



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.P008 - Página 1/ 7	
Título do Documento	DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ARTRITES	Emissão: 18/02/2022	Próxima revisão: 18/02/2024
		Versão: 1	

1. SUMÁRIO

SIGLAS E CONCEITOS	1
OBJETIVOS.....	2
JUSTIFICATIVAS	2
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	2
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	2
HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO	2
EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS	3
TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO	5
CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO	5
CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA	6
CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA	6
FLUXOGRAMAS	6
MONITORAMENTO	6
REFERÊNCIAS	6
HISTÓRICO DE REVISÃO	7

2. SIGLAS E CONCEITOS

OA – OSTEOARTRITE

AR – ARTRITE REUMATOIDE

VHS – VELOSSIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO

PCR – PROTEINA C REATIVA

Anti-CCP (ANTICORPOS ANTIPEPTIDEOS CITRULINADOS CITRICOS)

FR- FATOR REUMATOIDE

ACR – COLÉGIO AMERICANO DE REUMATOLOGIA

EULAR – LIGA EUROPÉIA CONTRA A ARTRITE REUMATÓIDE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.P008 - Página 2/ 7	
Título do Documento	DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ARTRITES	Emissão: 18/02/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 18/02/2024

3. OBJETIVO (S)

Discutir e renovar critérios clínicos e diagnósticos (laboratoriais, radiológicos etc.) para o diagnóstico diferencial de Artrites em Adultos (a partir de 40 anos) e idosos.

4. JUSTIFICATIVAS

Melhorar e acelerar o diagnostico diferencial das artrites nesta faixa etária, a fim de otimizar o tratamento do paciente.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

5.1. Inclusão: São incluídos na aplicação deste protocolo pacientes com idade igual ou superior a 40 anos.

5.2. Exclusão: São excluídos na aplicação deste protocolo pacientes com idade inferior a 40 anos.

6. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

6.1. São responsáveis pela aplicação deste protocolo todos os médicos e residentes de área clínica que trabalhem com o público-alvo.

7. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

7.1. O principal foco deste protocolo é auxiliar no diagnóstico diferencial de dores mono ou poliarticulares em adultos, principalmente idosos. A população geriátrica é, sem dúvida, aquela que mais procura os serviços médicos com tais queixas; por esse motivo, deve ser especialmente considerada.

7.2. A osteoartrite (OA) é, de longe, a causa mais comum de artrite em idosos. A artrite reumatoide (AR) normalmente começa entre 30 e 40 anos, mas em até um terço dos pacientes ela aparece depois dos 60 anos. A polimialgia reumática também deve ser considerada nos pacientes > 50 com dor e rigidez em volta do ombro e quadril, mesmo se os pacientes tiverem artrite nas articulações periféricas (na maioria das vezes nas mãos). As artrites por depósitos de cristais (particularmente a gota) também devem ser consideradas. A artrite infecciosa aguda deve ser sempre descartada em casos de monoartrite acompanhada de sinais inflamatórios (dor, calor, eritema, edema) e febre.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.P008 - Página 3/ 7	
Título do Documento	DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ARTRITES	Emissão: 18/02/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 18/02/2024

7.3. A maioria das artrites na faixa etária >40 anos se inicia, de maneira insidiosa, como monoartrite de pequenas ou médias articulações. Poliartrite de grandes articulações se desenvolve com o tempo, e causa maiores prejuízos à mobilidade e independência. O esqueleto axial geralmente é envolvido tardiamente.

8. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

8.1. Diagnóstico de Osteoartrites:

Radiografias

OA deve ser suspeitada em pacientes com evolução gradual de sinais e sintomas, particularmente em adultos idosos. Se houver suspeita de osteoartrose, radiografias simples devem ser obtidas da maioria das articulações sintomáticas. Radiografias geralmente revelam osteófitos marginais, estreitamento do espaço articular, aumento da densidade do osso subcondral, formação cística subcondral, remodelamento ósseo e derrames articulares.

Exames laboratoriais

Os exames laboratoriais são normais na osteoartrite, mas podem ser requeridos para descartar outras doenças (p. ex., artrite reumatoide) ou para diagnosticar doença subjacente que cause osteoartrose secundária.

8.2. Diagnóstico de Artrite Reumatóide:

Exames laboratoriais

Os critérios abrangem resultados de exames laboratoriais de fator reumatoide, anti-CCP (anticorpos anti-peptídeos citrulinados cíclicos) e VHS ou Proteína C Reativa. Os pacientes devem fazer o teste de FR, radiografia de mãos e punhos e uma base radiológica das articulações afetadas para documentar mudanças erosivas.

FRs e anticorpos antigamaglobulina humana estão presentes em cerca de 70% dos pacientes com artrite reumatoide. Os anticorpos anti-peptídeos citrulinados cíclicos (anti-CCP) têm alta especificidade (90%) e sensibilidade (cerca de 77 a 86%) para artrite reumatoide, porém seu acesso é reduzido por conta do custo. Tantos anticorpos anti-CCP como FR em altas predizem um prognóstico pior.

Radiografias

Radiografia mostra somente edema nos tecidos moles durante os primeiros meses da doença. Em seguida, osteoporose periarticular, estreitamento e erosões marginais do espaço articular (cartilagem articular) podem tornar-se visíveis.

