

Ultrassonografia em portadores de artrite reumatoide: o que o reumatologista clínico deve saber

Carlos Frederico Arend¹

RESUMO

Recentemente, a ultrassonografia vem ganhando prestígio como método adjuvante no diagnóstico e no acompanhamento terapêutico da artrite reumatoide, embora a radiografia ainda seja a modalidade de imagem tradicionalmente utilizada em larga escala com esses propósitos. O grande trunfo do estudo ultrassonográfico, que vem motivando pesquisas entusiastas na área, reside em sua capacidade de detectar sinovite e erosão óssea em fase pré-radiográfica, o que tem sido cada vez mais valorizado na prevenção do dano estrutural tardio e definitivo. Por ser um assunto relativamente novo, vários artigos científicos vêm sendo publicados em anos recentes sobre as potenciais aplicações da ultrassonografia em portadores de artrite reumatoide, alguns voltados a pesquisadores, outros voltados ao reumatologista clínico. O objetivo deste artigo é depurar a bibliografia atualmente disponível e descrever apenas os conceitos de aplicabilidade prática na rotina diária do reumatologista clínico.

Palavras-chave: ultrassonografia, artrite reumatoide, revisão, ultrassonografia Doppler.

© 2013 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide (AR) é uma poliartrite periférica, crônica, simétrica e multifatorial, com prevalência estimada em 1% da população, que tem como estrutura-alvo do ataque autoimune a membrana sinovial. Boa parte dos pacientes apresenta um curso cíclico de remissão e recidiva clínica da doença, que tende a resultar em progressiva destruição e deformidade articular. A radiografia vem sendo o método historicamente utilizado na busca dos critérios diagnósticos de imagem e no acompanhamento dos pacientes, embora os achados radiograficamente demonstráveis, como redução do espaço articular, subluxação ou erosão óssea, representem modificações em fase irreparável de dano anatômico, o que não condiz com a recente ênfase da literatura reumatológica no rastreamento e tratamento precoce, que visam abortar a progressão para alterações irremediáveis de deformidade tardia.¹ A base teórica que motiva cada vez mais a busca pelo diagnóstico precoce se detém na demonstração de maior atividade metabólica em estágios iniciais da doença,² o que é uma importante janela de oportunidade para prevenção do dano

estrutural definitivo. A ultrassonografia possibilita acompanhamento específico desse grupo de pacientes, ao demonstrar modificações pré-radiográficas em fase ainda reversível ou mesmo alterações já irreversíveis, ainda de pequena monta. Como alternativa, a ressonância magnética também é capaz de detectar as modificações iniciais da doença, porém com suas inerentes limitações de custo e disponibilidade (Tabela 1).

Por se tratar de assunto relativamente novo, vários artigos científicos vêm sendo publicados em anos recentes sobre as potenciais aplicações da ultrassonografia em portadores de AR, alguns voltados a pesquisadores, outros voltados ao

Tabela 1

Comparação entre diferentes métodos de diagnóstico por imagem na capacidade de detectar algumas das anormalidades mais comuns em portadores de artrite reumatoide inicial

	Radiografia	Ultrassonografia	Ressonância magnética
Edema ósseo	—	—	+++
Sinovite	+	++	+++
Erosão óssea ³⁹	+	++	++

— ausente / + baixa / ++ média / +++ elevada

Recebido em 08/11/2011. Aprovado, após revisão, em 26/11/2012. O autor declara a inexistência de conflito de interesse.

Radimagem Diagnóstico por Imagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

1. Médico Radiologista, Radimagem Diagnóstico por Imagem, Porto Alegre, RS, Brasil

Correspondência para: Carlos Frederico Arend. Cristóvão Colombo, 1691. CEP: 90560-001. Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: carlos_arend@hotmail.com

reumatologista clínico. O objetivo deste artigo é depurar a bibliografia atualmente disponível e descrever apenas os conceitos de aplicabilidade prática na rotina diária do reumatologista clínico.

A ULTRASSONOGRRAFIA NA AVALIAÇÃO DA SINOVITE

A sinovite, seja ela proliferativa ou exsudativa, é a alteração mais precoce passível de graduação ultrassonográfica. Sua quantificação pelo exame em escalas de cinza usualmente utiliza uma escala semiquantitativa, com três níveis de intensidade, que indicam leve, moderada ou exuberante alteração sinovial^{3,4} (Figura 1).

