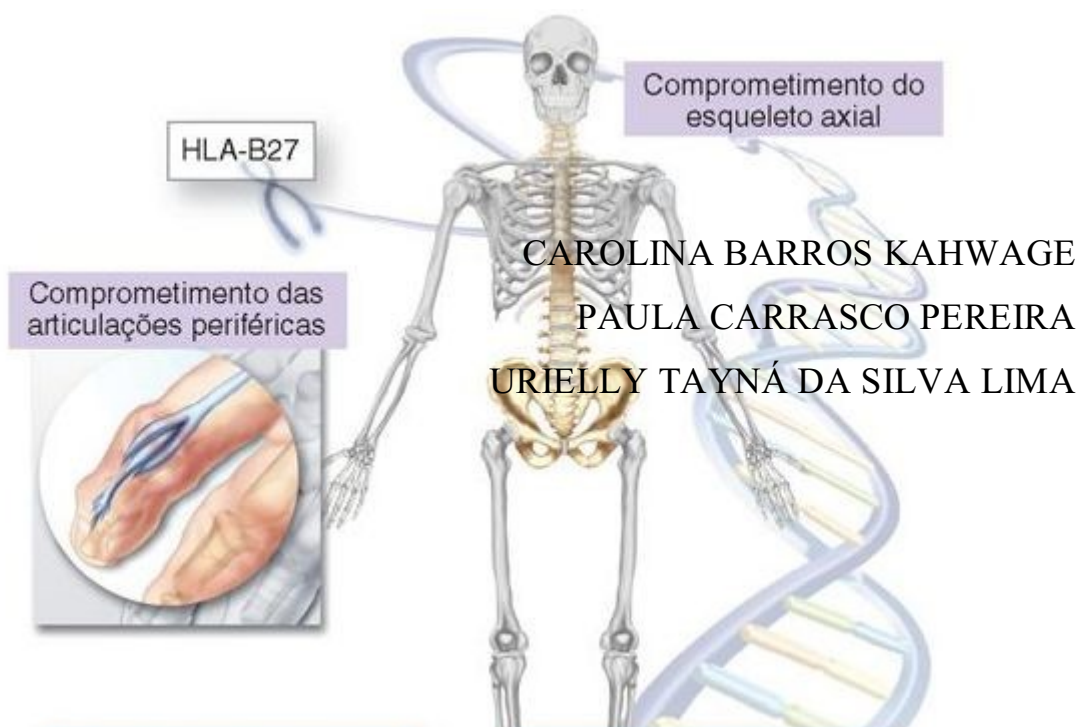
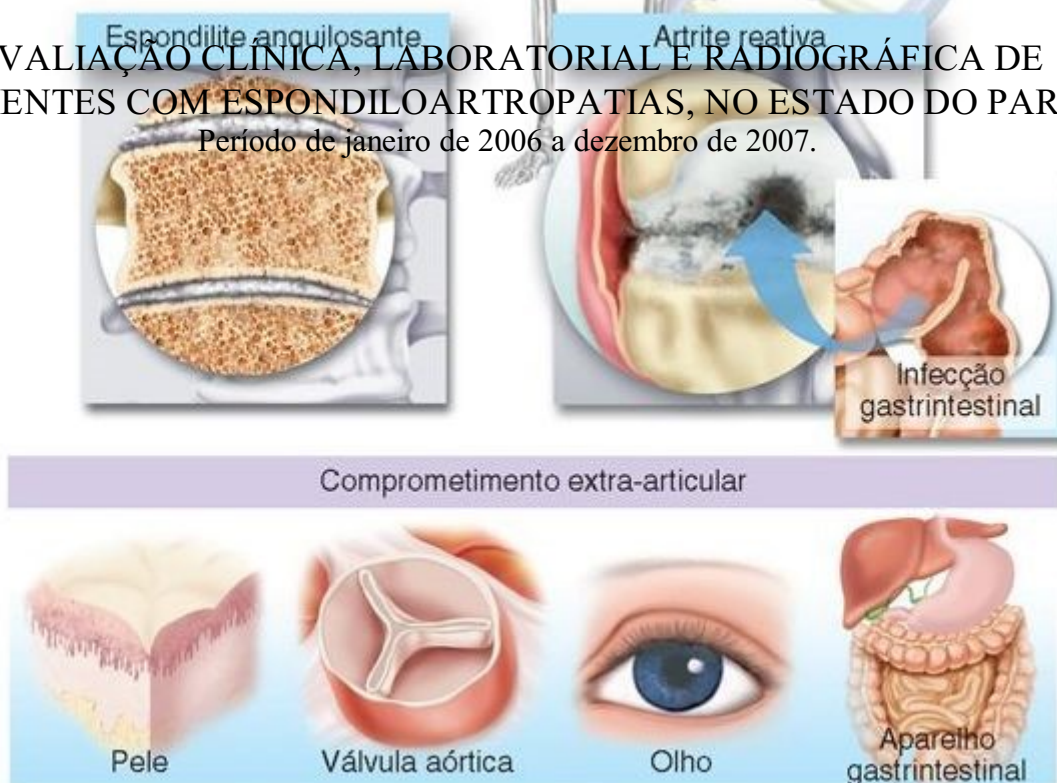




UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA



AVALIAÇÃO CLÍNICA, LABORATORIAL E RADIOGRÁFICA DE
PACIENTES COM ESPONDILOARTROPATIAS, NO ESTADO DO PARÁ.
Período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007.



BELÉM – PARÁ

2008



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

CAROLINA BARROS KAHWAGE

PAULA CARRASCO PEREIRA

URIELLY TAYNÁ DA SILVA LIMA

AVALIAÇÃO CLÍNICA, LABORATORIAL E RADIOGRÁFICA DE
PACIENTES COM ESPONDILOARTROPATIAS, NO ESTADO DO PARÁ.

Período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007.

BELÉM – PARÁ

2008

CAROLINA BARROS KAHWAGE
PAULA CARRASCO PEREIRA
URIELLY TAYNÁ DA SILVA LIMA

AVALIAÇÃO CLÍNICA, LABORATORIAL E RADIOGRÁFICA DE
PACIENTES COM ESPONDILOARTROPATIAS, NO ESTADO DO PARÁ.
Período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para o
abtenção do grau em Medicina pela Universidade
Federal do Pará.

Orientadora: Prof^a Maria de Fátima Lobato da
Cunha Sáuma.

Belém
2008

CAROLINA BARROS KAHWAGE
PAULA CARRASCO PEREIRA
URIELLY TAYNÁ DA SILVA LIMA

**AVALIAÇÃO CLÍNICA, LABORATORIAL E RADIOGRÁFICA DE
PACIENTES COM ESPONDILOARTROPATIAS, NO ESTADO DO PARÁ.**
Período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para o abtenção do grau em Medicina pela
Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Prof^ª Maria de Fátima Lobato da Cunha Sauma.

Banca Examinadora

MARIA DE FÁTIMA LOBATO DA CUNHA SAÚMA

NOME DO EXAMINADOR / UFPA

NOME DO EXAMINADOR / UFPA

NOME DO EXAMINADOR / UFPA

Aprovado em ____/____/____

Conceito: _____.

Belém, 18 de março de 2008.

Às nossas famílias,

que com amor, exemplo de vida e conduta

humana construíram nossas vidas.

Aos mestres,

que cruzaram nossas vidas e se tornaram

verdadeiros exemplos do que devemos e

podemos ser.

Carolina Barros Kahwage

Paula Carrasco Pereira

Urielly Tayná da Silva Lima

AGRADECIMENTOS

À Profª Maria de Fátima Lobato da Cunha Sáuma, por essa oportunidade que nos ofereceu e que com sua sábia e paciente orientação, nos mostrou a humanidade e compreensão que permeiam o caminho científico da medicina;

À Profª Mariseth Andrade, pela paciência, dedicação, interesse e acolhimento nas horas em que precisamos;

À Profª Silvia Bahia, que sempre esteve disponível para nos ajudar e sanar as dúvidas que surgiam;

Aos pais, irmãos, namorados, esposos e noivos pela compreensão, incentivo, inspiração e motivação que deram às nossas realizações;

À Lídia, funcionária da professora Fátima Lobato, que sempre nos recebeu cordialmente, nos dando toda a atenção necessária;

A todos que de forma direta e indireta colaboraram para a realização deste trabalho.

“Há três coisas na vida que nunca voltam atrás: a flecha lançada, a palavra pronunciada e a oportunidade perdida.”.