Se for diagnosticada artrite reumatoide, testes adicionais ajudam a detectar complicações e anormalidades inesperadas. Anemia normocrômica-normocítica (ou levemente

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.P008 - Página 4/ 7	
Título do Documento	DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ARTRITES	Emissão: 18/02/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 18/02/2024

hipocromia) ocorre em 80% dos pacientes. Os reagentes da fase aguda (p. ex., trombocitose, VHS alta e níveis de proteína C reativa) refletem atividade da doença. A VHS está elevada em 90% dos pacientes com a doença ativa.

Critérios para classificação da artrite reumatoide

Desenvolvidos desde 1987 pela Associação Européia de Reumatologia, esses critérios foram revisados em 2010. São os seguintes:

Figura 1 - Critérios para classificação de artrite reumatoide

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 ($\leq 3x$)	2
Fator reumatoide ou anti-CCP positivo em altos títulos ($>3x$)	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: Critérios ACR-EULAR para classificação de artrite reumatoide, 2010.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.P008 - Página 5/ 7	
Título do Documento	DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ARTRITES	Emissão: 18/02/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 18/02/2024

8.3. Diagnóstico de Artrite por deposição de cristais de urato amorfo (Gota)

Análise do líquido sinovial

Os pacientes com suspeita de artrite gotosa aguda devem ser submetidos a análise da artrocentese e do líquido sinovial na apresentação inicial, através da procura de cristais birrefringentes pontiagudos. Diagnóstico diferencial principal: Artrite Infecçiosa.

Um nível elevado de urato sérico dá suporte ao diagnóstico de gota, mas não é específico nem sensível; pelo menos 30% dos pacientes apresentam nível de urato normal durante uma crise aguda.

Radiografias

Pode-se obter radiografias da articulação atingida para procurar erosão óssea ou tofos, mas provavelmente são desnecessárias. Geralmente o diagnóstico é clínico ou pela análise de líquido sinovial.

8.4. Diagnóstico de Artrite Infecçiosa

O diagnóstico é praticamente clínico. Exame subsidiário requer análise e cultura do líquido sinovial.

8.5. Diagnóstico de Poli mialgia Reumatica

Exames incluem velocidade de hemossedimentação, hemograma completo, proteína C-reativa, níveis de TSH e CK. Em > 80% dos pacientes, o VHS está significativamente elevado, muitas vezes > 100 mm/hora, geralmente > 50 mm/hora (método de Westergren). A proteína C reativa também encontra-se aumentada.

Observação: diagnóstico de Arterite de células Gigantes. A velocidade de sedimentação das hemácias e proteína C reativa encontram-se muito altas. O diagnóstico é clínico e confirmado por meio de biópsia da artéria temporal.

9. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊ

Não se aplica.

10. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Não se aplica.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.P008 - Página 6/ 7	
Título do Documento	DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ARTRITES	Emissão: 18/02/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 18/02/2024

11. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

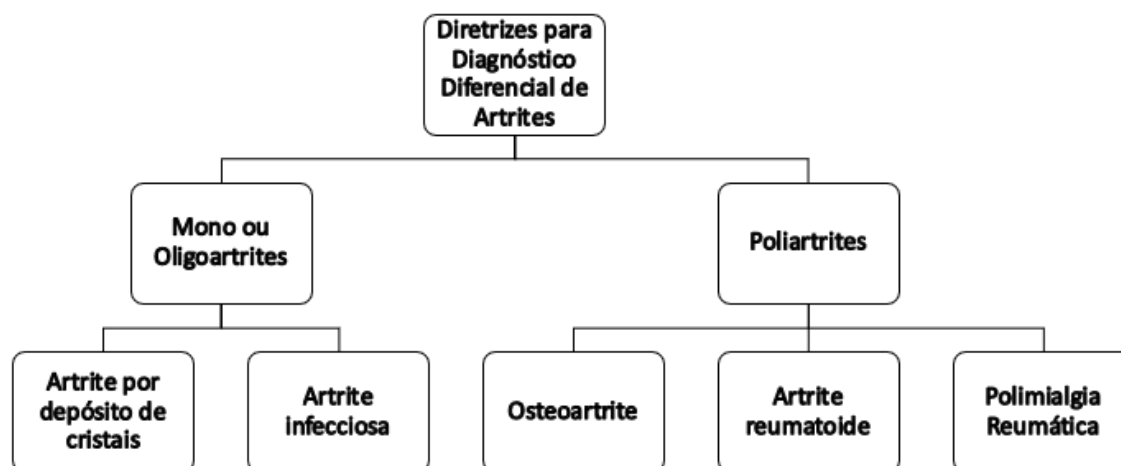
Não se aplica.

12. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

Não se aplica.

13. FLUXOGRAMAS

Figura 2 – Fluxograma de Diretrizes para Diagnóstico Diferencial de Artrites.



Fonte: UCM/HUPAA/Ebserh, 2022.

14. MONITORAMENTO

Não se aplica.

15. REFERÊNCIAS

MSD CLINICALS, Versão 2019

Protocolo Clínicos e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.P008 - Página 7/ 7	
Título do Documento	DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ARTRITES	Emissão: 18/02/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 18/02/2024

16. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1	18/02/2022	Janaína de Holanda Padilha Dantas da Silva	Intitui o protocolo de Diretrizes para Diagnóstico Diferencial de Artrites.

Elaboração: Médica da Unidade de Clínica Médica	Data: 18/02/2022
Análise: Médica Infectologista do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde	Data: 24/02/2022
Validação: Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente	Data: 24/02/2022
Aprovação: Chefe interina da Divisão Médica	Data: 24/02/2022