraqueza muscular, cansaço, dor forte nas pequenas articulações das mãos e punhos com rigidez de manhã e incapacidade de fazer pequenas atividades que requerem força. Pouco tempo após o início dos sintomas, procurou ajuda médica, sendo encaminhada para endocrinologista e reumatologista para iniciar investigação e diagnóstico das possíveis causas dos sintomas.

Os resultados dos exames laboratoriais realizados revelaram níveis elevados de VHS, PCR e FR, e diminuição dos hormônios tireoidianos. Após 2 anos de investigação clínica, obteve o diagnóstico tardio de hipotireoidismo e AR, uma vez que sua situação emocional dificultou suas idas às consultas e, conseqüentemente, o seu acompanhamento médico.

A paciente não tinha histórico familiar de AR, não possuía outras doenças autoimunes e a sua sintomatologia teve como principal gatilho o fator emocional devido à dificuldade de enfrentar o luto da perda dos pais, que ocorreu 3 anos antes do início dos sintomas, tendo sintomas depressivos nesse período.

Após o diagnóstico, os primeiros anos foram caracterizados por dores

incapacitantes, exigindo o uso regular de analgésicos e anti-inflamatórios para obter alívio sintomático parcial e temporário. Além disso, a paciente começou a notar uma progressiva deformação das articulações das mãos e punhos, conforme figuras 1 e 2 abaixo, levando à incapacidade funcional nas atividades diárias e dificuldade para caminhar.

Figura 1 — Deformidades em pés da paciente.



Fonte: Os autores (2024)

Figura 2 — Deformidades em mãos e punhos da paciente.



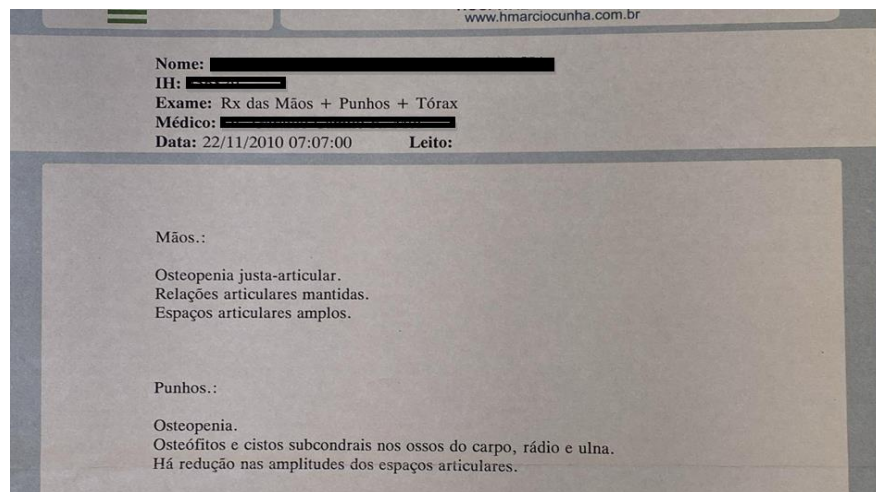
Fonte: Os autores (2024)

Desde o diagnóstico de AR, em 2000, a paciente foi hospitalizada aproximadamente sete vezes devido a crises de artralgia intensa, sendo a última em

2013. Nessas ocasiões, utilizava medicamentos injetáveis, como opioides e narcóticos, sendo concedida alta após a melhora dos sintomas. As crises reumáticas foram sempre relatadas pela paciente após episódios de preocupação excessiva e sintomas de ansiedade durante todo o ano de 2018. Exames de imagem, como radiografia de mãos e punhos (figuras 3 e 4) e ressonância magnética e mãos e punhos (figuras 5 e 6) realizados em 2010 trazem como resultados em laudo: osteopneia justa-articular em mãos direita e esquerda e osteopenia, além de osteófitos e cistos subcondrais nos ossos do carpo, rádio e ulnar e redução nas amplitudes dos espaços articulares nos punhos.

Em mão e punho esquerdos, destaca-se intenso comprometimento na região peri-ulnar distal, onde há importante proliferação sinovial, cursando inclusive com notável erosão na ulna distal. Há discreto acúmulo líquido ao nível articular interfalangeano proximal e acúmulo líquido e espessamento sinovial, com impregnação pelo meio de contraste ao nível interfalangeano do polegar. Além disso, sinais de espessamento e impregnação pelo meio de contraste em regiões peritendíneas, marginando os tendões flexores dos quirodáctilos, notadamente ao nível do flexor do 2º, 3º e 4º quirodáctilos.

Figura 3 — Laudo da radiografia de mãos e punhos realizada pela paciente em 2010.



Fonte: Os autores (2024)

Figura 4 — Radiografia de mãos e punhos realizada pela paciente em 2010.



Fonte: Os autores (2024)

Figura 5 — Ressonância magnética da mão esquerda realizada pela paciente em 2010.



Fonte: Os autores (2024)

Já em mão e punho direitos, tem-se importante espessamento sinovial do carpo, observado ao nível rádio-ulnar distal, entre as fileiras ósseas do carpo, e nas relações articulares entre os ossos do carpo e base de metacarpos, com expressiva impregnação após administração do meio de contraste paramagnético por via endovenosa, associando-se irregularidade de contornos ósseos e discretas erosões ósseas marginais. Destaca-se intenso comprometimento na região peri-ulnar distal, onde há importante proliferação sinovial, cursando inclusive com discreta erosão

óssea da estilóide ulnar. Percebe-se, inclusive, importante comprometimento articular também observado ao nível das articulações metacarpofalangeanas, observando-se derrame articular, espessamento/impregnação sinovial e um discreto acúmulo líquido ao nível articular interfalangeano proximal.

Figura 6 — Ressonância magnética da mão direita realizada pela paciente em 2010.



Fonte: Os autores (2024)

Assim, no ano de 2018, ela procurou intervenção médica para tratar sintomas de ansiedade e depressão, usando um antidepressivo para enfrentar as questões emocionais. Como tratamento não farmacológico iniciou hidroginástica 3 vezes na semana por um ano. Essas medidas tiveram forte impacto na redução das dores reumatológicas e melhora da força física.

Em 2020, paciente foi diagnosticada com Diabetes mellitus e em 2021 com hipertensão arterial e faz tratamento com hipoglicemiantes e anti-hipertensivos desde então.

A paciente realizou o tratamento inicial tradicional para AR com Leflunomida 20mg, uma vez ao dia, associado a corticosteroides, sendo este último utilizado principalmente em situações de dor intensa, e Metotrexato. No entanto, suas crises de artralgia persistiam, resultando em internação. Em 2013, ela iniciou tratamento

com o imunobiológico Infliximabe, que foi descontinuado devido a uma crise alérgica ao medicamento e, assim, substituído há sete anos por Abatacepte SC 125mg associado à Leflunomida, que são os medicamentos utilizados até hoje. Não houve mais a necessidade de uso de corticoesteroides após o início do Abatacept. A paciente segue fazendo acompanhamento periódico com pedido de exames laboratoriais e avaliação do reumatologista, apresentados nos quadros 1, 2 e 3.

Atualmente, ela faz uso das medicações Sertralina 100mg, Leflunomida 20mg, Abatacept 125mg, Levotiroxina sódica 112mg, Metformina 500mg, Fenofibrato 200mg, Rosuvastatina 5 mg, Candesartana Cilexetila 8mg (Quadro 4) e para o uso do imunobiológico foi realizado uma perícia para avaliar deformidade das mãos e punhos por meio da ressonância magnética (figuras 5 e 6 acima).

Hoje em dia a paciente apresenta deformidades como desvio ulnar dos dedos, hiperextensão das articulações interfalangianas proximais (IFP) e distais (IFD), flexão das IFP e hiperextensão das IFD, aumento de volume do punho e das articulações metacarpofalangianas com atrofia interóssea dorsal (figuras 1 e 2 acima).

Revisão da literatura

ETIOLOGIA DA ARTRITE REUMATOIDE

FATORES GENÉTICOS

A etiologia da AR é multifatorial e envolve uma interação complexa entre fatores genéticos e ambientais, que se iniciam muitos anos antes do início dos sintomas clínicos. Estas interações provavelmente incluem fatores de proteção e de susceptibilidade que, em conjunto, determinam o risco de desenvolver AR (Rantapää Dahlqvist; Andrade, 2019).

A AR é uma doença multigênica com um componente genético substancial e uma estimativa de herdabilidade de 60%, dos quais pelo menos 30% são provavelmente atribuíveis a genes da família antígeno leucocitário humano (HLA) classe II (Chen et al., 2020). Um paciente com predisposição genética apresentando células T e B autorreativas, junto a um fator desencadeante como infecções ou lesões teciduais, poderá apresentar linfócitos autorreativos, culminando na destruição de tecidos e órgãos. Mais de 100 fatores incluindo citocinas, receptores e

células estão envolvidos na fisiopatologia da doença, sendo estes relacionados principalmente com mecanismos imunes e genes regulatórios (Cheng et al., 2021).