Autor desconhecido

RESUMO

INTRODUÇÃO: Espondiloartropatias é um grupo de doenças que apresentam dor no esqueleto axial inflamatória associada à artrite periférica assimétrica, sacroileíte, entesopatia, ausência de fator reumatóide e de nódulos subcutâneos, manifestações extra-articulares, agregação familiar e associação com HLA-B27. Este conjunto inclui as seguintes patologias: espondilite anquilosante, síndrome de Reiter, artrite reativa, artrite psoriásica e as enteropatias (doença de Crohn, retocolite ulcerativa, doença de Whipple, artropatia por bypass). A prevalência das espondiloartropatias varia ao redor do mundo. Nos últimos anos, o conceito de espondiloartropatias tem se tornado mais amplo e o diagnóstico de diferentes doenças dentro deste grupo também aumentou. **OBJETIVO:** Descrever o perfil epidemiológico, clínico, laboratorial radiográfico de pacientes do estado do Pará. **MÉTODOS:** Durante o período de 2006 a 2007 foram analisados os dados presentes em um protocolo padrão para o estudo de variáveis clínicas, epidemiológicas e radiológicas de 41 pacientes com espondiloartropatia. **RESULTADOS:** Este estudo foi constituído predominante por artrite psoriásica (41,5%), Espondilite anquilosante primária (24,4%), artrite reativa (19,5%), espondiloartropatia indiferenciada (12,2%) e espondiloartropatia juvenil (2,4%). Houve uma predominância de pacientes do sexo masculino (68,3%). Em relação a raça, 70,7% foram brancos, 22% pardo e 7,3% negros. A idade média foi de 50,1 anos. O HLA-B27 foi positivo em 41,4% dos pacientes e a história familiar foi referida em 22% dos casos. A manifestação extra-articular mais prevalente foi a psoríase com 39%, seguida por dactilite (36,6%) e envolvimento ungueal em 29,3% dos pacientes. A artrite periférica foi o acometimento extra-axial mais comum, perfazendo 95% de frequência. A sacroileíte obteve uma prevalência de 65,8%, e a sacroileíte radiológica 87,8%. Em relação ao tratamento, 100% fizeram uso de AINES, 78% metotrexato, 70,7% corticóide, 24,4% infliximab, 22% leflunomida, 19,5% sulfazalazina. Quanto aos instrumentos para a avaliação da qualidade de vida, foi encontrado em valor médio de 3,8 para o BASFI, 4,4 para o BASDAI. **CONCLUSÃO:** A artrite psoriásica foi a EAP mais freqüente, o que explica a idade estar acima da encontrada na literatura, menor proporção com relação ao sexo masculino: feminino, maior prevalência de artropatia periférica. O BASFI na EA foi o dobro do valor médio encontrado entre o total das EAP, mostrando que esta é uma doença com maior poder de comprometimento da qualidade de vida.

Palavras chaves: espondiloartropatias; espondilite anquilosante; artrite psoriásica; artrite reativa; síndrome de Reiter; artropatias indiferenciadas; artropatia juvenil.

ABSTRACT

BACKGROUND: Spondyloarthropathies is a group of diseases that show inflammatory axial pain associated to asymmetric peripheral arthritis, sacroiliitis, enthesopathy, family history, and HLA-B27 association, extra articular involvement and lack of rheumatoid factor. They include ankylosing spondylitis; psoriatic arthritis; reactive arthritis; Reiter's syndrome; undifferentiated spondyloarthropathy; juvenile spondyloarthropathy. The prevalence of spondyloarthropathies varies around the world. In the last years, the concept of spondyloarthropathies has become wider and the diagnostic of the different diseases into the group has been increasingly known. **OBJECTIVE:** To describe the epidemiological, clinical and radiological profile of a series of patients from Pará. **METHODS:** During the period 2006-2007, it was analysed the data from a standardized protocol of investigation to study epidemiological, clinical, and radiological variables of 41 spondyloarthropathic patients. **RESULTS:** The series was constituted predominantly by psoriatic arthritis (41,5%), ankylosing spondylitis (24,4%), reactive arthritis (19,5%), undifferentiated spondyloarthropathy (12,2%) and juvenile spondyloarthropathy (2,4%). There was a predominance of male patients (68,3%). Regarding race 70,7% were white, 22% mulattos, and 7,3% black. Mean age was 50,1 years. HLA-B27 was positive in 41,4% of the tested patients, and familial history of a defined spondyloarthropathy was referred by 22%. The most common extra articular involvement was psoriasis with 39%, followed by dactylitis 36,6% and nail changes 29,3%. Peripheral arthritis was the most common extra axial characteristic, found in 95% of the tested patients. The clinical sacroiliitis had a 65,8% prevalence while the radiological sacroiliitis was 87,8%. Regarding treatment, AINES were used by 100% of the patients, methotrexate 78%, corticosteroids 70,7%, infliximab 24,4%, leflunomide 22% and sulfasalazine 19,5%. Mean BASDAI was 4,4 and BASFI was 3,8. **CONCLUSION:** The psoriatic arthritis was the EAP most common, which explains the high mean age, comparing with literature; and a lower rate regarding masculine and feminine sex; and peripheral arthritis prevalence. In EA the BASFI found was twice the mean value among the others EAP, which shows that this disease can highly compromise the life quality.

