

Roteiro do exame osteoarticular

Laís Moreira Lopes e Márcia Sales

Anamnese

- Sexo: algumas doenças prevalecem em mulheres (lúpus 9:1, artrite reumatóide 5:1) e outras em homens (gota, espondilite anquilosante 9:1).
- Idade: algumas doenças prevalecem na infância e juventude (febre reumática, artrite reumatóide, e lúpus), outras mais comuns em idosos (osteoartrite, polimialgia reumática, arterite temporal).
- História de trauma e movimentos repetitivos: traumas, movimentos repetitivos e determinadas profissões podem precipitar certas doenças como osteoartrite secundária, bursite, tendinite, etc.
- História familiar: história de doença autoimune na família?
- História da doença atual:
 - ✓ Indagar causas precipitantes dos sintomas (traumas, infecção passada, exposição ao sol, temperatura).
 - ✓ Análise de DOR ARTICULAR: quadro a seguir

| | | |
|------------------------|---|--|
| Topografia | Punho, MCF, IFP, IFD, cotovelo, ombro, coluna, ATM, quadril, joelho, tornozelo, MCF, IFP, IFD, músculo, enteses | Especificar exatamente as articulações acometidas, irradiação e se a dor está localizada nos músculos ou enteses. |
| | Fixa | |
| | Migratória | |
| | Somatória | |
| Numero de articulações | Axial | Ex.: Gota e artrite séptica |
| | Periférica | |
| | Bilateral/Simétrica | |
| | Assimétrica | |
| Numero de articulações | Monoarticular | Ex.: Gota e artrite séptica |
| | Oligoarticular | 2 a 4 Ex.: espondiloartrite |
| | Poliarticular | 5 ou mais Ex.: Artrite reumatóide, Lúpus e febre reumática. |
| Padrão | Inflamatório | Dor ocorre mais pela manhã, melhora com movimento, perturba o sono, rigidez de longa duração e sinais flogísticos. |
| | Mecânico | Dor piora ao longo do dia, piora com movimentos e tem rigidez de curta duração. |
| Tempo | Aguda | Até 2 semanas |
| | Subaguda | 2 a 6 semanas |
| Evolução | Surtos | As crises de dor são intermitentes com períodos de remissão completa, como na gota. |

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------|---|
| | Surtos de agudização | A dor é praticamente constante, mas ocorrem períodos de piora da dor, como na artrite reumatóide. |
| Manifestações sistêmicas associadas | Úlceras orais | Lúpus, doença de Behçet. |
| | Úlceras orais e vaginas | Doença de Behçet |
| | Lesões cutâneas | Dermatomiosite, artrite psoriática, lúpus. |
| | Fenômeno de Raynaud | Esclerodermia, lúpus |
| | Uveíte | Artrite reativa, espondilite anquilosante, artrite enteropática, doença de Behçet, sarcoidose, poliangeíte granulomatosa (Granulomatose de Wegener) |
| | Uretrite | Artrite reativa, artrite gonocócica. |
| | Xeroftalmia e xerostomia | Síndrome de Sjögren |

Obs.: ARTRITE: Inflamação articular, 2 ou mais dos seguintes sinais: dor, calor, edema e eritema. Ex.: dor e edema

ARTRALGIA: dor articular.

Exame físico

Inspeção

- ✓ Comparar articulações e grupos musculares à procura de assimetrias e atrofia.
- ✓ Observar se há lesões de pele.
- ✓ Edema: sinal inflamatório. Aumento generalizado da articulação indica aumento de líquido sinovial. Edema periarticular indica inflamação de bainha de tendão. Edema de tecidos moles tende a ser mais difuso. Edema bem definido sobre proeminência óssea indica inflamação de bursa subcutânea.
- ✓ Cor: a inflamação aguda da articulação pode causar cor eritematosa sobre a articulação
- ✓ Deformidades: a inflamação e artrite crônica alteram a anatomia e desalinha articulações.
- ✓ Atrofia muscular: pode indicar uma consequência da inflamação articular ou miosite.