FATORES AMBIENTAIS

Os fatores relacionados à exposição ambiental a algumas substâncias aumentam o risco de AR, como a poeira (sílica) e a poluição atmosférica. No entanto, o principal fator ambiental para o desenvolvimento da AR é o tabagismo, que está associado à positividade para ACPA e/ou FR, em pacientes predispostos a essas alterações (England; Milkus, 2021).

A obesidade está associada a um risco aumentado de desenvolvimento de AR, principalmente em homens, relacionado ao desenvolvimento precoce dessa patologia (Deane et al., 2017). Há fortes evidências que sugerem que o aumento da atividade física e/ou exercício pode simultaneamente melhorar os sintomas e reduzir o impacto das manifestações sistêmicas na AR (Metsios; Kitas, 2018). Além disso, fatores dietéticos como menor ingestão de vitamina D, antioxidantes, peixes e ácidos graxos ômega-3 e maior ingestão de açúcar, sódio, carnes vermelhas, proteínas e ferro decorrem em risco aumentado de AR (Assis; Serafim, 2020).

Por fim, uma das hipóteses mais comuns da autoimunidade correlacionada a fatores ambientais envolve infecção por determinados microrganismos patogênicos e subsequente mimetismo molecular (Monten, et al., 2022). A infecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV) é um possível fator de risco ambiental para a AR. O EBV é um vírus do herpes humano que apresenta persistência latente ao longo da vida nas células B com ciclos de reativação intermitentes (Cheng et al., 2021).

PATOGÊNESE DA ARTRITE REUMATOIDE

O desenvolvimento da artrite reumatoide (AR) decorre da auto-reatividade do sistema imunológico em autoimunidade, com transição para uma inflamação persistente dos tecidos e que se prolonga por décadas, consistente com a remodelação progressiva do sistema imunológico. Nessa relação temporal, destaca-se que há um intervalo entre a quebra da tolerância e a destruição tecidual imunomediada, onde os autoanticorpos surgem antes dos sintomas clínicos se manifestarem (Weyand; Goronzy, 2021).

A inflamação cursa por dor articular, inchaço e subsequente destruição da cartilagem e do osso, bem como manifestações sistêmicas causadas por metabólitos do ácido araquidônico e diversas citocinas inflamatórias. O grau de hiperplasia sinovial está correlacionado com a gravidade das erosões da cartilagem, resultando na formação de pannus inflamatório, que se liga e invade a cartilagem articular, enquanto leva à destruição óssea paralela. Ainda, os sinoviócitos desta região secretam enzimas que degradam a matriz (Scherer; Häupl et al., 2020).

RESPOSTA IMUNOLÓGICA

Nos pacientes com AR, as células T CD4+, do subtipo Th1, propensas a secretar interferon gama (IFN γ), foram identificadas em fluidos sinoviais. Devido a isso, essa patologia é também definida como uma doença causada por Th1, que induz classicamente a ativação de macrófagos inflamatórios (Behrens et al., 2022).

Após um período prolongado de autoimunidade assintomática, os pacientes com AR apresentam um segundo defeito fundamental de tolerância onde as células B sintetizam o Fator Reumatoide e outras proteínas que se infiltram na sinóvia e, ainda, a produção dos ACPA que ocorre fora da articulação. Eventualmente, o processo da doença muda de localização (migração articular) e as células imunes inatas e adaptativas entram na membrana sinovial deste novo local (Weyand; Goronzy, 2021).

A expansão da resposta de autoanticorpos está intimamente correlacionada com o aparecimento de inflamação pré-clínica, que inclui a elevação de citocinas e quimiocinas inflamatórias, relacionadas a células estromais, fibroblastos e outras células produtoras de fatores angiogênicos (Rantapää Dahlqvist; Andrade, 2019). Já a expansão de células T induzida pela linfopenia funciona como um forte indutor e amplificador da sinovite crônica, impondo estresse proliferativo adicional às células imunes inatas e adaptativas, e pode funcionar como um amplificador da doença. Em resposta a estímulos inflamatórios, os monócitos derivados da medula óssea viajam rapidamente para os locais dos tecidos lesionados e juntam-se à população de macrófagos residentes. As células T sinoviais são dominadas pelas células T CD4+, mas as células T CD8+ também são funcionalmente relevantes. Consistente com uma resposta imune persistente, as células T residentes nos tecidos passam do status ingênuo para o status de memória (Weyand; Goronzy, 2021).

As citocinas têm uma função importante no estabelecimento da inflamação da AR como moléculas sinalizadoras. As principais citocinas efetoras produzidas pela infiltração de células T são fator de necrose tumoral alfa (TNF- α), IL-17, IFN- γ e ativador do receptor do ligante do fator nuclear KB (RANK-L). Especialmente o TNF- α , que também é produzido por macrófagos sinoviais, células B e NK, é um dos mediadores mais importantes da inflamação articular na AR (Bullock et al., 2019).

Autoanticorpos

O primeiro auto anticorpo descoberto em pacientes com AR é o Fator Reumatoide (FR). Este anticorpo recebeu esta denominação devido sua forte associação com a AR, sendo seu surgimento ocorrendo muito antes do desenvolvimento da sinovite. Contudo, apresenta baixa especificidade, podendo ser encontrado em outras doenças como lúpus eritematoso sistêmico e esclerose sistêmica, e em doenças não autoimunes, como infecções crônicas e câncer (Rocha; Baldo et al. 2019). No entanto, são encontrados em 75% a 80% dos pacientes com AR em algum momento durante o curso da doença. O FR IgM de alto título é relativamente específico para o diagnóstico de AR no contexto de uma poliartrite crônica e foi, durante décadas, o único critério sorológico amplamente utilizado no diagnóstico de AR. Os títulos elevados de FR têm um pior prognóstico com correlação com manifestações extra-articulares e podem gerar progressão radiográfica mais rápida (Maibom-Thomsem, 2019).

Além do FR, os anticorpos anti-peptídeo/proteína citrulinado (ACPA), geralmente medidos por ELISA anti-CCP, são mais comumente detectados e, devido aos altos escores preditivos, fazem parte dos critérios de classificação para AR. No entanto, também é verdade que existe apenas uma diferença moderada entre AR ACPA positiva e ACPA negativa, que consiste no risco de erosão óssea maior na AR com ACPA positiva (Padyukov, 2022).

Os autoanticorpos como o FR, ACPA e os carbamilados (anticorpos anti-CarP) podem ser detectados no soro até 15 anos antes do início dos sintomas em AR. De fato, a presença de diferentes autoanticorpos (ACPA, anticorpos anti-CarP e FR) nos indivíduos pré-sintomáticos varia individualmente, desde ser positivo para os três anticorpos, até ser positivo para dois ou para apenas um deles (Rantapää Dahlqvist; Andrade, 2019).

EROSÃO ÓSSEA

A sinóvia saudável é uma fina membrana mesenquimal que, após ataque inflamatório como ocorre na AR, se expande através do crescimento de fibroblastos e deposição de matriz extracelular. A membrana sinovial inflamada é espessada e intensamente vascularizada, e a subíntima é ocupada por células inflamatórias (macrófagos, células T e células B) (Weyand; Goronzy, 2021). A erosão óssea é uma das características da AR e sua presença é rotineiramente usada para classificar a AR em duas categorias prognósticas diferentes: AR erosiva e não erosiva (Cheng et al., 2021).

O ligante RANK (RANKL), uma molécula chave da maturação e ativação dos osteoclastos, é essencial para a progressão do dano ósseo na doença inflamatória articular. As células imunológicas e sinoviais expressam RANKL e várias citocinas pró-inflamatórias (nomeadamente TNF- α , IL-1, IL-6 e IL-17) estão envolvidas no aumento da expressão desse ligante (Johansson et al., 2021).

O ACPA aumenta o número de precursores de osteoclastos ligando-se à sua superfície e desencadeando a produção de, por exemplo, TNF- α . Foi demonstrado que o RANKL, ou a proporção de RANKL e osteoprotegerina, é como um valioso preditor de progressão radiológica (Johansson et al., 2021).

QUADRO CLÍNICO

O início da AR geralmente é insidioso, iniciando com sintomas sistêmicos e articulares. Os sintomas sistêmicos compreendem fadiga generalizada à tarde, mal-estar, anorexia, fraqueza geral e, ocasionalmente, febre baixa. Paralelamente, os sintomas articulares manifestam-se por dor, edema e rigidez, sendo que, em algumas situações, a doença pode apresentar início abrupto, simulando uma síndrome viral aguda (Rocha; Baldo; Andrade, 2019).