Key-words: spondyloarthropathies; ankylosing spondylitis; psoriatic arthritis; reactive arthritis; Reiter's syndrome; undifferentiated spondyloarthropathy; juvenile spondyloarthropathy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com o diagnóstico.....	36
Gráfico 2 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com o sexo.	37
Gráfico 3 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a faixa etária.	38
Gráfico 4 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a raça.	39
Gráfico 5 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a história familiar em relação a sua patologia.....	40
Gráfico 6 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a positividade do HLA-B27.....	41
Gráfico 7 - Manifestações extra-articulares nos 41 pacientes com diagnóstico de espondiloartropatia.....	42
Gráfico 8 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias, que apresentaram uveíte, segundo o diagnóstico.	43
Gráfico 9 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias, que apresentaram sacroileíte radiológica.....	44
Gráfico 10 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com os fármacos utilizados para o tratamento da doença.....	45
Gráfico 11 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com o BASFI.....	46
Gráfico 12 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a média obtida no score BASFI, segundo o diagnóstico.....	47
Gráfico 13 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com o BASDAI.	48
Gráfico 14 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a média obtida no score BASDAI, segundo o diagnóstico.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com o diagnóstico.....	36
Tabela 2 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com o sexo.....	37
Tabela 3 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a faixa etária.....	38
Tabela 4 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a raça.....	39
Tabela 5 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a história familiar em relação a sua patologia.....	39
Tabela 6 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a positividade do HLA-B27.....	40
Tabela 7 - Manifestações extra-articulares nos 41 pacientes com diagnóstico de espondiloartropatia.....	41
Tabela 8 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias, que apresentaram uveíte, segundo o diagnóstico.....	42
Tabela 9 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias, que apresentaram sacroileíte radiológica.....	43
Tabela 10 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com os fármacos utilizados para o tratamento da doença.....	44
Tabela 11 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com o BASFI.....	45
Tabela 12 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a média obtida no score BASFI, segundo o diagnóstico.....	46
Tabela 13 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com o BASDAI.....	47
Tabela 14 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a média obtida no score BASDAI, segundo o diagnóstico.....	48
Tabela 15 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias, de acordo com os scores ASQoI, SF12-A e SF12-B.....	49

Lista de abreviaturas

- ACR - Colégio Americano de Reumatologia
- AI – Artropatia Indiferenciada
- AINES - Antiinflamatórios Não Hormonais
- AJ – Artropatia Juvenil
- APs – Artrite Psoriásica
- Are - Artrite Reativa
- DII – Doença Inflamatória Intestinal
- DMARD’S - Drogas Modificadoras do Curso da Doença
- EA - Espondilite Anquilosante
- EAP - Espondiloartopatias
- EASN - Espondiloartopatias Soronegativas
- IL - Interleucina
- INF - Interferon
- TNF - Fator de Necrose Tumoral
- RCUI – Retocolite Ulcerativa Inespecífica
- SR - Síndrome de Reiter

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1. OBJETIVOS.....	14
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	15
3. CAUSÍSTICA E MÉTODOS.....	33
3.1 CASUÍSTICA.....	33
3.1.1 REGISTRO BRASILEIRO DE ESPONDILOARTROPATIAS.....	33
3.1.2 TIPO DE ESTUDO PERÍODO E LOCAL.....	34
3.2 MÉTODOS.....	34
3.3 A REVISÃO DA LITERATURA.....	35
3.4 A POPULAÇÃO.....	35
3.5 MÉTODOS ESTATÍSTICOS.....	35
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
4. RESULTADOS.....	36
5. DISCUSSÃO	49
6. CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS.....	61

CARTA DE ENCAMINHAMENTO DO EXAMINADOR

À.

Coordenação do TCC de Medicina.

Senhor(a) Coordenador(a),

Depois de realizada a ANÁLISE PRÉVIA, encaminhamos a Vossa Senhoria, em anexo, o TCC analisado e o respectivo parecer.

Título: Avaliação clínica, laboratorial e radiográfica de pacientes com espondiloartropatias, no estado do Pará. Período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007.

