



PROVAS REUMÁTICAS

O objetivo do médico ao solicitar exames laboratoriais para um doente reumático é de auxiliar no diagnóstico precoce da doença em questão. O número de auto-anticorpos para o diagnóstico de doenças sistêmicas ou órgão-específicas tem aumentado progressivamente. Temos hoje uma variedade de padrões que pode ser resultado da ligação de vários auto-anticorpos distintos, de um número restrito deles, ou até mesmo de um único auto-anticorpo. Esses padrões têm grande importância, podendo direcionar o raciocínio clínico e a investigação laboratorial adicional. Assim, o diagnóstico em Reumatologia depende primariamente das formas de apresentação dos mais de cem tipos distintos de doenças reumáticas e do laboratório que auxilia a referendar ou efetuar a hipótese diagnóstica.

PROTEINA C REATIVA

Tradicionalmente a quantificação da PCR é usada para monitorar processos inflamatórios e diferenciar: infecções virais das bacterianas, pois a segunda leva a uma concentração muito mais elevada dessa proteína; doença de Crohn (PCR elevada) da retocolite ulcerativa (PCR baixa); artrite reumatóide (PCR elevada) do lúpus eritematoso sistêmico sem complicações (PCR baixa). Níveis elevados têm sido reportados em pacientes com doença arterial coronariana. Para a avaliação do risco cardíaco solicitar proteína c reativa ultra sensível.

FATOR REUMATÓIDE

O fator reumatóide é um auto-anticorpo, da classe IgM, dirigida contra IgG. É classicamente utilizado no diagnóstico da Artrite Reumatóide (AR), entretanto, algumas considerações devem ser realizadas na interpretação de seu resultado: FR é positivo em 5 a 10% da população saudável e em 25% dos indivíduos maiores de 70 anos; doenças que cursam com aumento de gamaglobulinas podem causar falso-positivos biológicos (LES, S. Sjogren; artrite reativa; gota, pseudogota, esclerodermia, polimiosite e polimialgia reumática); está presente em 10 a 40% dos portadores de infecções crônicas (sífilis, lepra, brucelose, tuberculose, malária, esquistossomose, tripanossomiase, hepatite viral, doença freqüente crônica e endocardite). FR é negativo em 1/3 dos pacientes com AR. É positivo em menos de 50% dos casos de AR nos primeiros 6 meses de doença, onde sua associação com o anti-CCP pode ser útil.

ANTIGENOS HLA

Os antígenos HLA são produtos dos genes do complexo maior de histocompatibilidade. Alguns destes antígenos estão relacionados à presença de determinadas doenças. A associação mais freqüente é a da espondilite anquilosante com o antígeno HLA-B27. O HLA-B27 está presente em mais de 90% dos indivíduos de raça branca acometidos por esta doença. A pesquisa apresenta igualmente um interesse para prever os riscos de transmissão da doença aos seus descendentes. Aumento na incidência do antígeno HLA-B27 tem sido relatado na síndrome de Reiter, uveíte anterior, artrite reativa e artrite psorítica. Este antígeno não é um marcador da doença, uma vez que esta presente em aproximadamente 10% dos indivíduos normais. O resultado deve ser analisado associado aos achados clínicos e radiológicos sugestivos destas doenças.

ANTI-CCP

Teste útil no diagnóstico da Artrite reumatóide (AR). A citrulina (Cyclic Citrullated Peptide) é um aminoácido resultante de modificação da arginina. Anticorpos dirigidos contra a citrulina (anti-CCP) são encontrados em pacientes com AR. Este teste apresenta especificidade para a AR maior que o fator reumatóide. Nos pacientes com AR de início recente é importante ferramenta para o diagnóstico precoce, predizendo evolução mais agressiva da AR. A determinação conjunta com o fator reumatóide determina especificidade próxima de 100% para o diagnóstico da AR.

