

Especialização em
**SAÚDE DA
FAMÍLIA**



Caso complexo
Samuel

Fundamentação teórica
Dor articular



**MAIS MÉDICOS
PARA O BRASIL**

PROVAB

DOR ARTICULAR

Martin Fábio Jennings Simões

Gota

A gota é uma doença inflamatória caracterizada pela deposição anormal de cristais de monurato sódico (de ácido úrico) nas articulações. Ocorre predominantemente em homens adultos jovens no final da terceira e no início da quarta década de vida, mas também pode ocorrer em mulheres na pós-menopausa. A prevalência da gota nos Estados Unidos é de 2,7%, porém esse número aumenta com a idade, chegando até 9% em homens acima de 80 anos e a 6% em mulheres.

A gota pode ser primária, quando tem causa desconhecida e é ligada a fatores genéticos, e secundária, quando associada a outras condições como hipertensão arterial, obesidade, alcoolismo e insuficiência renal crônica.

Na gota ocorre o aumento dos níveis sanguíneos de ácido úrico, ou seja, a hiperuricemia. Por sua vez, a hiperuricemia pode ser causada por deficiência da enzima uricase ou pela reabsorção renal aumentada do ácido úrico filtrado. O ácido úrico, então em excesso na corrente sanguínea, vai depositar-se em tecidos articulares, causando o processo inflamatório.

O quadro clínico mais comum da gota é a artrite aguda, geralmente de uma só articulação e de preferência nos membros inferiores. A grande maioria dos pacientes (70%) inicia com a inflamação do primeiro dedo do pé (hálux), quadro chamado podagra. Os episódios de artrite duram de 5 a 7 dias e podem ter resolução espontânea. Os períodos entre as crises são assintomáticos e podem durar de 6 meses a 1 ano. Se o paciente não tiver um tratamento adequado, as crises se tornam mais duradouras e frequentes, atingindo mais articulações e podendo levar a um quadro de poliartrite crônica.

Outra característica clínica da gota é o aparecimento dos tofos, que são nódulos decorrentes do acúmulo de ácido úrico em tecidos extra-articulares, como pavilhão auricular, ponta de nariz e superfícies extensoras de articulações, como cotovelos, joelhos e mãos. A presença de tofos ocorre em quadros de longa duração, em torno de 5 a 10 anos, e, geralmente, aparecem em casos não tratados adequadamente.

O diagnóstico da gota é dado pela história clínica do paciente e pelos níveis elevados de ácido úrico sanguíneo. Durante a crise de artrite, é importante ressaltar que os níveis de ácido úrico podem estar normais e até baixos. Então, deve-se solicitar o exame após pelo menos 20 dias da resolução da crise.

Quanto aos exames laboratoriais, além dos níveis de ácido úrico, deve-se avaliar a função renal por meio da depuração de creatinina e a excreção renal de ácido úrico nas 24 horas. Esse último exame ajuda a definir se o paciente é hiper, normo ou hiposexcretor de ácido úrico, fato que contribuirá na abordagem medicamentosa.

No tratamento da crise aguda de gota são utilizados a colchicina e os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Os corticosteroides podem ser prescritos nos casos que não respondam à colchicina e aos AINEs, ou nos casos de insuficiência renal quando os AINEs não podem ser utilizados.

No tratamento da gota propriamente dita, deve-se normalizar a hiperuricemia. Isso se consegue através de medicamentos que inibem a produção de ácido úrico, como o alopurinol, ou através de drogas que aumentam a excreção renal de ácido úrico, chamadas uricosúricos. O alopurinol é um inibidor da enzima xantina-oxidase, responsável pela produção de ácido úrico. É indicado nos casos de hiperuricemia com taxas de excreção renal de ácido úrico elevada, nos casos associados com litíase renal e nos pacientes com insuficiência renal. Dentre os uricosúricos, no Brasil há disponível a benzobromarona, que é indicada nos indivíduos com taxas normais ou diminuídas de excreção renal de ácido úrico e com função renal preservada. A benzobromarona não é indicada nos casos de litíase renal e de insuficiência renal crônica.

A dieta do paciente com gota deve ser orientada para o controle da obesidade e para a restrição de álcool. Quanto à restrição de alimentos ricos em purinas, não há qualquer base fisiopatogênica, uma vez que a dieta oferece apenas de 8-10% do pool total de ácido úrico.

Osteoartrite

A osteoartrite (OA), antes chamada artrose, é uma doença caracterizada pela integridade da cartilagem articular e do osso subcondral. É a doença mais frequente do sistema articular e acomete cerca de 20% da população mundial, sendo que a incidência aumenta após os 40 anos de idade. É importante salientar que a OA não é uma consequência natural do envelhecimento, pois ocorrem alterações inflamatórias além das degenerativas nas articulações acometidas pela OA.