.

Realizado Pelas Alunas: Carolina Barros Kahwage, Paula Carrasco Pereira,
Urielly Tayná da Silva Lima

Belém, _____/_____/_____ .

RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE PRÉVIA

1. INTRODUÇÃO

Espondiloartopatias (EAP) é um grupo de doenças que apresentam algumas características em comum, dentre elas encontramos: dor no esqueleto axial tipo inflamatória associada à artrite periférica assimétrica predominantemente em grandes articulações de membros inferiores, sacroileíte, entesopatia, ausência de fator reumatóide e de nódulos subcutâneos, manifestações extra-articulares (p.ex. uveíte), agregação familiar e associação com HLA-B27. Este conjunto inclui as seguintes patologias: espondilite anquilosante, síndrome de Reiter, artrite reativa, artrite psoriásica e as enteropatias (doença de Crohn, retocolite ulcerativa, doença de Whipple, artropatia por bypass). Nos últimos vinte anos foram acrescentadas ao grupo as espondiloartropatias indiferenciadas, cujos pacientes não preenchem critérios diagnóstico para uma doença definida dentro do grupo. Recentemente foi proposta a mudança de artropatia soronegativa para as espondiloartropatias (BARROS, *et al*, 2007, p.234).

São doenças multifatoriais, ocorrem em pessoas com predisposição genética e parecem ser influenciadas por fatores ambientais. Os reais mecanismos envolvidos nesse grupo de enfermidades ainda não foram completamente elucidados. No entanto, algumas características são marcantes como o aumento do número de células T, de macrófagos e uma grande expressão de citocinas de caráter pró-inflamatório como a interleucina-1 beta (IL-1 β), fator de necrose tumoral (TNF) e interferon-gama (INF- δ) nos locais de inflamação (KHAN, 2002, p. 896).

A espondilite anquilosante (EA), o protótipo das espondiloartropatias, é uma doença inflamatória crônica que acomete preferencialmente a coluna vertebral, podendo evoluir com rigidez e limitação funcional progressiva do esqueleto axial. Geralmente se inicia no adulto jovem (segunda a quarta décadas de vida), preferencialmente do sexo masculino, da cor branca e em indivíduos HLA-B27 positivos (BARROS, *et al*, 2007, p. 235).

A artrite psoriásica (APs) é uma artrite inflamatória, soronegativa para fator reumatóide, associada à psoríase cutânea. A psoríase cutânea é uma doença bastante freqüente, podendo acometer até 2 a 3 % da população; a lesão mais característica é a placa

eritêmato-escamosa de bordas bem definidas, que varia em número e em tamanho, estando presente particularmente sobre as superfícies extensoras dos membros e do couro cabeludo. Estatísticas têm demonstrado que 6 a 42% dos pacientes com psoríase desenvolvem algum tipo de acometimento articular (ibid., p.238).

O termo Síndrome de Reiter (SR), proposto em 1942 por Bauer e Engleman, atualmente se restringe aos casos caracterizados pela tríade uretrite, artrite e conjuntivite, que ocorre após infecção geniturinária ou gastrointestinal estão incluído no grupo das artrites reativas. O moderno conceito de artrite reativa, dentro do grupo das espondiloartropatias (EAP) requer a presença de uma artrite asséptica associada a evidencia de infecção precedente (ibid., p. 245).

As doenças inflamatórias intestinais (DII) podem acometer de 2 a 20 indivíduos em cada 200.000 pessoas; já o acometimento articular pode afetar 2 a 26% dos pacientes com DII. Classicamente, podemos observar manifestações articulares associadas à retocolite ulcerativa (RCUI) e a doença de Crohn, e em menor proporção a doença de Whipple, doença celíaca e cirurgia de bypass intestinal. Os acometimentos articulares nas DII podem ser subdivididos em oligoartrite periférica, poliartrite periferia e espondilite enteropática (ibid., p.246).

As espondiloartropatias indiferenciadas (AI) englobam um grupo de pacientes que apresentam características clínicas e/ou radiológicas sugestivas de uma espondiloartropatia, mas que não preenchem os critérios diagnósticos de nenhuma das doenças definidas dentro do grupo. Muitas vezes representam um diagnóstico provisório, englobando um conjunto bastante heterogêneo de pacientes, que pode variar de um estágio precoce ou uma forma abortiva ou frustra de uma espondiloartropatia definida (ibid., p.247).