Palpação

- ✓ Hipersensibilidade: comprimir todas as articulações e grupos musculares para avaliar aparecimento de dor.
 - ❖ Melhora da dor no movimento passivo (provocado pelo examinador) indica periartrite (tendinite, bursite).
 - ❖ Geralmente quando a dor ocorre no movimento passivo e ativo a dor se origina de estruturas articulares.
- ✓ Avaliação de edema: palpar interfaces articulares (expor limites articulares). Edema sinovial tem consistência de bola de borracha enquanto a hipertrofia sinovial é mais consistente. Inflamação de bainha de tendão tem edema mole ao longo do tendão. Osteófitos induzem hipertrofia óssea típica dos nódulos de Heberden (IF distal) e Bouchard (IF proximal).
- ✓ Temperatura: avaliar com o dorso das mãos comparando com articulação simétrica e musculatura adjacente (a temperatura de área muscular é sempre maior que uma articulação normal).
- ✓ Crepitação: Mobilidade articular pode produzir estalidos ou sensação de quebra à palpação conhecido como crepitação. Ocorre quando há degeneração de cartilagem, na osteoartrite por exemplo. Inflamação também pode causar crepitação.

Amplitude de movimento

- ✓ Avaliar movimento passivo e ativo. Cada articulação
- ✓ Atentar para limitação de movimento que pode indicar lesão de estruturas.
- ✓ Atentar para movimentos mais amplos que o normal que pode indicar déficit de estrutura de sustentação ou deslocamento de articulação.

Avaliação neurológica

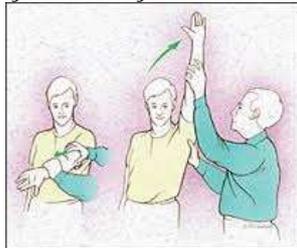
- ✓ Exame de força (miopatias)
- ✓ Exame de sensibilidade
- ✓

Ombro

- ✓ O ombro pode ser sede de dor referida de outras regiões, como coluna cervical, pulmão, coração e vesícula biliar.
- ✓ Referência a formigamento na mão geralmente indica problemas da coluna cervical, mas pode ser decorrente de um episódio agudo de instabilidade glenoumeral, ou ainda de uma luxação acromioclavicular com compressão do plexo braquial.
- ✓ Dor e limitação importante de movimentos são sintomas da capsulite adesiva e da tendinite calcárea na fase aguda.
- ✓ Nas lesões do manguito rotador, a dor acentua-se no arco doloroso, diferente dos quadros de instabilidade, em que a dor ocorre nos extremos do movimento.
- ✓ Fraqueza muscular pode indicar lesões do manguito ou do plexo braquial.
- ✓ Rigidez articular pode indicar ombro congelado

Avaliação de tendinite de supra-espinhoso:

Teste de Neer: Dor desencadeada por elevação e rotação interna do braço no plano escapular.

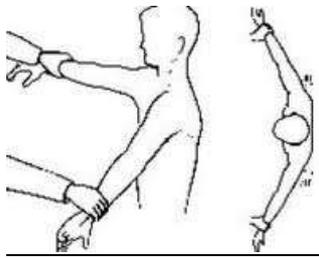


Teste de Hawkins: Estabilizar ombros com uma das mãos, braços e cotovelos fletidos a 90° à frente, teste positivo quando há dor ao puxar o antebraço para baixo.



Avaliação de rotura supra espinhal

Manobra de Jobe: Paciente se coloca a frente do examinador com membros superiores em extensão, à 30 graus de flexão anterior e 90 graus de abdução, e em rotação interna com os polegares voltados para baixo. O examinador oferece uma força de abaixamento dos membros contra resistência do paciente. A fraqueza para resistir ao movimento e dor na face ântero-externa do ombro sugere tendinite do supra-espinhoso. A incapacidade de resistir a qualquer força exercida pelo examinador sugere ruptura.