A progressão da doença é mais acentuada nos primeiros 6 anos, especialmente no primeiro ano, onde 80% dos pacientes desenvolvem alguma anormalidade articular permanente no período de 10 anos. O curso da doença é imprevisível, variando para cada paciente (SBR, 2023).

Os sintomas articulares exibem uma característica simétrica, com rigidez geralmente persistindo por mais de 60 minutos após acordar pela manhã, mas

podendo ocorrer após qualquer período de inatividade prolongada, conhecida como gelificação. As articulações envolvidas tornam-se sensíveis, apresentando eritema, hipertermia, edema e limitação dos movimentos. As principais articulações afetadas incluem punho e articulações metacarpofalângicas do indicador e dedo médio, articulações interfalângicas proximais, articulação metatarsofalângica, ombros, cotovelos, quadris, joelhos e tornozelos. No entanto, praticamente qualquer articulação, com exceção das articulações interfalângicas distais, pode estar envolvida (Bullock et al., 2019).

As manifestações clínicas englobam poliartrite simétrica e aditiva, artralgia, rigidez matinal e exames laboratoriais de atividade inflamatória aumentados (velocidade de hemossedimentação/VHS e proteína C reativa/PCR) (Cheng et al., 2021).

Em fases tardias, surgem deformidades como desvio ulnar dos dedos ou “dedos em ventania”, deformidades em “pescoço de cisne” (hiperextensão das articulações interfalangianas proximais/IFP e flexão das interfalangianas distais/IFD), deformidades em “botoeira” (flexão das IFP e hiperextensão das IFD), “mãos em dorso de camelo” (aumento de volume do punho e das articulações metacarpofalangianas com atrofia interóssea dorsal), joelhos valgos (desvio medial), tornozelos valgos (eversão da articulação subtalar), hálux valgo (desvio lateral do hálux), “dedos em martelo” (hiperextensão das articulações metatarsofalangianas (MTF) e extensão das IFD), “dedos em crista de galo” (deslocamento dorsal das falanges proximais com exposição da cabeça dos metatarsianos) e pés planos (arco longitudinal achatado) (CONITEC, 2020).

O acometimento da coluna cervical (C1-C2) com subluxação atlantoaxial geralmente se manifesta por meio de dor irradiada para a região occipital, perda da lordose fisiológica cervical e resistência à movimentação passiva. Quando surgem sintomas neurológicos, como parestesias periféricas ou perda do controle esfinteriano, a mortalidade é de 50% em 1 ano. A suspeita clínica pode ser comprovada por radiografia de coluna cervical funcional, em que a distância entre o processo odontoide e o arco anterior de C1 acima de 3 mm (ou entre o processo odontoide e o arco posterior de C1 abaixo de 14 mm) indica aumento de risco de compressão medular (Shlobin; Dahdaleh, 2021).

Já as manifestações extra-articulares como nódulos reumatoides, vasculite, derrame pleural, episclerite e escleromalacia perforante, entre outras, se

correlacionam com pior prognóstico. Além da perda de capacidade funcional, pode haver aumento também da mortalidade, o que demonstra a gravidade da doença (Kedra et al., 2021).

O envolvimento da parte lombar da coluna não é característico da artrite reumatoide, mas a inflamação da parte cervical pode resultar em instabilidade, tornando-se potencialmente uma emergência ou, ainda, podendo aparecer em doenças ativas de longa duração, manifestando-se frequentemente como dor e rigidez, ocasionalmente acompanhadas por dor radicular ou características de mielopatia, incluindo hiperreflexia e cefaleia occipital (Figus; Piga; Azzolin et al., 2021).

A doença cardiovascular (DCV) é a causa mais comum de morte em pacientes com AR. Em comparação com a população em geral, os pacientes com AR apresentam o dobro do risco de infarto do miocárdio e até 50% de aumento no risco de mortalidade por DCV. A atividade grave e prolongada da doença, a genética e a inflamação (presença de PCR, ACPA, citocinas, enzimas que degradam a matriz) desempenham papéis importantes na DCV e nos danos ateroscleróticos. A segunda principal causa de morte em pacientes com AR são as doenças respiratórias, que ocorrem em 30-40% dos pacientes (CONITEC, 2020).

A AR pode afetar o interstício pulmonar, as vias aéreas e as pleuras, enquanto o envolvimento vascular pulmonar é menos frequente. O envolvimento do sistema nervoso central e periférico geralmente é devido a vasculite de pequenos vasos, lesão articular ou toxicidade medicamentosa. Há também evidências de que o dano cerebral microvascular causado pela inflamação sistêmica está associado ao desenvolvimento da doença de Alzheimer e da demência vascular (Figus; Piga; Azzolin et al., 2021).

Deformidades fixas, especialmente contraturas em flexão, podem evoluir rapidamente, apresentando desvio ulnar dos quirodáctilos com deslizamento dos tendões extensores das articulações metacarpofalângicas, deformidades em pescoço de cisne e deformidades em botoeira. Além disso, a instabilidade articular também pode surgir devido ao estiramento da cápsula articular (Kedra et al., 2021).

CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da AR é feito com base em uma combinação de critérios

clínicos, laboratoriais e de imagem. Os critérios mais comuns utilizados são os Critérios de Classificação do Colégio Americano de Reumatologia/European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) presentes no quadro 5. Eles incluem a presença de sintomas articulares persistentes por pelo menos seis semanas, achados no exame físico como articulações inflamadas, elevação de marcadores inflamatórios no sangue e a presença de fator reumatoide e anticorpos anti-CCP (Assis; Serafim, 2020).

Exames de imagem, como radiografias e ultrassonografia, também são importantes para identificar alterações articulares características da doença, como erosões ósseas e inflamação sinovial. Eles estabelecem critérios quantitativos para cada um desses aspectos, de modo que a presença e a gravidade de cada critério contribuem para a pontuação total do paciente (AN et al., 2020).

Ao utilizar os critérios ACR/EULAR (quadro 5), os médicos podem avaliar de forma sistemática e objetiva a probabilidade de um paciente ter artrite reumatoide com base em uma avaliação abrangente dos sintomas e achados clínicos. Isso ajuda a diferenciar a artrite reumatoide de outras condições articulares e a iniciar o tratamento adequado precocemente (Van Delft; Huizinga; 2020).

O exame físico da artrite reumatoide visa identificar características específicas que auxiliam no diagnóstico e avaliação da progressão da doença. Uma das manifestações clínicas mais distintivas é a sinovite, que se reflete na presença de articulações inflamadas, dolorosas, quentes e com edema. Tendo a simetria na inflamação articular uma característica marcante, geralmente envolvendo pequenas articulações, como as metacarpofalângicas e interfalângicas proximais (Kedra et al., 2021).

Além disso, identificar a presença de deformidades articulares, como contraturas em flexão, desvios ulnares e subluxações, que podem ser indicativos da progressão da doença. A avaliação da amplitude de movimento das articulações, especialmente pela manhã, é crucial, uma vez que a rigidez matinal persistente por mais de uma hora é uma característica comum na artrite reumatoide. A presença de nódulos reumatoides subcutâneos, embora não sejam específicos para a AR, se desenvolvem em áreas sujeitas a pressão crônica, como a superfície extensora do antebraço (Mohammed; Bhutta, 2020).

O exame físico também abrange a avaliação de outros sistemas e órgãos, uma vez que a AR pode apresentar manifestações extra-articulares. A presença de

vasculite, manifestações cutâneas, alterações pulmonares, cardíacas e o envolvimento ocular são aspectos importantes a serem considerados durante a avaliação clínica (Silva et al., 2023).

Em relação aos exames complementares de imagem na avaliação da AR inicial destacam-se a radiografia convencional, a ultrassonografia (US) e a ressonância magnética (RM) (Sapundzhieva; Karalilova; Batalov; 2020). A radiografia convencional, apesar de sua relativa insensibilidade para detectar danos ósseos precoces, é amplamente utilizada devido ao baixo custo, disponibilidade e validação de métodos de avaliação (SBR, 2023).

Um achado precoce nas radiografias é o de osteopenia periarticular, que mais tarde pode ser seguida por osteopenia mais difusa, que é a perda de densidade óssea, um sinal de inflamação crônica nas articulações afetadas pela artrite reumatoide. A sinovite, caracterizada pelo inchaço da membrana sinovial das articulações, é outra alteração que pode ser identificada nos exames, sendo um marcador de inflamação ativa na doença (CONITEC, 2020).