Existem vários fatores que predis põem à OA, como idade avançada, obesidade e traumas progressos. Além da forma idiopática ou primária, a OA pode ser secundária a doenças inflamatórias com a artrite reumatoide e a gota.

A osteoartrite acomete tipicamente as articulações de carga, como os joelhos, quadril e coluna lombar e também as mãos. Quando há o acometimento de outras articulações, por exemplo, cotovelos e ombros, devem-se investigar doenças articulares primárias.

O quadro clínico caracteriza-se por dor articular de início insidioso, principalmente no início do movimento (dor protocinética). A dor costuma melhorar com o repouso. Com o progredir da doença, aparecem as limitações funcionais e as deformidades. Quanto à OA de joelhos, a dor piora ao levantar da cadeira e ao subir e descer escadas. Ao exame físico, observam-se os desalinhamentos articulares, a hipotrofia da musculatura periarticular, a redução da amplitude do movimento articular e as crepitações. A crepitação articular é definida como a sensação de atrito aos movimentos da articulação e é decorrente da irregularidade das cartilagens oponentes. Podem ocorrer períodos de agudização com a presença de aumento de volume, derrame articular, rubor e calor local.

O diagnóstico clínico se realiza através da história clínica e do exame físico. Para confirmação e acompanhamento, é importante a realização do exame de raios X simples. Os sinais mais característicos são a redução assimétrica do espaço articular e a presença dos osteófitos, que são decorrentes de proliferação óssea nas margens articulares. Nos joelhos, há tipicamente a redução do espaço articular no compartimento medial. Com a evolução da doença pode haver a destruição completa da cartilagem com anquilose (fusão) do espaço articular.

Os exames laboratoriais são normais na OA e só devem ser solicitados em casos de investigação de diagnósticos diferenciais com doenças inflamatórias ou infecciosas. Se houver suspeita de infecção ou doença por deposição de cristais (como a gota), são indicadas a punção articular e a análise do líquido sinovial para avaliação da celularidade e pesquisa de cristais e culturas.

O tratamento da OA pode ser medicamentoso e não medicamentoso. Dentre os medicamentos, os analgésicos e os anti-inflamatórios não esteroidais são prescritos para alívio da dor e dos episódios de agudização. Deve-se ter cautela ao prescrever AINEs a pacientes idosos, indivíduos com risco de doenças gástricas ou com função renal prejudicada. O analgésico de primeira escolha é o paracetamol, que pode ser prescrito continuamente com dose máxima de 3 g/dia.

Quanto aos medicamentos propostos para inibir a progressão da doença, estão os chamados condroprotetores: glucosamina, condroitina e diacereína. A glucosamina é prescrita na dose de 1.500 mg/dia, a condroitina de 800-1.200 mg/dia e a diacereína de 50 a 100 mg/dia. Apesar da controvérsia, estudos mostram que essas drogas podem melhorar a dor, a função e a progressão radiológica da osteoartrite.

O tratamento não medicamentoso engloba o controle da obesidade e os recursos de reabilitação. Na reabilitação, são orientados os conceitos de proteção articular e conservação de energia para que o paciente realize suas atividades com a menor agressão articular possível e com o melhor aproveitamento energético. Podem ser prescritos ainda os auxiliares de marcha, como bengalas e muletas, que reduzem a sobrecarga principalmente em joelhos e quadris. O uso de joelheiras pode amenizar as queixas de instabilidade articular, mas elas não devem ser usadas continuamente, pois levam à inibição muscular.

Os exercícios são elementos fundamentais na reabilitação dos pacientes com OA. Os alongamentos têm objetivo de manter a amplitude de movimento da articulação e impedir os encurtamentos ligamentares. Os exercícios de fortalecimento têm como objetivo a reversão da hipotrofia muscular e a melhora da estabilidade articular. Especificamente na OA de joelhos, é importante o fortalecimento de quadríceps e glúteos. Os exercícios aeróbicos têm objetivo de melhorar o condicionamento cardiopulmonar e o controle do peso corporal.

As cirurgias também fazem parte do arsenal terapêutico da OA de joelhos e quadril. As artroplastias são indicadas nos casos avançados, quando a dor e as limitações funcionais são incapacitantes. As próteses de joelho e quadril, em geral, têm resultados satisfatórios principalmente quando associadas à reabilitação adequada. A decisão cirúrgica deve ser avaliada caso a caso, e a participação do paciente na decisão é fundamental.