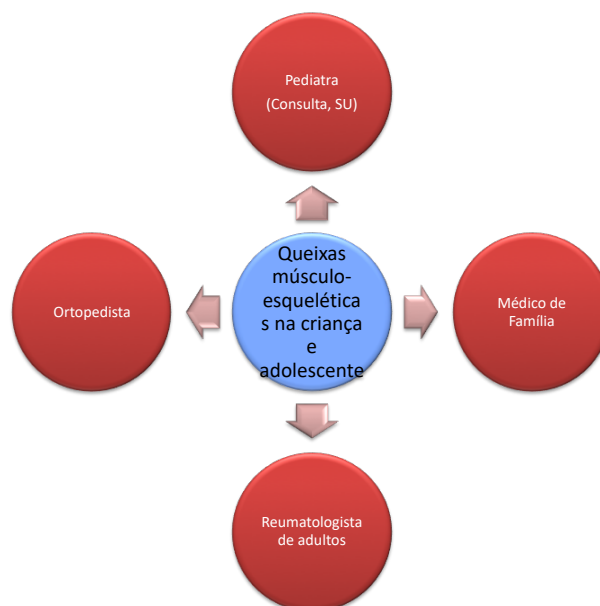


O que enviar para a Reumatologia?

Filipa Oliveira Ramos
Unidade Reumatologia Pediátrica, HSM, CHLN

XXXVIII Curso de Reumatologia - Ciência na Prática.
Fevereiro de 2018

Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, CHLN,
Rheumatology Research Unit, Instituto de Medicina Molecular, FML, Universidade de Lisboa,
Lisbon Academic Medical Centre, Portugal



Manifestações musculoesqueléticas

- Maioria benignas, auto-limitadas e relacionadas com traumatismos
- No entanto.... Podem ser manifestações iniciais de AIJ ou de situações potencialmente muito graves como neoplasias, infeção, vasculite...
- manifestação de DII, doenças metabólicas....



DOR MUSCULOESQUELÉTICA

INTENSA

- Infecção
- Artrite reativa
- Doença soro-like
- Doença maligna
- Neuropatias periféricas
- Dor regional complexa
- Depressão, simulação (ganho secundário)

LIGEIRA a MODERADA

- Artrites idiopáticas juvenis
- Lupus
- DMJ
- Outras conectivites

DOR EM REUMATOLOGIA

- A dor ME isolada, na ausência de outros sinais ou sintomas, é pouco frequente na apresentação das AIJs.

“... ≈ 25% das crianças com AIJ oligoarticular **NÃO têm dores** ou comportam-se como **não tendo dores**, observando-se apenas a tumefação articular”.

Woo P, Laxer RM, Sherry DD. Pediatric Rheumatology in Clinical Practice. 2007



Rafael, 7 anos, AIJ Poliarticular



A abordagem clínica da Criança com queixas articulares baseia-se fundamentalmente na:

■ ANAMNESE E EXAME OBJECTIVO



Queixas possíveis

- Dor

Articular	Ritmo inflamatório
Óssea	Ritmo mecânico
Tendinosa	Dor contínua
Muscular	
Indefinida	
- Deformação
- Claudicação da marcha
- Outra repercussão funcional



Manifestações Extra-Articulares

- Estado geral: febre, astenia, anorexia, paragem de crescimento, emagrecimento
- Cutâneo-mucosas
- Oculares
- Cardíacas
- Vasculares
- Pleuro-pulmonares
- Gastro-intestinais



Chave para o diagnóstico

Exame Objectivo Reumatológico

- Estática articular e marcha
- Mobilidade articular activa e passiva
- Palpação articular
- Palpação das massas musculares e tecidos sub-cutâneos adjacentes a zonas dolorosas
- Exame neurológico sumário

www.arthritisresearchuk.org/video-resources/pgals



Quando avaliar ?

- Dor musculoesquelética (artralgia, mialgia, dor óssea)
- Febre
- Claudicação
- Atraso ou regressão no desenvolvimento motor
- Doença crónica com possível associação a manifestações reumáticas
- Criança “desajeitada”, “trapalhona” na ausência de doença neurológica



Quando suspeitar de doença reumática inflamatória?

- Dor de ritmo inflamatório
- Rigidez articular
- Alteração funcional para as AVD – ex brincadeiras, escrita, regressão das capacidades adquiridas
- Alteração do comportamento – irritabilidade, perturbação sono

Ausência de dor não exclui artrite!



Sinais de Alarme!



- Febre
- Manifestações constitucionais
- Linfadenopatia, hepatoesplenomegalia
- Dor óssea
- Despertares noturnos
- Incongruência entre a hx e o exame objetivo

Manifestações musculoesqueléticas nas crianças – causas graves!

- Artrite Séptica
- Artrite Idiopática Juvenil
- Lupus Eritematoso Sistémico, DMJ
- Vasculites
- Neoplasias : LLA, osteosarcoma, sarcoma Ewing, rabdomiosarcoma

Monoartrite

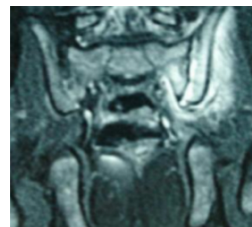
Suspeitar sempre de Artrite Infecciosa!

Caso esta não se confirme, poderá tratar-se de:

- AIJ
- ...
- LES
- Outras DDTC ou vasculites
- ...