O achado radiográfico característico da AR é o de erosões periarticulares. As erosões ósseas normalmente se desenvolvem na face radial da superfície óssea, as chamadas áreas nuas do osso, onde a sinóvia cobre diretamente a superfície óssea. As mãos são um dos primeiros locais a desenvolver essas alterações radiográficas na AR, com erosões precoces geralmente se desenvolvendo na 2ª articulação MCP e no carpo, especialmente perto do estilóide ulnar. Com a progressão da doença, ocorre perda simétrica de espaço articular devido à destruição, alinhamento e deformidades da cartilagem. A anquilose articular, especialmente do carpo, também pode ser observada em estágios posteriores da doença (Sandstöm et al., 2020).

Esse exame também tem um papel fundamental no monitoramento da resposta ao tratamento, permitindo avaliar se as terapias estão controlando a progressão da doença e prevenindo danos adicionais nas articulações. Essas informações radiológicas são essenciais para orientar os médicos na definição do melhor plano de tratamento para cada paciente, adaptando as estratégias terapêuticas com base na gravidade da doença e nas alterações observadas nas imagens (Chen et al., 2020).

Por outro lado, a ultrassonografia (US) é um método não invasivo, com custo relativamente baixo e ausência de radiação ionizante, capaz de detectar alterações inflamatórias e destrutivas, permitindo o exame de várias articulações e a orientação

de intervenções diagnósticas, como biópsias. Além disso, pode ajudar a detectar erosões corticais precoces que são difíceis de diagnosticar precocemente por meio de radiografia simples (Sapundzhieva; Karalilova; Batalov; 2020)

Já a ressonância magnética (RM) é considerada o método mais sensível para detectar alterações características da artrite reumatoide, permitindo avaliar todas as estruturas afetadas, incluindo partes moles, ossos e cartilagens. A RM contrastada é particularmente sensível, podendo detectar áreas de inflamação intra óssea antes do desenvolvimento de erosões evidentes. Além desses métodos, avanços tecnológicos como a tomografia computadorizada por emissão de pósitrons (PET/TC) e a tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT) também têm sido empregados para diagnosticar, caracterizar e monitorar a atividade de doenças inflamatórias, incluindo a AR. Esses métodos de imagem desempenham um papel crucial no diagnóstico precoce e na determinação da conduta terapêutica na artrite reumatoide inicial, contribuindo para a melhoria do prognóstico e o controle da doença (Sandström et al., 2020).

O diagnóstico precoce e o acompanhamento periódico da AR traz uma série de benefícios significativos para os pacientes. Em primeiro lugar, identificar a doença em estágios iniciais permite o início imediato do tratamento, o que pode ajudar a controlar a progressão da doença, reduzir a inflamação nas articulações e prevenir danos estruturais irreversíveis. Isso resulta em um melhor prognóstico a longo prazo, com menor incapacidade funcional, menor progressão da doença e uma melhor qualidade de vida para os pacientes (Cheng et al., 2021).

Além disso, esse tratamento rápido está associado à redução da dor e da inflamação nas articulações, melhorando o conforto e a mobilidade dos pacientes. Ao controlar a doença desde o início, é possível prevenir danos articulares, como erosões ósseas e deformidades, que podem ocorrer se a artrite reumatoide não for tratada adequadamente (Mohammed; Bhutta, 2023).

A RELAÇÃO DO ESTADO EMOCIONAL E A AR

A correlação entre o estado emocional e a AR tem sido objeto de estudo, destacando a complexidade dessa interação. Embora não se possa estabelecer causalidade direta, evidências crescentes sugerem a existência de vínculos significativos entre fatores emocionais, o sistema imunológico e a progressão da

artrite reumatoide (Silva et al., 2023). A depressão constitui a comorbidade mais frequente associada à AR, com taxas de prevalência variando de 14% a 48%. Apesar de ser uma comorbidade frequente na AR, os estados depressivos são repetidamente subdiagnosticados e, portanto, muitas vezes permanecem sem tratamento. As consequências são extensas, uma vez que evidências conclusivas mostram que a depressão tem um impacto negativo em praticamente todos os resultados da AR, incluindo a atividade da doença, as complicações relacionadas com a artrite, o nível de dor, a probabilidade de remissão, a qualidade de vida e a mortalidade (Fackra; Marotte, 2021).

A natureza crônica e debilitante da doença pode desencadear impactos emocionais negativos. Pacientes frequentemente enfrentam depressão e ansiedade devido à dor persistente, limitações físicas, fadiga e estresse associados à artrite. Esses problemas emocionais podem afetar a qualidade de vida e a capacidade de gerenciar a doença de forma eficaz (Chen et al., 2020).

Além disso, a AR pode levar ao isolamento social, já que as limitações físicas podem dificultar a participação em atividades sociais. Isso pode resultar em sentimentos de solidão, baixa autoestima e desesperança. O estresse emocional também pode agravar a percepção da dor, criando um ciclo negativo em que a dor intensifica o estresse e vice-versa (Rocha; Baldo; Andrade, 2019).

A relação entre o estado emocional e a artrite também pode afetar a adesão ao tratamento. Pacientes com problemas emocionais podem ter dificuldade em seguir as recomendações médicas, como tomar medicamentos regularmente ou comparecer às consultas de acompanhamento. Portanto, é essencial adotar uma abordagem holística no tratamento da artrite, considerando não apenas os aspectos físicos da doença, mas também o bem-estar emocional dos pacientes. Isso pode incluir suporte psicológico, educação sobre o manejo do estresse e estratégias para lidar com as emoções, visando melhorar a qualidade de vida e o enfrentamento da doença (CONITEC, 2020).

Estudos indicam que o estresse emocional crônico pode desencadear respostas inflamatórias no organismo, contribuindo para a inflamação já presente nas articulações em pessoas com artrite reumatoide (Zautra; Smith, 2021). A relação bidirecional entre emoções negativas, como ansiedade e depressão, e a modulação da resposta imunológica destaca a complexidade dessa interação (SBR, 2023).

A abordagem integrativa, incorporando estratégias para gerenciar o estresse,

terapia cognitivo-comportamental e suporte psicológico, emerge como uma componente valiosa ao tratamento médico convencional (Silva et al., 2023). Indivíduos que conseguem lidar eficazmente com o estresse emocional frequentemente apresentam melhores respostas ao tratamento e experimentam melhorias na qualidade de vida (Cheng et al., 2021).

Reconhecendo o ciclo relacionado entre o estado emocional e a AR, é essencial adotar uma abordagem abrangente que leve em consideração tanto os aspectos físicos quanto os emocionais da condição. A individualidade de cada pessoa deve ser considerada, destacando a importância de uma abordagem personalizada e de suporte emocional e psicológico no manejo eficaz da artrite reumatoide (Bullock et al., 2019).

Além da necessidade de reconhecer e compreender a dor enfrentada pelos pacientes com AR, é crucial direcionar a atenção para abordagens terapêuticas abrangentes, considerando não apenas o tratamento farmacológico, mas também alternativas como a terapia física, comprovadamente eficaz na gestão dessa patologia (Chen et al., 2020).

No contexto preventivo, medidas como o controle do peso e a prática regular de atividade física tornam-se fundamentais, visto que o excesso de peso agrava os sintomas da artrite, afeta a função física e contribui para deficiências e resultados insatisfatórios após cirurgias de substituição articular. A proteção das articulações é recomendada, especialmente para indivíduos com histórico de trauma articular anterior, propensos a osteoartrite (Metsios; Kitis, 2018).

Diante desses desafios, é fundamental adotar abordagens multidisciplinares e integradas no cuidado aos pacientes com AR é crucial destacar a importância de considerar não apenas os aspectos clínicos da doença, mas também os fatores psicossociais que influenciam a qualidade de vida dos pacientes. Por isso, uma abordagem integral, considerando aspectos físicos, emocionais e preventivos, torna-se essencial para um manejo eficaz da AR, visando aprimorar a qualidade de vida dos pacientes (SBR, 2023).

Discussão

A paciente deste presente relato de caso menciona que as primeiras manifestações da doença surgiram durante um período de instabilidade emocional,

após o falecimento de seus pais, três anos antes dos primeiros indícios da patologia. Ela teve dificuldade em lidar com o luto e começou a apresentar sintomas depressivos. Conforme relatado, com o progresso da doença autoimune, ela passou a experimentar fadiga, adinamia e dor nas pequenas articulações, associada à rigidez matinal.

O estudo de Silva et al. (2023) destacou que as manifestações clínicas e os locais articulares afetados pela AR são parâmetros importantes para o diagnóstico. Além disso, juntamente com as mudanças comportamentais e físicas, os marcadores inflamatórios elevados, como PCR, FR e VHS, têm importância na diferenciação dos distúrbios articulares inflamatórios presentes nos pacientes com AR.