A espondiloartropatia juvenil (AJ) abrange um grupo inter-relacionado de enfermidades que se apresentam antes dos 16 anos de idade. O diagnóstico da espondiloartropatia juvenil é complicado porque na infância e na adolescência a doença nem sempre segue os padrões clássicos observados na doença do adulto. Estima-se que as

espondiloartropatias juvenis sejam responsáveis por 15 a 25% das artrites crônicas da infância (MOREIRA, 2001, p.581).

As opções de tratamento para as espondiloartropatias até o dia de hoje são limitadas. A ausência de resposta aos antiinflamatórios e as terapias imunomoduladoras de segunda linha são comuns, especialmente nos pacientes com envolvimento axial. Os agentes biológicos, como o inibidor TNF-alfa (etanercept, infliximab e adalimumabe), aprovados para tratamento de EA e APs, representam uma boa opção terapêutica na atividade da EA e na doença articular e cutânea da APs, refratária aos antiinflamatórios não hormonais (AINES) e outras drogas modificadoras do curso da doença (DMARD's) (PHILIP, 2003, p.06).

Enquanto estas doenças têm sido intensivamente estudadas em outros países, no Brasil observa-se pequeno número de trabalhos publicados, principalmente no que se refere a uma avaliação global destes pacientes, utilizando os novos índices epidemiológicos de avaliação da qualidade de vida (AsQoL) e (SF-12), capacidade funcional (BASFI), alterações radiológicas (BASRI) e associação das espondiloartropatias com HLA-B27. Objetivou-se, portanto avaliar pacientes da cidade de Belém do Pará quanto à distribuição de cada doença específica no conjunto das espondiloartropatias, quanto ao perfil clínico, psíquico-social, laboratorial, radiográfico e quanto à positividade do HLA-B27, de acordo com o Registro Brasileiro de Espondiloartropatia (BONFIGLIOLI, 2006, p.340).

1.1 OBJETIVOS

- **OBJETIVO GERAL**

Avaliar as características epidemiológicas, clínicas, laboratoriais e radiográficas de pacientes com espondiloartropatias em um consultório de reumatologia particular, da médica Maria de Fátima Lobato da Cunha Sáuma, em Belém do Pará.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Estabelecer as características epidemiológicas (sexo, idade, raça, história familiar) da casuística estudada.
2. Avaliação de índices epidemiológicos específicos para espondiloartropatias: BASF, BASDAI, SF-12 e ASQoL.
3. Avaliação clínica envolvimento articular periférico e acometimento de enteses.
4. Avaliação das principais manifestações extra-articular associadas às espondiloartropatias.
5. Avaliação da associação da positividade do HLA-B27 com as espondiloartropatias.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A espondilite anquilosante (EA) pode ser definida como uma doença inflamatória crônica que acomete as articulações sacroilíacas, em graus variáveis a coluna vertebral e, em menor extensão as articulações periféricas (MOREIRA, 2001, p.405). Geralmente inicia no adulto jovem (segunda a quarta década de vida), com predileção pelo sexo masculino sobre o sexo feminino na proporção 3:1 (BRENT, 2004, p.4). Fator étnico, racial e geográfico, tem sido associado com a ocorrência e expressão da doença. No entanto, o papel de fatores genéticos e ambientais, ainda não foi bem compreendido (ALAMANOS, 2004, p. 616).

A freqüente associação com HLA-B27 faz com que a doença seja mais comum em indivíduos da raça branca, onde a prevalência deste HLA é significativamente maior. Por sua vez, a positividade do HLA-B27 nos pacientes espondilíticos pode variar entre 80 a 98%, sendo mais elevada em populações brancas não miscigenadas do norte da Europa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004, p.5). Devido à raridade do HLA-B27 em populações negras africanas, a doença é pouco freqüente em negros. No Brasil, devido à intensa miscigenação racial, costuma ser encontrada em mulatos, mas é rara em negros não miscigenados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004, p.7).

A EA é uma doença com determinação genética importante, mas com etiologia incerta. Devido a notável associação com o HLA-B27, acredita-se que essa determinação genética é imunologicamente mediada, e responde à exposição de fatores ambientais em indivíduos susceptíveis. Existem atualmente cerca de treze subtipos de HLA-B27 que variam com o tipo e posições de aminoácidos em suas cadeias, o que parece participar da susceptibilidade à doença. A ausência do HLA-B27 em casos de EA, faz supor que este antígeno não seria exclusivo para o aparecimento desta doença. Outros tipos de HLA Classe I ou II, provavelmente atuam como fatores de risco para EA em associação ou na ausência do B-27. Alguns agentes infecciosos foram relacionados à EA, como *Klebsiella pneumoniae*. A doença pode ser considerada o estágio final de múltiplos episódios de artrite reativa à bactéria. A base dessa hipótese seria a reação cruzada da bactéria com o HLA-B27 (SATO, 2004, p.266).