ANTICORPOS ANTI-DNA

Auto-anticorpos contra DNA são encontrados em cerca de 40 a 70% dos pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES) ativo. Sua presença está relacionada com maior probabilidade de acometimento renal. O anti-DNA é encontrado no LES e sua presença é um dos critérios da ACR (American College of Rheumatology) para o seu diagnóstico. Porém, não é específico, podendo ocorrer com baixos títulos na artrite reumatóide (AR), hepatite crônica ativa, lupus induzido por drogas, Síndrome de Sjogren, doença mista do tecido conjuntivo, miastenia gravis e infecções, como a esquistossomose e malária. Níveis crescentes ou altos títulos de anticorpos anti-DNA associados a baixos níveis de complemento quase sempre significam exacerbação da doença ou doença em atividade. Entretanto, os títulos de anti-DNA podem permanecer elevados, mesmo com a remissão clínica da doença.

ANTICORPOS ANTINUCLEARES - FAN

Anticorpos antinucleares são detectados por imunofluorescência indireta em substratos de células humanas – Hep2. Cerca de 98% dos pacientes com Lupus Eritematoso Sistêmico não tratado têm o teste de Hep2 positivo. Não existe relação entre os títulos de FAN e a atividade da doença. Após o teste de triagem positivo, deve ser feita a dosagem de auto-anticorpos separadamente. Reações falso-negativas podem ocorrer na presença de anticorpos anti-SSA/Ro, anticorpos anti-DNA de fita simples (ss-DNA) e durante o uso de corticóide ou outra terapia imunossupressora. Reações falso-positivas podem ocorrer na artrite reumatóide, esclerodermia, síndrome de Sjogren, hepatite auto-imune, infecções crônicas, na presença de anticorpos heterofílicos, durante uso de vários medicamentos (hidralazina, carbamazepina, hidantoína, procainamida, isoniazida, metildopa, AAS) e em cerca de 10% dos pacientes acima de 50 anos. Elevações transitórias do FAN podem ocorrer em pacientes com infecções virais. Um teste positivo para FAN-Hep2 isolado não é diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistêmico (LES), sendo necessário observar os demais critérios diagnósticos. Deve-se ressaltar a possibilidade de variações dos títulos do FAN-Hep2 quando realizado em laboratórios ou datas diferentes.

ANTI-SSA/RO

Os anti-SSA/Ro são anticorpos contra o antígeno Ro, que é uma proteína itoplasmática ligada ao RNA, cuja função é desconhecida. Esta presente em cerca de 90% dos pacientes com Síndrome de Sjogren primária (SS), e 15% dos casos de SS associado à AR. No Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é detectado em 40% dos casos, onde marca as seguintes formas clínicas: lúpus eritematoso neonatal; lúpus eritematoso subcutâneo; deficiência homocigótica de C2 e C4; LES com FAN falso negativo (o antígeno SSA/Ro pode ser lavado durante a fixação celular levando a resultados negativos na imunofluorescência); LES com pneumonite intersticial. Pode estar presente em até 15% da população normal.

ANTI-SSB/LA

O antígeno SSB/La é uma proteína celular ligada a RNAs pequenos. A presença do anti-SSB/La está fortemente associada a Síndrome de Sjogren, ocorrendo em cerca de dois terços dos pacientes com esta desordem e no LES, em 10% a 15%. Pacientes com LES e anticorpos anti-SSA/Ro e anti-SSB/La têm uma evolução mais leve da doença em comparação com aqueles sem o anti-SSB/La.

BIBLIOGRAFIA

--Help de exames. Instituto Hermes Pardini. Disponível em: <http://www.hermesparadini.com.br> Acesso em 11/01/2012

- Segundo Consenso Brasileiro de Fator Antinuclear (FAN) em Células HEp-2. Rev. Bras. Reumatol. V.43,p. 129 -140, mai./jun. 2003. Disponível em: http://201.65.8.34/novo/ftp/artigos/2%BA%20consenso_net.pdf. Acesso em 11/01/2012

Atendimento:

Cachoeira do Sul: Rua Marechal Floriano, 88.

☎ - (51) 3722 6090.

Santa Cruz do Sul:

• **Hosp. Ana Nery:** Rua Pereira da Cunha, 209.

☎ - (51) 3715 2919.

• **Centro:** Rua Marechal Deodoro, 189.

☎ - (51) 3056 3026.