A radiografia pode ajudar no diagnóstico e na diferenciação de AR de outras doenças articulares. A radiografia ainda é considerada o método de imagem preferido para avaliar a progressão da doença e para acompanhamento da doença, já que é capaz de refletir os danos cumulativos ao longo do tempo. A presença de erosões ósseas na AR é um indicador de dano articular irreversível (Bullock et al., 2019). Esse exame de imagem tem o intuito de permitir avaliações longitudinais da degeneração óssea, enquanto a ressonância magnética apresenta uma sensibilidade significativamente mais alta em relação às demais para detecção de inflamações e degradação articular nos períodos iniciais da doença, possibilitando uma visão completa dos tecidos e estruturas lesadas.

A ultrassonografia é outro importante exame, pois indica uma visualização mais nítida de tecidos menos rígidos, além do delineamento das estruturas com inflamação. Por fim, o doppler facilita a visualização de neovascularização do processo inflamatório (CONITEC, 2020).

A paciente deste estudo, por exemplo, apresenta, hoje, deformidades como desvio ulnar dos dedos, hiperextensão das articulações interfalangianas proximais (IFP) e distais (IFD), flexão das IFP e hiperextensão das IFD, aumento de volume do punho e das articulações metacarpofalangianas com atrofia interóssea dorsal que atrapalham funções de sua rotina e, conseqüentemente, sua qualidade de vida. Essas deformidades simétricas em mãos, punhos e pés foram possíveis de serem identificadas por meio dos exames de imagem realizados, facilitando o diagnóstico e o acompanhamento da paciente.

Após o diagnóstico, ela enfrentou sete internações devido a crises de

artralgia, a maioria delas ocorrendo durante períodos de perturbação emocional, caracterizados por preocupações excessivas e ansiedade. Segundo Sandström et al. (2020), a ansiedade intensifica a percepção da dor, prejudicando assim o curso da doença. Além disso, fadiga como uma consequência da AR é relatada por 88% a 98% dos pacientes, e está associada a sintomas emocionais e insatisfação com a vida (CONITEC, 2023).

Os pacientes com a doença acabam tendo sua expectativa de vida muito diminuída em detrimento dos efeitos deletérios sobre a funcionalidade da pessoa, quando se compara com a população em geral (Behrens et al., 2022). A diminuição da expectativa de vida pode ocorrer devido a comorbidades que podem ser decorrentes da própria AR ou do tratamento medicamentoso realizado (Mena-Vázquez et al., 2021).

Atualmente, existem dados convincentes que sugerem que o aumento da atividade física pode melhorar os resultados da doença na AR, levando assim a um melhor manejo da doença. Além disso, ensaios clínicos randomizados e controlados demonstram consistentemente que o aumento da atividade física resulta em melhorias significativas na capacidade funcional, aptidão cardiorrespiratória e força saúde cardiovascular, fadiga e reduções significativas nos danos radiológicos em pequenas e grandes articulações (Metsios; Kitas, 2018).

Para tentar melhorar seu quadro clínico e sua progressão, a paciente iniciou a prática de hidroginástica em 2018, três vezes por semana, e começou a tomar medicamentos antidepressivos. Esses procedimentos resultam em uma melhora significativa da ansiedade, das emoções negativas e dos sintomas relacionados à AR (Cheng et al., 2021) e de fato pode-se perceber uma melhora da qualidade de vida após os exercícios conforme relatado pela paciente.

Condições que afetam a saúde mental podem influenciar diretamente a fisiopatogenia de quase todas as doenças médicas, alterando as bioquímicas no organismo do paciente e afetando o funcionamento do sistema imunológico, o que compromete a progressão e a clínica da condição médica. O humor deprimido ou a depressão em pacientes com artrite reumatoide está associado ao aumento dos sintomas, como dor, fadiga e incapacidade. Além disso, esse estado emocional pode levar os pacientes a interromper o tratamento médico, afetando assim o padrão de progressão da doença (Sandström et al., 2020).

Além das alterações no sistema nervoso, a fisiopatologia da AR pode

favorecer o surgimento de outras comorbidades, como dislipidemia, diabetes e hipertensão (CONITEC, 2020), como observado no caso da paciente deste estudo.

A ativação do sistema complemento promove uma alteração no fenótipo de HDL, reduzindo o colesterol total e aumentando a produção de LDL (Bullock et al., 2019). Além disso, as respostas do organismo às interleucinas previamente ativadas podem provocar uma agressão no tecido muscular, afetando o metabolismo da glicose e desencadeando patologias como diabetes mellitus tipo 2. Outras complicações, como proliferação endotelial e elevação da pressão arterial sistêmica, também podem ocorrer devido à ação do TNF- α , IL-6 e imunocomplexos (Rocha; Baldo; Andrade, 2019).

A paciente relatou um prejuízo considerável em sua qualidade de vida, devido às deformidades nas articulações, conforme observado por Ribeiro et al. (2022), que constataram uma diminuição significativa da aptidão funcional e da qualidade de vida em pacientes com AR, em comparação com a população em geral.

Portanto, como destacado por Chen et al. (2020) a AR é uma doença autoimune sistêmica associada à inflamação, que pode levar a deformidades e até mesmo à óbito. É uma doença comum, associada à incapacidade progressiva, complicações sistêmicas e impacto socioeconômico e por esse motivo o paciente deve ser acompanhado de maneira regular, principalmente com o uso de exames de imagem, como a radiografia e a ressonância magnética (SBR, 2023).

Conclusão

A artrite reumatoide (AR) é uma patologia inflamatória crônica, com alta incidência, especialmente em pacientes do sexo feminino. Embora sua etiologia ainda seja incerta, sabe-se que envolve mecanismos multifatoriais, incluindo fatores ambientais, genéticos e sociais, que contribuem para o surgimento de seus sinais e sintomas.

Portanto, a AR trata-se de uma condição autoimune que pode resultar em deformidades articulares, como desvio ulnar dos dedos ("dedos em ventania"), deformidades em "pescoço de cisne", "botoeira" e "mãos em dorso de camelo", além de levar a óbito. Além disso, essa patologia está associada a uma incapacidade progressiva, complicações sistêmicas e impactos socioeconômicos significativos. A

avaliação inicial da AR frequentemente utiliza exames de imagem como a radiografia convencional, ultrassonografia e ressonância magnética. Embora a radiografia convencional apresente limitações na detecção precoce de danos ósseos, seu uso é justificado pelo baixo custo, ampla disponibilidade e validação dos métodos de avaliação. Diante dos desafios impostos pela AR, é essencial uma abordagem multidisciplinar e integrada, que contemple não apenas os aspectos clínicos, mas também os fatores psicossociais que afetam a qualidade de vida dos pacientes.

Por fim, importante destacar que condições que afetam a saúde mental podem influenciar diretamente a fisiopatogenia, alterando as bioquímicas no organismo do paciente e afetando o funcionamento do sistema imunológico, o que compromete a progressão e a clínica da condição médica. O humor deprimido ou a depressão em pacientes com AR e está associado ao aumento dos sintomas, como dor, fadiga e incapacidade. Além disso, esse estado emocional e as dores provenientes das deformidades articulares da doença podem levar os pacientes a interromper o tratamento médico, afetando assim o padrão de progressão da doença. Por esse motivo, o acompanhamento com exames laboratoriais, exames clínico e de imagem são essenciais para o acompanhamento da patologia.

Desse modo, um manejo eficaz da AR deve ser integral, abrangendo cuidados físicos, emocionais e preventivos, visando sempre a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Agradecimentos

Agradecemos nossa orientadora Giani que colaborou com seu conhecimento, tempo e paciência durante todo o trabalho.

Um agradecimento à professora Analina por nos acompanhar e coordenar a produção e apresentação.

Por fim, agradecemos em especial os nossos familiares que foram e são as nossas fontes de apoio e resiliência, principalmente as nossas mães que nos fizeram tão unidas.

.

SYMMETRICAL JOINT DEFORMITIES OF HANDS AND WRISTS IN RHEUMATOID ARTHRITIS: case report and literature review

Abstract

Introduction: Rheumatoid Arthritis (RA) is an autoimmune, inflammatory, systemic, and chronic disease with a still unclear etiology. Affecting around 1% of the global population, its prevalence varies according to ethnic characteristics. More frequent in women, RA has an incidence of between 0.5 and 1% in adults, with a peak between the fourth and fifth decades of life, and remission in 8% of cases.