Caso Clínico 1

- Beatriz, 3 anos, natural de Portel
- Coxalgia + febre há 2 semanas
- Elevação parâmetros lab inflamatórios, sem leucocitose
- Hepatomegalia ligeira
- Rx, RMN – SI unilateral
- Diagnóstico de AIJ -> iniciam PDN 1mg/Kg



Caso Clínico 1

Referenciação para Reumatologia Pediátrica



Culturas, serologias, biópsia

Sacroileíte Brucélica

Caso Clínico 2

- Alexandre, 8 anos, 3º ano, joga futebol
- Dor e tumefacção do joelho direito, com importante limitação funcional, com 2 dias de evolução.
- Na véspera do aparecimento dos sintomas queda no treino de futebol ("semelhante às anteriores"), com traumatismo do joelho
- Recorre ao SU de Ortopedia



NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE ORTOPEDIA



- Medicado com Ibuprofeno
- Imobilização do joelho
- Marcha com canadianas
- ALTA

RE-AVALIAÇÃO EM C. DE ORTOPEDIA

- Sem melhoria
- Mantinha artrite do joelho direito
- Bloqueio na extensão do joelho

RMN JOELHO DIREITO - foco osteocondral traumático estável envolvendo o côndilo femoral externo na vertente mais posterior.

Exuberantes sinais de sinovite com significativo espessamento sinovial.



ARTROSCOPIA DO JOELHO

• Descrição operatória

Rotura complexa do corno posterior do menisco interno, lesão superficial do condilo interno. Abundantes coágulos fibrosados.

Sinovite extensa.

Foi feita regularização do menisco interno, regularização da cartilagem e remoção dos coágulos fibrosados.

ALTA COM INDICAÇÃO PARA MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

3 meses
depois.....

Artrite do joelho esquerdo



CONSULTA DE REUMATOLOGIA

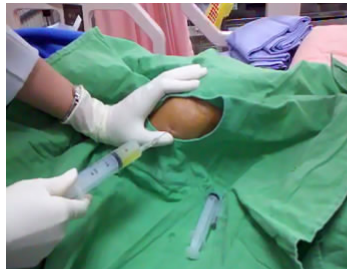


EXAME OBJECTIVO

- **Marcha apenas possível com o auxílio de canadianas**
- Hemodinamicamente estável
- Eupneico
- Mucosas coradas e hidratadas
- Sem alterações cutâneas, sem adenopatias palpáveis
- Orofaringe sem alterações
- AC-s1+s2 rítmico, sem sopros ou extrassons
- AP- MV mantido bilateralmente sem ruídos adventícios
- Abdómen – sem alterações
- **Artrite de ambos os joelhos**
- **Flexo de 45º à direita**



SINOVECTOMIA QUÍMICA



Hexacetonido de triancinolona – 1mg/kg/peso



MELHORIA FRANCA



Quem deve ser referenciado à Reumatologia pediátrica ?

Toda a criança/jovem com suspeita de:

- Doença reumática inflamatória (AIJ, LES, DMJ...)
- Queixas musculoesqueléticas inexplicáveis
- Queixas musculoesqueléticas no contexto de outras doenças não reumáticas
- Doenças auto-inflamatórias (s. febril recorrente)
- Doenças ósseas-metabólicas: hx de fraturas recorrentes...



SAI – quando suspeitar

- **Febre periódica: três ou mais episódios de febre em 6 meses**, de duração variável, **sem causa conhecida** (infecciosa, neoplásica ou imunomediada) com intervalos de apirexia de pelo menos 7 dias.
- Associada a:
 - *Rash*
 - pustulose generalizada; *pyoderma gangrenosum*
 - artralgias / mialgias
 - dor abdominal intensa
 - Linfadenopatias cervicais e/ou esplenomegalia moderada
 - faringite/amigdalite; aftas orais
- Sintomas similares e previsíveis em cada episódio
- Assintomáticos entre os episódios
- Parâmetros laboratoriais de inflamação presentes nos episódios
- História familiar



E os exames complementares de diagnóstico?

Diagnóstico em Reumatologia Pediátrica

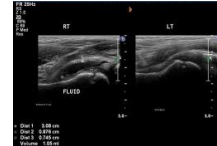
- ✓ 85% história clínica
- ✓ 10% exame físico
- ✓ 5% exames laboratoriais



E os exames complementares de diagnóstico?

São MESMO, mesmo “complementares”!

■ Solicitados criteriosamente



■ Avaliados sempre dentro do contexto clínico !



LISBON ACADEMIC
MEDICAL CENTRE

Take home messages



- Sinais de alarme em Reuma ped → diagnóstico precoce!
- Identificação de situações potencialmente graves e referenciar a centros com experiência.
- Avaliação inicial de uma criança com queixas musculoesqueléticas deve assentar na exclusão de infeção, trauma neoplasia

LISBON ACADEMIC
MEDICAL CENTRE

Take home messages



- Persistência de queixas mesmo que pareçam benignas devem ser um sinal de alerta e motivar referenciação.
- Não existem testes laboratoriais que indiquem a presença de artrite. O diagnóstico é baseado no exame físico.
- Referenciação mandatória: persistência de queixas musculoesq. sem causa definida, sinais inflamatórios articulares, sintomas sistémicos, incapacidade funcional e sempre antes de mascarar a situação com corticosteróides!



Obrigada!

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NOROESTE, EPE