Em geral, os sintomas da doença são observados pela primeira vez no final da adolescência ou no início da idade adulta. São representados por dor axial inflamatória, entesite periférica, artropatia, e dor órgão específica e manifestações extra-articulares. Todos os pacientes com EA têm acometimento do esqueleto axial, sendo característico o envolvimento bilateral e precoce das articulações sacroilíacas (LOPES, 2006, p.1667). O processo inflamatório axial se apresenta de forma insidiosa, ocorrendo ao longo de meses ou anos, geralmente durando pelo menos três meses antes da apresentação dos primeiros sintomas. Os sintomas incluem rigidez matinal, com duração de pelo menos trinta minutos, melhora dos sintomas com atividade física moderada, e irradiação para a região glútea bilateralmente. A dor e a rigidez comumente acordam o paciente nas primeiras horas da manhã, sendo os sintomas mais comuns, e a primeira manifestação em 75% dos pacientes (BRENT, 2004, p.5). Dentro de alguns meses após o início, a dor se torna persistente e bilateral (HARRISON, 2006, p. 2091).

Entesite periférica ocorre em aproximadamente 33% dos pacientes. O local mais comum e característico das entesites periféricas são as inserções do tendão de Aquiles, no calcâneo, e a inserção da fâscia plantar no calcâneo. O local mais comum de doença periférica é o quadril. O envolvimento dos quadris ocorre geralmente nos primeiros dez anos de curso da doença e geralmente é bilateral. Outras articulações podem ser envolvidas como: ombro,

costovertebral, costoesternal, manúbrio esternal, sínfise púbica, e temporo-mandibular (BRENT, 2004, p.7).

Conquanto a artropatia seja de curso crônico, observou-se que os pacientes com pior prognóstico são revelados nos dez primeiros anos de evolução, nos quais ocorre maior atividade clínica da doença, necessitando, portanto, de tratamento precoce e eficaz durante este período. Em torno de 36% deles apresentam artropatia periférica proximal ou distal no decorrer de sua história natural. O acometimento das articulações periféricas distais costuma ser benigno, sem causar deformidades. Entretanto, a artropatia periférica de ombros e quadris, apresenta, via de regra, pior prognóstico, freqüentemente requerendo artroplastias totais (LOPES, 2006, p.1667).

O exame físico pode revelar, dependendo do tempo de duração e gravidade da doença desde achados precoces como dor à compressão bi-manual das articulações sacroilíacas e retificação da lordose lombar (inicialmente por espasmo muscular doloroso e, posteriormente por anquilose fibrosa óssea), até limitação da mobilidade lombar, dorsal ou cervical nos planos antero-posterior, rotacionais e laterais. A progressão da doença na coluna vertebral ocorre de maneira ascendente. Na coluna torácica poderão acontecer, além da dor, redução da expansibilidade torácica e aumento da cifose. Nas fases mais tardias da doença observa-se a típica “posição do esquiador”, caracterizada pela retificação da lordose lombar, acentuação da cifose dorsal e retificação da lordose cervical. O teste de Schöber e a distância dedo-chão em flexão anterior lombar máxima, medem a limitação da mobilidade lombar e o teste da distância occipício-parede mede a limitação da mobilidade cervical. O teste da expansibilidade torácica mede a limitação da mobilidade das articulações esternocostais, costotrasversais e costovertebrais. As lesões entesopáticas ocorrem em aproximadamente um terço dos pacientes, e os locais mais acometidos são as inserções dos músculos costosternais e costovertebrais; na inserção do tendão de Aquiles, no retrocalcâneo ou na inserção da fâscia plantar na região subcalcaneana (LOPES, 2006, p.1667).