Objective: to understand Rheumatoid Arthritis (RA) and its implications in the life of a patient with joint deformities in the upper limbs, through a case study and literature review, aiming to understand its psychosomatic impacts on the disease, the understanding of the physiopathological and radiological aspects of RA. **Method:** this is an exploratory research of the case report type with a qualitative approach and review of descriptive literature to investigate the correlation between joint deformities and rheumatoid arthritis. For the case report, data were collected from the copy of the medical record and interviews were conducted with the patient. Patient recruitment was carried out by invitation, through the signing of the Free and Informed Consent Term - TCLE. For the literature review, case report articles and descriptive reviews were searched on digital platforms such as SCIELO, PubMed, MEDLINE and DYNAMED, with a time frame from 2019 to 2024. **Case Report:** a 68-year-old woman and ex-smoker, seeks medical attention reporting adynamia, fatigue and intense pain in small joints of the hands and wrists, accompanied by morning stiffness and limitation in daily activities, associating the onset of symptoms to a period of emotional instability. Laboratory tests show altered inflammatory markers, confirming the diagnosis of RA. The progression of the disease culminates in symmetrical bone deformities in the hands and wrists and functional disability, resulting in seven hospitalizations due to severe arthralgia attacks. **Conclusion:** it is essential to adopt multidisciplinary and integrated approaches in the care of patients with RA and it is crucial to highlight the importance of considering not only the clinical aspects of the disease, but also the psychosocial factors that influence the quality of life of patients.

Keywords: Rheumatoid arthritis. Joint deformities. Radiology.

Referências

AN, Hyo Jin; TIZAOUI, Kalthoum; TERRAZZINO, Salvatore; CARGNIN, Sarah; LEE, Keum Hwa; NAM, Seoung Wan; KIM, Jae Seok; YANG, Jae Won; LEE, Jun Young; SMITH, Lee. Sarcopenia in Autoimmune and Rheumatic Diseases: a comprehensive review. **International Journal Of Molecular Sciences**, [S.L.], v. 21, n. 16, p. 5678, 7 ago. 2020.

ASSIS, M. R.; SERAFIM, P. A. Rheumatoid arthritis and metabolic syndrome. **Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)**, v. 56, n. 2, p. 93-94, mar. 2020.

BEHRENS, F.; BURMESTER, G.; FEUCHTENBERGER, M.; KELLNER, H.; KUEHNE, C.; LIEBHABER, A.; WASSENBERG, S.; GERLACH, J.; ZORTEL, M.; HOFMANN, M. W. Characterisation of depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients treated with tocilizumab during routine daily care. **Pathogenesis Of Rheumatoid Arthritis: one year in review 2022**, [S.L.], v. 40, n. 3, p. 551-559, mar. 2022.

BULLOCK, J.; RIZVI, S. A. A.; SALEH, A. M.; AHMED, S. S.; DO, P. D.; ANSARI, R. A.; AHMED, J. Rheumatoid arthritis: a brief overview of the treatment. **Medical Principles and Practice**, v. 27, n. 6, p. 501-507, 2019.

CHEN, X.; ZHANG, M.; WANG T.; LI, Y., WEI, M.. Influence factors of extra-articular manifestations in rheumatoid arthritis. **Open Medicine**, vol. 15, no. 1, 2020, pp. 787-795. <https://doi.org/10.1515/med2020-0217> Acesso em: 05 mar. 2024.

CHENG, Q.; CHEN, X.; WU, H.; DU, Y. Three hematologic/immune system-specific expressed genes are considered as the potential biomarkers for the diagnosis of early rheumatoid arthritis through bioinformatics analysis. **J Transl Med**. 2021;19(1):18, 2021.

DEANE, K. D.; DEMORUELLE, M. K., KELMENSEN, L. B.; KUHN, K. A.; NORRIS, J. M.; HOLERS, V. M. Genetic and environmental risk factors for rheumatoid arthritis. **Best practice & research Clinical rheumatology**, v. 31, n. 1, p. 3-18, 2017.

DEDMON, L. E. The genetics of rheumatoid arthritis. **Rheumatology**, v. 59, n. 10, p. 2661-2670, 2020.

ENGLAND, B. R; MIKULS, T. R. Epidemiology of, risk factors for, and possible causes of rheumatoid arthritis. **Up to date**, 2021

FAKRA, E.; MAROTTE, H. Rheumatoid arthritis and depression. **Joint bone spine**, v. 88, n. 5, p. 105200, 2021.

FIGUS, F. A.; PIGA, M.; AZZOLIN, I.; MCCONELL, R.; LAGNOCCO, A. Rheumatoid arthritis: extra-articular manifestations and comorbidities. **Autoimmunity reviews**, v. 20, n. 4, p. 102776, 2021.

GOVERNO DO BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide**. Brasília, DF:CONITEC, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/consultas/relatorios/2020/relatrio_artrite_reumatoide_cp_21_2020.pdf.

JOHANSSON, L.; ÄRLESTIG, L.; KOKKONEN, H.; BRINK, M.; RANTAPÄÄ KEDRA, J.; SEROR, R.; DIEUDÉ, P.; CONSTANTIN, A.; TOUSSIROU, E.; KFOURY, E.; MASSON, C.; CORNEC, D.; DUBOST, J. J.; MARGUERIE, **31 Id on Line Rev. Psic.** V.17, N. 66, p. 12-32, 2021 - Multidisciplinar. Rmd Open, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 1-9, 2021.

KEDRA, J.; SEROR, R.; DIEUDÉ, P.; CONSTANTIN, A.; TOUSSIROU, E.; KFOURY, E.; MASSON, C.; CORNEC, D.; DUBOST, J. J.; MARGUERIE, **31 Id on Line Rev. Psic.** V.17, N. 66, p. 12-32, Maio/2023 - Multidisciplinar. ISSN 1981-1179 Edição eletrônica em <http://idonline.emnuvens.com.br/id> Laurent. Lymphoma complicating rheumatoid arthritis: results from a french case-control study. Rmd Open, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 1-9, set. 2021.

MAIBOM-THOMSEN, S.; TRIER, N. H.; HOLM B. E.; HANSEN, K. B.; RASMUSSEN, M. I.; CHAILYAN, A., et al. Immunoglobulin G structure and rheumatoid factor epitopes. **PLOS One**, v. 14, n. 6, p. e0217624, 2019.

MENA-VÁZQUEZ, N.; JIMENEZ-NÓÑEZ, F. G.; GODOY-NAVARRETE, F. J.; MANRIQUE-ARIJA, S.; AGUILAR-HURTADO, M. C.; ROMEROBARCO, C. M.; UREÑA-GARNICA, I.; ESPILDORA, F.; PADIN-MARTÍN, M. I.; FERNÁNDEZ-NEBRO, A.. Utility of pulmonary ultrasound to identify interstitial lung disease in patients with rheumatoid arthritis. **Clinical Rheumatology**, [S.L.], v. 40, n. 6, p. 2377-2385, 21 fev. 2021.

METSIOS, G. S.; KITAS, G. D. Physical activity, exercise and rheumatoid arthritis: effectiveness, mechanisms and implementation. **Best practice & research Clinical rheumatology**, v. 32, n. 5, p. 669-682, 2018

MOTEN, D.; TENEVA, I.; DESISLAVA, A.; BATSALOVA T.; DZHAMBASOV, B. Molecular mimicry of the rheumatoid arthritis-related immunodominant T-cell epitope within type II collagen (CII260-270) by the bacterial L-asparaginase. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 23, n. 16, p. 9149, 2022.

PADYUKOV, L. Genetics of rheumatoid arthritis. In: *Seminars in immunopathology*. Berlin/Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2022. p. 47-62.
DEANE, K. D.; DEMORUELLE, M. K.; KELMENSEN, L. B.; KUHN, K. A.; NORRIS, J. M.; HOLERS, V. M. Genetic and environmental risk factors for rheumatoid arthritis. **Best practice & research Clinical rheumatology**, v. 31, n. 1, p. 3-18, 2017.

DEDMON, L. E. The genetics of rheumatoid arthritis. **Rheumatology**, v. 59, n. 10, p. 2661-2670, 2020.

ENGLAND, B. R.; MIKULS, T. R. Epidemiology of, risk factors for, and possible causes of rheumatoid arthritis. **Up to date**, 2021.

FAKRA, E.; MAROTTE, H. Rheumatoid arthritis and depression. **Joint bone spine**, v. 88, n. 5, p. 105200, 2021.

FIGUS, F. A.; PIGA, M.; AZZOLIN, I.; MCCONELL, R.; LAGNOCCO, A. Rheumatoid arthritis: extra-articular manifestations and comorbidities. **Autoimmunity reviews**, v. 20, n. 4, p. 102776, 2021.

MOHAMMED, R. H.; BHUTTA, B. S. Hand and wrist rheumatoid arthritis. **StatPearls Publishing**, 2020.

