

Caso Clínico – Artrite Reumatoide

Profa. Dra. Mayra Santos da Silva¹

Identificação: N. P., sexo feminino, 57 anos, branca, viúva, farmacêutica, moradora de Ubatuba.

Queixa Principal: “Dor intensa (4+/5) nas articulações, das duas mãos, há um ano, com piora há 3 meses.”

História da Doença Atual (HDA): Refere dor em articulações metacarpofalangeanas e interfalangeanas há um ano que perdurou por 6 meses, passando por um período sem dor e retornando há 3 meses com piora do quadro. Relata que a dor melhorava ao uso de anti-inflamatórios não esteróides (AINEs). Afirma que além das dores teve rigidez matinal nas articulações das mãos que perdurava por cerca de 40 minutos, melhorando com o decorrer do tempo. Relata fadiga, iniciada com o quadro e perdura até o momento da consulta. Refere ainda sensação febril de prostração, não chegando a aferir a temperatura corporal.

História Patológica Progressiva (HPP): Informou que as dores e a rigidez iniciaram após um quadro de Chikungunya, que foi tratada de acordo com as orientações médicas.

História Familiar: Pai diabético do tipo II.

História Social: Bebe uma taça de vinho por noite, nega tabagismo, refere alimentação balanceada, nada no mar todos os dias, ato que alivia a dor, reside sozinha em uma casa de 5 cômodos, tem 2 filhos e 5 netos.

Exame Físico:

PA= 130X80mmHg,

FC=68 BPM FR=18

IPM

Geral: Bom estado geral e nutricional, vígil, normocorada, afebril e acianótica.

Pele: Nódulos subcutâneos em falanges I e III da mão direita.

Cabeça e pescoço: Sem alterações.

Osteomotor: Manutenção de movimentos de flexão, dorsiflexão, abdução e adução em ambos os punhos. Pequena dificuldade de realizar movimentos de flexão e extensão das articulações metacarpofalangeanas e interfalangeanas, em ambas as mãos. Ao teste do *squeeze* sentiu intensa dor.

Extremidades: Bem perfundidas e sem edemas.

Exame Clínico:

Hemograma: Hb: 11,5 g/dL (12,0 a 16,0 g/dL); Hematócrito: 33% (35 a 47%); Leucócitos totais: 4000/ μ L (4000 a 11000 μ L).

Fator Reumatóide (FR): positivo fraco.

Níveis séricos de IL-10: 20,0 μ g/mL (inferior a 9,1 μ g/mL).

Raio-X simples (RX): Erosões ósseas, osteopenia e redução do espaço articular.

Ultrassonografia com Power Doppler (USD): Erosões ósseas.

¹ Professora de Iniciação à Prática Médica I da Escola de Medicina Souza Marques.

Comentários:

A artrite reumatóide (AR), é uma doença crônica inflamatória, em cuja etiologia estão envolvidos fatores genéticos, ambientais e infecções, e causa rigidez, dor, perda de mobilidade, inflamação e erosão das articulações. Em geral, afeta diversas articulações simétricas, com maior frequência nas mãos e dos pulsos, mas também dos cotovelos, pescoço, ombros, quadris, joelhos e pés. Outros sintomas incluem fadiga, febre, nódulos sob a pele, em especial nos cotovelos, e mal-estar. As pessoas afetadas podem apresentar anemia e outros distúrbios autoimunes. Dentre as infecções se destacam as virais cujas proteínas modificam a função dos sinoviócitos. O estímulo inflamatório provocado pela Chikungunya pode funcionar como um gatilho para o desenvolvimento de AR em pessoas com predisposição genética para a doença.

A AR ocorre em qualquer idade, embora seja mais frequente entre 30 e 50 anos, e em mulheres. Se não for tratada, costuma encurtar a vida e incapacitar para o trabalho. A evolução é muito variável, e remissões prolongadas ocorrem em alguns casos. Deve ser distinguida da osteoartrite, em que há desgaste das articulações por lesões repetidas.

Estudos tem mostrado a participação da IL-10 na fisiopatogenia da AR. Esta citocina pleiotrópica é produzida pelas células T helper, linfócitos T e B, monócitos e macrófagos. Possui propriedades antiinflamatórias, cuja principal função é a regulação do sistema imune, inibindo de maneira potente a expressão e/ou a produção de citocinas pró-inflamatórias. Parece realizar essa função por meio de *feedback* negativo.

A IL-10 exerce um papel importante na limitação da resposta imunitária do hospedeiro a agentes patogênicos e para evitar danos ao hospedeiro enquanto mantém a homeostase normal dos tecidos. Regula também o crescimento e/ou diferenciação das células B, granulócitos, neutrófilos, células dendríticas, queratinócitos e células endoteliais. Vários parasitas, bactérias, fungos e vírus deprimem a resposta imune do hospedeiro tanto induzindo a produção de IL-10 ou codificando sua própria IL-10 homóloga. Embora seja um potente imunossupressor, é também um antipirético.

Tratamento:

Não há cura para a AR. O objetivo do tratamento é conter a doença, diminuir a dor e a inflamação, manter a função articular e evitar complicações. O tratamento varia entre pacientes e pode precisar de ajustes com a evolução da doença. São usados AINEs, corticosteroides, imunossupressores e imunomoduladores. O tratamento em geral é feito com mais de um medicamento, e deve ser iniciado o mais cedo possível para evitar lesões articulares. É recomendada a prática de atividade física, visto que melhora a mobilidade, reduz a inflamação e auxilia a silenciar a dor.