Na imagem, a sinovite proliferativa se manifesta com distensão da cápsula articular por tecido hipocogênico, pobremente compressível, que inicialmente tende a se estabelecer nas articulações metacarpofalângicas, metatarsofalângicas

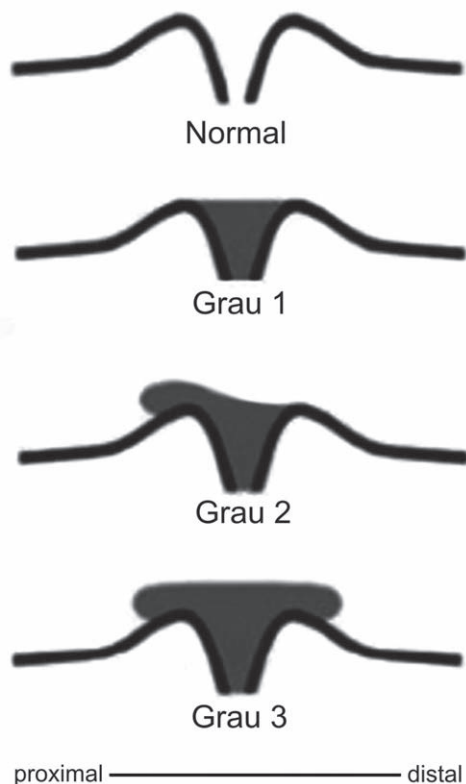


Figura 1
Graduação da sinovite nas articulações metacarpofalângicas, metatarsofalângicas e interfalângicas pela ultrassonografia. Note que a sinóvia normal é imperceptível. A distensão da cápsula articular ocorre inicialmente em sentido proximal e só progride distalmente em casos mais severos. Modificada de Fernandes *et al.*⁴⁰

ou interfalângicas proximais (Figura 2, A e B). A pesquisa de eventual vascularização da sinóvia ao estudo Doppler colorido ou de potência é um dado complementar muito útil no monitoramento terapêutico, visto que há hiperfluxo durante fase ativa da doença. Além disso, a análise espectral do fluxo patológico revela padrão de baixa resistência em fase aguda ativa e elevada resistência em fase crônica ativa⁵⁻⁸ (Figura 2, E, F e G). O ponto de corte dos diversos índices quantitativos para caracterizar alta ou baixa resistência é atualmente controverso e objeto de muito estudo na literatura, ainda que um fluxo diastólico nulo ou reverso seja seguramente indicador de alta resistência.

Embora a diferenciação entre sinovite proliferativa e sinovite exsudativa (derrame articular) possa ser realizada exclusivamente por meio de escalas de cinza em equipamentos de última geração (Figura 3, A, B e C), na maior parte dos casos a principal pista diagnóstica é a compressibilidade do líquido (Figura 3, D, E e F). A presença de ínfima quantidade de líquido no recesso plantar ou dorsal das articulações metatarsofalângicas é um achado normal, que não deve ser tomado como patológico.

A sinovite na articulação radioulnar distal, geralmente estendendo-se de forma generosa ao redor do processo estilóide da ulna e de demais estruturas contíguas, é tão característica que chega a ser considerada patognomônica de AR (Figura 4, A e B). A modificação é usualmente, mas nem sempre, bilateral. Na face dorsal das articulações intercarvais, o achado é igualmente considerado típico (Figura 4, C e D). A sinovite pode acometer também as bainhas sinoviais. De fato, a análise histopatológica da bainha tendínea sinovial revela incrível semelhança com a sinóvia articular em portadores de AR, incluindo hiperplasia das células de revestimento e infiltração de leucócitos, sobretudo células T CD4+ e macrófagos CD68+. Assim, é sensato manter o diagnóstico diferencial aberto para a artropatia inflamatória sistêmica ao observar sinovite em bainhas exóticas, raramente associadas ao trauma ou sobreuso, como a do flexor longo do polegar (Figura 4, E e F), extensor ulnar do carpo e flexor radial do carpo (Figura 4, G e H). Distalmente, as bainhas mais acometidas são as dos tendões extensores do segundo e terceiro quirodáctilos.¹⁰⁻¹² Sinovite na bainha dos tendões que transitam no antepé é rara e também usualmente associada com artropatia inflamatória sistêmica, seja na loja flexora (Figura 4, I e J) ou extensora (Figura 4, K e L).

A ultrassonografia pode ser utilizada para avaliar a resposta ao tratamento, em busca de redução do grau de sinovite pelo exame em escalas de cinza e/ou da vascularização sinovial pelo exame Doppler colorido ou de potência.¹³ Vários escores

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3327211>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3327211>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)