



Polimialgia reumática e arterite temporal

Resumo de diretriz NHG M92 (fevereiro 2010)

Hakvoort L, Dubbeld P, Ballieux MJP, Dijkstra RH, Meijman HJ, Weisscher PJ, Willemse BG, Eizenga WH

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



Conteúdo

- Diagnóstico
 - Anamnese
 - Exame físico
 - Exames complementares
 - Avaliação
- Conduta
 - Orientação
 - Medicação
 - Acompanhamento
- Controle e encaminhamento

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Diagnóstico

Anamnese

Verificar em suspeita de polimialgia reumática (PMR):

- dor no pescoço, ombro e/ou ancas, rigidez matinal, gravidade, impacto na vida cotidiana;
- duração dos sintomas.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Averiguar sintomas que podem indicar arterite temporal (AT):

- dor de cabeça recém-desenvolvida, mono- ou bilateral;
- dor ao mastigar, dor ao pentear os cabelos;
- problemas de visão: a perda parcial ou total do campo visual, diminuição rápida da visão, uni- ou bilateral, transitória ou permanente, visão dupla.

Para outras possíveis causas dos sintomas prestar atenção a:

- presença de inchaço nas articulações e bainhas dos tendões (artrite reumatóide);
- temperatura (infecção);
- mal estar, perda de apetite, perda de peso, dor nas costas, tosse (malignidade, hipotireoidismo);
- curso dos sintomas (infecção, neoplasia, queixas músculo-esqueléticas não específicas);
- uso de estatinas, fraqueza muscular (miopatia).

Exame físico

- exame de movimento ativo do pescoço, ombros, quadris: averiguar dor e limitações. Considere miopatia em força diminuída;
- sensibilidade nas cápsulas articulares do joelho, articulações dos punhos, mãos e dedos, inchaço em torno de articulações de dedos/mãos: considerar artrite reumatóide.
- dor ou inchaço na palpação da artéria temporal, presença de pulsações da artéria temporal.

De acordo com as conclusões de anamnese e exames físicos, realizar exames físicos mais abrangentes com foco em outras causas.

Exames complementares

Determine a VHS e realizar em VHS elevada exames de sangue adicionais:

- hemograma (doenças infecciosas, neoplasias);
- TSH;
- proteína total e espectro de proteína (mieloma múltiplo);
- creatina quinase (miopatia com estatinas, poli-/dermatomiosite).

A anamnese e o exame físico podem dar uma indicação para mais exames complementares.

Avaliação

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Excluir doenças comuns que podem ter uma apresentação semelhante a PMR:

- artrite reumatóide (para sinais clínicos, consultar diretriz *Artrite*);
- hipotireoidismo.

Considere, também, se outras condições podem explicar o quadro: doenças infecciosas, neoplasia maligna, queixas tendino-artrógenas de pescoço, ombros e ou ancas, miopatia, dor músculo-esquelética não-específica (ver texto integral).

Quando os sintomas não puderem ser razoavelmente explicados por qualquer outra causa, estabelecer o diagnóstico PMR em pacientes com mais de 50 anos com:

- dor bilateral no pescoço e ombro e/ou região das ancas com limitações em movimentos, e
- queixas que, à partir do início dos primeiros sintomas, duram mais de quatro semanas, e
- com rigidez matinal > 60 minutos, e
- com VHS > 40 mm/h.

Conduta

Orientações

- Transtorno com causa desconhecida, onde o tratamento consiste em glicocorticóides durante um a dois anos.
- Controles regulares são necessárias, glicocorticóides nunca devem ser interrompidos subitamente.
- Entrar em contato em caso de febre ou sintomas de arterite temporal: dor de cabeça desconhecida ou perda aguda de visão, cegueira (unilateral e, por vezes, de curta duração) ou visão dupla.

Medicação

Tratar PMR com prednis(ol)ona, dosagem de acordo com a tabela.

Tabela Dosagem de prednis(ol)ona

momento à partir do início do tratamento	dosagem
semana 0-4	1 vez ao dia 15 mg
semana 4-8	1 vez ao dia 12,5 mg

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

semana 8-12	1 vez ao dia 10 mg
à partir da semana 12	guiada pela redução das queixas, redução gradual lenta da dosagem. ¹
recaída	aumentar a dose, se as queixas retornarem ou no aumento de VHS, para a dosagem onde as queixas estavam ausentes ou aceitáveis e tentar reduzir a dose novamente após quatro semanas.

Acompanhamento

Realizar controle após 1-4 semanas, e também 1-4 semanas após cada mudança de dose.

- Avaliar em comparação com o controle anterior:
 - sintomas: dor, rigidez e limitação dos movimentos;
 - novos sinais ou sintomas, condizentes a um diagnóstico alternativo;
 - o uso da medicação: efeitos colaterais, a ingestão adequada.
- Determine VHS quatro semanas após o início do tratamento e controlar esta sempre uma a quatro semanas após cada mudança de dose. Reconsiderar o diagnóstico e sugerir mudança no esquema de redução se a VHS aumentar.
- Determinar a glicose em jejum antes do início do tratamento e após três a sete dias.
- Controlar no início do tratamento, a pressão arterial em intervalos regulares.

Consulta e encaminhamento

Encaminhar em:

- diminuição aguda de visão, (total ou parcialmente) a perda de visão ou visão dupla, *com emergência* para o oftalmologista;
- suspeita de arterite temporal, a um reumatologista/internista *no prazo de 24 horas*;
- em efeitos colaterais graves ou contra-indicação para o uso a longo prazo de glucocorticóides, para o reumatologista/internista para um possível tratamento com metotrexato.

Encaminhar ou consultar um reumatologista/internista:

- na ausência de melhoria clínica após uma semana de tratamento;
- se após 4 semanas não houver melhora clínica evidente e a VHS não diminuir;
- na reincidência frequente (mais do que duas vezes por ano);
- não impossibilidade de redução do glicocorticóide;
- em caso de dúvida sobre o diagnóstico.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Notas do tradutor

1. No texto original é feita referência a esquema de redução de prednisona durante 3 meses. Esse esquema pode ser acessado (sem tradução para o português, visto que trata-se principalmente de dosagens) à partir do seguinte link:

https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/standaard/voorbeeldschema_afbouw_prednisolon.pdf