RANTAPÄÄ DAHLQVIST, S.; ANDRADE, F. Individuals at risk of seropositive rheumatoid arthritis: the evolving story. **Journal of internal medicine**, v. 286, n. 6, p. 627-643, 2019.

ROCHA, S. B.; BALDO, D. C.; ANDRADE, L. E. C. Clinical and pathophysiologic relevance of autoantibodies in rheumatoid arthritis. **Advances in Rheumatology**, v. 59, 2019.

SILVA, M. M. B.; MAIA, L. P.; FREIXEDELLO, B. A.; BEZERRA, L. C.; BRINGEL, B. A. C.; RIBEIRO, C. A. C. Apresentações Atípicas de Artrite Reumatoide: Uma Revisão Integrativa da Literatura. **Id on Line Rev. Psic.**, 2023, vol.17, n.66, p. 12-32, ISSN: 1981-1179.

RIBEIRO, A. A.; CUNHA, M.; MONTEIRO, P.; NUNES, D.; RODRIGUES, R.; ASSIS, C.; HENRIQUES, M. A. Determinantes psicológicos da qualidade-de-vida em pessoas com artrite reumatóide. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 35, jan, 2022. **Acta Paulista de Enfermagem**.

SANDSTRÖM T. et al. Cervical Spine Involvement among Patients with Rheumatoid Arthritis Treated Actively with Treat-to-target Strategy: 10-year Results of the NEO-RACo Study. **J Rheumatol**. 2020 Aug 1;47(8):1160-1164. doi: 10.3899/jrheum.190139. Epub 2019 Nov 15. PMID: 31732558

SAPUNDZHIEVA, T.; KARALILOVA, R.; BATALOV, A. Hand ultrasound patterns in rheumatoid and psoriatic arthritis: the role of ultrasound in the differential diagnosis. **Rheumatology International**, v. 40, n. 6, p. 837-848, 2020.

SCHERER, H. U.; HÄUPL, T.; BURMESTER, G. R. The etiology of rheumatoid arthritis. **Journal of autoimmunity**, v. 110, p. 102400, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA (SBR). **Diretrizes para o tratamento da artrite reumatoide**. São Paulo: SBR, 2023. Disponível em: www.reumatologia.org.br/diretrizes.

SHLOBIN, N. A.; DAHDALEH, N. S. Cervical spine manifestations of rheumatoid arthritis: a review. **Neurosurgical Review**, v. 44, n. 4, p. 1957-1965, 2021.

SMOLEN, J. S.; ALETAHA, D.; MCINNES, I. B. Rheumatoid Arthritis Section of the American College of Rheumatology. Rheumatoid arthritis. **The Lancet**, 388(10055), 2023-2038, 2017.

VAN DELFT, M. AM; HUIZINGA, T. WJ. An overview of autoantibodies in rheumatoid arthritis. **Journal of autoimmunity**, v. 110, p. 102392, 2020.

WEYAND, C. M.; GORONZY, J. J. The immunology of rheumatoid arthritis. **Nature immunology**, v. 22, n. 1, p. 10-18, 2021.

ZAUTRA, A. J.; SMITH, B. W. Depression and Reactivity to Stress in Older Women With Rheumatoid Arthritis and Osteoarthritis. **Psychosomatic Medicine**, [S.L.], v. 63, n. 4, p. 687-696, jul. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RELATO DE CASO DESTINADO À MAIORES DE 18 ANOS

Título da pesquisa: Impacto do Estado Emocional na Evolução da Artrite Reumatoide: revisão da literature e relato de caso

Pesquisadora Responsável: Giani Martins Garcia

Telefone(s) de contato: (31) 997130804

E-mail: gianimg@gmail.com

1. Eu Amazildes Maria do Carmo Garcia estou sendo convidada a permitir que o meu caso clínico seja publicado pelos pesquisadores Giani Martins Garcia e Maria Luisa Franco de Salles, na forma de relato de caso, em encontros científicos e acadêmicos além de possível publicação em revista científica;
2. Minha participação incluirá responder às perguntas feitas pelos pesquisadores para fornecer informações acerca da história clínica da minha doença, autorizar a coleta dos dados dos resultados de exames realizados e das informações contidas na cópia do prontuário médico bem como permitir o uso de imagens, desde que estas sejam apenas para fins científicos e sem identificação pessoal (no caso de uso de imagens ressaltar o uso de tarjas);
3. Ao participar desta pesquisa estou ciente que não terei nenhum benefício direto. Entretanto, as informações adquiridas poderão proporcionar um maior conhecimento dos aspectos relacionados à minha condição clínica e com isso contribuir com a literatura médica para que o estudo de meu caso possa beneficiar além de mim, outros pacientes;
4. Minha participação nesta pesquisa não terá complicações legais. Os riscos ou desconfortos previstos, se eu concordar em participar deste estudo, estão relacionados à exposição do meu caso e uma expectativa pessoal de que os pesquisadores possam melhorar minha situação clínica. Minha identidade será totalmente preservada e possíveis benefícios da realização do estudo, quando existirem, serão compartilhados e discutidos comigo;
5. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e, portanto, esta pesquisa não oferece riscos à minha dignidade;
6. Estou ciente que tenho a liberdade de desistir ou de interromper minha participação sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderei pedir mais informações sobre este estudo através do telefone dos pesquisadores;

7. Não terei nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa e também não haverá compensação financeira relacionada a minha participação. Se existir qualquer despesa adicional, esta será de responsabilidade dos pesquisadores.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Esclareço que li as informações acima, recebi as explicações sobre a natureza, os riscos e benefícios do projeto. Comprometo-me a colaborar voluntariamente e compreendo que posso retirar meu consentimento e interrompê-lo a qualquer momento, sem penalidade ou perda de benefício.

Ao assinar duas vias deste termo, não estou desistindo de quaisquer direitos meus. Uma via deste termo me foi dada e a outra arquivada.

Nome do Participante: Amazildes Maria do Carmo Garcia

Assinatura do participante: Amazildes Maria do Carmo Garcia

CPF: 069055816-31

Data 02/05/2023

Nome do pesquisador responsável: Giani Martins Garcia

Assinatura do pesquisador responsável: Giani Martins Garcia

CPF: 000719976-79

Data 02/05/2023

APÊNDICE B – Entrevista elaborada para coleta de dados da paciente.

Informações pessoais:

Sexo: Masculino () Feminino (x)

Data de nascimento: 25/06/55 Profissão: Doméstica

Natural: São Domingo do Prata.

Doenças de base:

É portador de Hipertensão? Não () Sim (x) em 2021, há 08 meses, recebeu o diagnóstico, em uso de Venzer 8mg

É portador de Diabetes Mellitus? Não () Sim (x) em 2020, há 4 anos

É portador de alguma doença respiratória? Não (x) Sim ()

Se sim, qual?

É portador de alguma doença cardíaca? Não (x) Sim ()

Se sim, qual?

É portador de alguma doença renal? Não (x) Sim ()

Se sim, qual?

É portador de alguma doença neurológica? Não (x) Sim ()

Se sim, qual?

É portador de alguma doença hematológica? Não (x) Sim ()

Se sim, qual?

É portador de alguma outra doença não citada? Não () Sim (x)

Se sim, qual? Hipotireoidismo e dislipidemia

Medicações e tratamentos:

Está em tratamento de alguma doença? Não () Sim (x)

Se sim, qual(is)? HAS, DM, Dislipidemia, AR, Hipotireoidismo

Faz uso de medicações regularmente? Não () Sim (x)

Se sim, qual(is) (informar a dose)?

Já ficou internado? Não () Sim (x) Mais de 5 internações devido a AR, sentia dores incapacitantes, sendo a última em 2013.

Última internação em Janeiro de 2022 devido à pneumonia.

Hábitos de vida:

Fuma? Não (x) Sim ()

Ex-tabagista há 40 anos, interrompeu após diagnóstico da AR

Se sim, há quanto tempo e qual a quantidade (maços/dia)? 3 anos, 15 maços/dia

Bebe? Não (x) Sim ()

Se sim, há quanto tempo e qual a quantidade (dose/dia)?

Tem alimentação saudável? Não () Sim () Mais ou Menos (x) relata mudança alimentar nos últimos 06 meses

Pratica atividade física? Não (x) Sim ()

Se sim, qual e com qual frequência? Praticou hidroginástica durante 01 ano em 2018, na frequência de 03 vezes/semana, relata que apresentou melhora nos sintomas reumáticos e na questão emocional.

Artrite Reumatoide:

Diagnosticado com quantos anos? 45 anos

Primeiros sinais e sintomas? Quando começaram? Aos 43 anos iniciaram os sintomas. Sentia rigidez nas mãos, incapacidade de realizar leves esforços, como abrir garrafa de café.