Avaliação de tendinite de subescapular

Teste de Gerber: coloca-se o ombro a ser examinado em extensão e rotação interna com a mão no dorso (cotovelo a 90°). A seguir, solicita-se ao paciente que abra distância entre mão e dorso. A incapacidade de realizar a manobra indica tendinite subescapular.



Mãos

- ✓ Observar presença de deformidades fixas como na artrite reumatóide, osteoartrite e artrite psoriática e deformidades redutíveis (artropatia de Jaccoud) como no lúpus e febre reumática.
- ✓ Interfalangianas acometidas por osteoartrite são chamadas de:
Nódulos de Bouchard: IFP
Nódulos de Heberden: IFD
- ✓ Rizoartrose: MCF do primeiro dedo acometida por osteoartrite.
- ✓ Tipos de deformidades fixas da artrite reumatóide: Dedo em pescoço de cisne, dedo em abotoeira e desvio ulnar.

Avaliação de edema IF:



Avaliação de edema MCF:



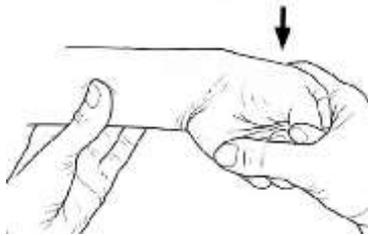
Punho

Avaliação de edema em punho:



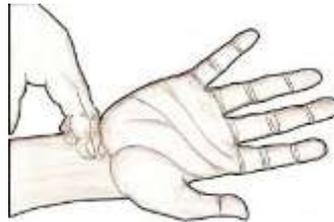
Avaliação de tendinite de DeQuervain

Teste de Finkelstein: cerrar o punho cobrindo o polegar com os outros dedos, desviar punho em direção ulnar. Teste positivo quando ocorrer dor na lateral do punho.

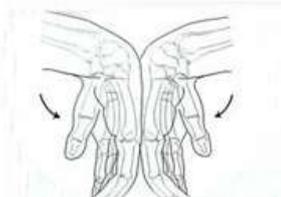


Avaliação de síndrome do túnel do carpo:

Sinal de Tinel: percussão do nervo mediano no seu retináculo do ligamento carpal a presença de dor ou parestesia no trajeto do nervo mediano (1°, 2°, 3° e face radial do 4° dedo) indicam teste positivo.



Sinal de Phalen: dor e parestesia ao se fletir totalmente os dois punhos por 1 minuto.



Joelho

- ✓ observar alterações de arquitetura: valgo, varo, recurvados e flexos (podem ser causa de dor articular)
- ✓ observar presença de tumefação difusa que pode ter origem líquida (derrame articular) ou óssea.

Teste de Apley: para distinguir lesões capsulares ou ligamentares. Doente em decúbito ventral e joelho fletido a 90 graus, o examinador imprime uma rotação interna ou externa na perna, acompanhada primeiro de uma tração para cima, e depois de uma pressão para baixo. Quando surge dor ao tracionar para cima a lesão é capsular ou ligamentar, quando para baixo a lesão é meniscal.



Avaliação dos ligamentos cruzados:

Teste da gaveta: Doente em decúbito dorsal com a coxa fletida a 45 graus e os joelhos a 90 graus. O examinador senta-se sobre o pé do doente que deve estar bem apoiados, e em seguida com as mãos na extremidade superior da tíbia, traciona-a de trás para frente e de frente para trás. Quando a tíbia desliza de trás para diante há lesão do ligamento cruzado posterior, e quando desliza em sentido oposto, há lesão do ligamento cruzado anterior.



Avaliação de líquido intra-articular:

Comprimir a bolsa sub-quadricipital, e com o indicador da outra mão pesquisar o choque da rótula.