Houve alguma situação, principalmente emocional, que desencadearam os primeiros sintomas? Ocorreu o falecimento dos pais e houve dificuldade de aceitar o processo do luto. Depois de 03 anos iniciaram os sintomas.

Alguém na família possui a doença em questão? Não

Atualmente apresenta crises de dor? Não (x) Sim ()

Se sim, com qual frequência?

As crises de dor possuem algum fator de melhora? Não () Sim (x)

Se sim, qual? Medicação injetável

Apresenta infecções frequentes? Não (x) Sim ()

Se sim, quais foram as últimas?

Sente dor nas articulações? Não () Sim (x)

Se sim, como as descreve? São dores pontuais, não são incapacitantes, e piora quando há mudança do tempo de forma brusca

Tem rigidez articular matinal? Não () Sim (x)

Se sim, há quanto tempo? Desde 02 anos antes do diagnóstico

Sente fadiga? Não () Sim (x)

Se sim, há quanto tempo? Desde o diagnóstico da artrite

Após o diagnóstico da AR, teve limitações para realizar atividades diárias? Não ()

Sim (x)

Se sim, há quanto tempo? No início da doença, quando ocorriam as crises de dor com mais frequência

Após o diagnóstico da AR e o avanço da doença surgiram outras comorbidades?

Não () Sim (x)

Se sim, quais foram? DM, HAS, Hipotireoidismo

De 0 a 10, quanto o diagnóstico de AR prejudicou sua qualidade de vida? 7

Saúde Mental:

Já fez acompanhamento com especialista da saúde mental? Seja psicólogo ou psiquiatra. Não (x) Sim ()

Faz uso de algum medicamento ansiolítico ou antidepressivo? Não () Sim (x)

Se sim, qual(is) (informar a dose)? Faz uso de Sertralina 100mg (1-0-0) há 4 anos

Notou melhora dos sintomas reumáticos com o uso da medicação prescrita? Não () Sim (x) Relata que se sente relaxada, que melhora sua qualidade de vida

Quando está emocionalmente abalada ou passa por uma situação de estresse, sente piora dos sintomas? Não (x) Sim () após início do tratamento não sente piora dos sintomas.

Os períodos de remissão da doença coincidem com os períodos de estabilidade emocional? Não () Sim (x)

QUADROS

Quadro 1 – Exames laboratoriais da paciente realizados em 2019.

EXAME LABORATORIAL	RESULTADOS	VALOR DE REFERÊNCIA
Ureia	39 mg/dl	15 – 55 mg/dl
Creatinina	0,71 mg/dl	0,57 – 1,11 mg/dl
Gama Glutamil Transferase	22,0 u/l	9,0 – 36,0 u/l
Transaminase Oxalacética	29,0 u/l	5,0 – 34,0 u/l
Transaminase Pirúvica	17,0 u/l	0,0 – 55,0 u/l
Ferritina	315, 0 ng/ml	4,6 – 204,0 ng/ml
Vitamina D	42,80 ng/ml	Superior a 20 ng/ml
VHS	24 mm	0,0 -- 20 mm
Hemácias	4,93 x 10 (6) /mm ³	4,0 – 5,20 x 10 (6) /mm ³
Hemoglobina	14,6 g/dl	12,0 – 16,0 g/dl
Hematócrito	44,3%	35,0 – 46,0 %
VCM	89,9 fl	80,0 – 100,0 fl
HCM	29,6 pg	26,0 – 34,0 pg
CHCM	33,0g/dl	31,0 – 36,0g/dl
RDW	13,2%	11,5 – 15,0%
Leucócitos	8.630/mm ³	3.500 – 10.000/mm ³
Hemoglobina em EAS	24 P/C	Até 3 P/C
Leucócitos em EAS	Campos repletos	Até 3 P/C
Plaquetas	332.000/mm ³	150.000 – 450.000

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quadro 2 – Exames laboratoriais da paciente realizados em 2020.

EXAME LABORATORIAL	RESULTADOS	VALOR DE REFERÊNCIA
Ureia	15mg/dl	9 – 23mg/dl
Creatinina	0,59mg/dl	0,57 – 1,11 mg/dl
Transaminase Oxalacética	27,0u/l	Inferior a 34,0 u/l
Transaminase Pirúvica	16,0u/l	10,0 – 49,0 u/l
Ferritina	260,9ng/ml	10,0 – 291,0 ng/ml
PCR	< 4,00mg/L	Menor que 10 mg/L
VHS	30mm	0,0 - 20 mm
Colesterol Total	180mg/dl	Inferior a 200mg/dl
Colesterol HDL	47mg/dl	Superior a 60mg/dl
Colesterol LDL	89mg/dl	Inferior a 129mg/dl
Triglicérides	220mg/dl	<150mg/dl
Hemácias	4,96 x 10 (6)/mm ³	4,0 – 5,20 x 10(6)/mm ³
Hemoglobina	14,3g/dl	12,0 – 16,0 g/dl
Hematócrito	44,0%	35,0 – 46,0 %
VCM	88,7fl	80,0 – 100,0 fl
HCM	28,8pg	26,0 – 34,0 pg
CHCM	32,5g/dl	31,0 – 36,0 g/dl
RDW	12,8%	11,5 – 15,0 %
Leucócitos	9.410/mm ³	3.500 – 10.000/mm ³
Plaquetas	328.000/mm ³	150.000 – 450.000

Fonte: Elaborada pelos autores

Quadro 3 – Exames laboratoriais da paciente realizados em 2021.

EXAME LABORATORIAL	RESULTADOS	VALOR DE REFERÊNCIA
Ureia	34mg/dl	15 – 55mg/dl
Creatinina	0,61mg/dl	0,57 – 1,11 mg/dl
Transaminase Oxalacética	28,0u/l	Inferior a 34,0 u/l
Transaminase Pirúvica	19,0u/l	10,0 – 49,0 u/l
Glicemia em Jejum	129mg/dl	70,0 – 100,0 mg/dl
PCR	21,46mg/L	Menor que 10 mg/L
VHS	56mm	0,0 - 20 mm
Colesterol Total	194mg/dl	Inferior a 200mg/dl
Colesterol HDL	38mg/dl	Superior a 60mg/dl
Colesterol LDL	88mg/dl	Inferior a 129mg/dl
Triglicerídeos	334mg/dl	<150mg/dl
Hemácias	5,07 x 10 (6) /mm ³	4,0 – 5,20 x 10(6) /mm ³
Hemoglobina	14,0g/dl	12,0 – 16,0 g/dl
Hematócrito	45,0%	35,0 – 46,0 %
VCM	88,8fl	80,0 – 100,0 fl
HCM	27,6pg	26,0 – 34,0 pg
CHCM	31,1/dl	31,0 – 36,0 g/dl
RDW	13,2%	11,5 – 15,0 %
Leucócitos	7.790/mm ³	3.500 – 10.000/mm ³

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quadro 4 – Medicamentos em uso pela paciente.

MEDICAMENTOS	DOSE	POSOLOGIA
Sertralina	100mg	1 comprimido pela manhã
Leflunomida	20mg	1 comprimido pela manhã
Abatacepte SC	125mg	1 injeção a cada 10 dias
Syntroid (Levotiroxina sodica)	112mg	1 comprimido pela manhã
Metformina (Glifage)	500mg	1 comprimido pela manhã
Fenofibrato	200mg	1 comprimido à noite
Rosuvastatina cálcica	5mg	1 comprimido à noite
Venzer (Candesartana Cilexetila)	8mg	1 comprimido pela manhã

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quadro 5 – Critérios de classificação ACR/EULAR para AR.

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO ACR/EULAR PARA ARTRITE REUMATOIDE - 2010	
ENVOLVIMENTO ARTICULAR	
1 grande articulação (joelho, ombro, quadril, cotovelo, tornozelo)	0
2-10 grandes articulações	1
1-3 pequenas articulações (com ou sem grandes articulações)	2
4-10 pequenas articulações (com ou sem grandes articulações)	3
> 10 articulações (ao menos 1 pequena articulação)	5
SOROLOGIA	
Fator reumatoide negativo e anti-CCP negativo	0
Fator reumatoide ou anti-CCP positivo em baixos títulos (< ou = a 3x)	2
Fator reumatoide ou anti-CCP positivo em altos títulos (> ou = a 3x)	3
REAGENTES DE FASE AGUDA (AO MENOS 1 TESTE)	
VHS e PCR normais	0

VHS ou PCR acima do normal	1
DURAÇÃO DOS SINTOMAS	
< 6 semanas	0
> 6 semanas	1

Fonte: Adaptada pelos autores do ACR/EULAR, 2010.