Apesar da predileção pelo acometimento articular, a EA é uma doença sistematizada. Os sintomas constitucionais ocorrem principalmente nas fases de maior atividade ou nos períodos iniciais da doença. Os olhos são acometidos em cerca de 20 a 30% dos pacientes, ocorrendo uma uveíte anterior aguda (iridociclite), não granulomatosa, unilateral e

reicidivante, que embora possa preceder as manifestações articulares da doença, ocorrem após cerca de dois a dez anos do início da EA, e é mais comum em indivíduos HLA-B27 positivos. As manifestações cárdio-respiratórias mais observadas são os distúrbios de condução do ritmo cardíaco, insuficiência aórtica, pericardite, miocardite, e uma fibrose pulmonar apical que, com a evolução da doença torna-se bilateral. No aparelho genitourinário, a manifestação mais comum é a prostatite representada clinicamente por uma piúria estéril. De descrição mais recente, a nefropatia mesangial por depósitos de IgA também é observada nestes pacientes. A síndrome da cauda eqüina é uma complicação neurológica rara observada nestes pacientes, e é possivelmente secundária a uma aracnoidite (MOREIRA, 2001, p.408).

Pode ainda ocorrer manifestações intestinais em 7% a 8% dos pacientes, mas costuma ser subclínica em 60% dos casos. A pele é outro local que pode ser acometido em até 20% dos casos (MARTIN, 2006). As manifestações laboratoriais da doença são inespecíficas e comuns às doenças crônicas. Pode ocorrer anemia normocítica normocrômica ou hipocrômica, leucocitose leve, aumento da velocidade de hemossedimentação, proteína C reativa, fosfatase alcalina e IgA sérica (COSSERMELI; XIMENES; SILVA, 2000, p.2).

Em relação aos achados radiográficos da EA, as alterações mais precoces são borramento das margens corticais do osso subcondral seguido de erosões e esclerose. A progressão das erosões leva ao pseudo-alargamento do espaço articular; e com o aparecimento de anquilose fibrosa e, em seguida óssea, as articulações podem se tornar obliteradas. Na coluna lombar, a evolução da doença resulta em retificação, causada pela perda da lordose, e esclerose reativa, produzida pela osteíte dos ângulos anteriores dos corpos vertebrais com erosão subsequente, resultando no aspecto quadrado dos corpos vertebrais. A ossificação progressiva leva a formação dos sindesmófitos marginais, que são simétricos e delicados, levando em estágios avançados, a um aspecto em coluna em “bambu” (HARRISON, 2006, p. 2093).

O diagnóstico de Espondilite Anquilosante é baseado em características clínicas e radiográficas. Os sintomas dos pacientes, a história familiar, e os achados físicos articulares e extra-articulares são as maiores pistas para a suspeita e diagnóstico da doença. A evidência radiográfica de sacroileíte da presença da doença. No entanto, nas fases iniciais da doença, o acometimento das articulações sacroilíacas pode não ser identificado na radiografia,

especialmente em crianças e adolescentes. Nestes pacientes é fundamental a solicitação da ressonância magnética para avaliação destas articulações. A tipagem do HLA-B27 é importante ao minimizar o grau de incerteza do diagnóstico em certas situações clínicas, como na fase inicial da doença, nas apresentações clínicas atípicas e na forma indiferenciada. Como regra, nos pacientes em que a história e exame físico sugerem espondilite anquilosante, mas os achados radiográficos não permitem o estabelecimento do diagnóstico, o HLA-B27 permite que o diagnóstico presuntivo da doença seja aceito ou rejeitado com menos incerteza. Este teste é inapropriado para pacientes em que a história e o exame físico não sugerem espondilite anquilosante, visto que 8% da população possuem este gene. O VHS e a proteína C reativa estão elevados em 70% dos pacientes com doença ativa, porém não há uma relação clara entre estes marcadores inflamatórios e a atividade clínica da doença. A espondilite anquilosante não mostra associação com o fator reumatóide ou o anticorpo anti-nuclear (ASSIM, 2006, p.2).

É importante estabelecer o diagnóstico da EA em seu estágio inicial, antes do desenvolvimento de deformidades irreversíveis. Os critérios modificados de New York (1984) e os critérios de *Calin* para definição de lombalgia inflamatória, não são suficientes para o diagnóstico das formas precoces de EA, sendo considerados critérios de classificação, pois não são úteis para o diagnóstico de pacientes nos estágios iniciais da enfermidade. Foi baseado nesta problemática que *Rudwaleit e col.* propuseram critérios modificados para lombalgia inflamatória, com o objetivo de obter maior sensibilidade no diagnóstico precoce da EA (MEIRELLES, 2006, p.22).

Os critérios de New York modificados consistem em: (1) história de dor lombar inflamatória; (2) limitação da mobilidade da coluna lombar nos planos sagital e frontal; (3) expansão limitada do tórax em relação aos valores padrões para a idade e ao sexo; e (4) sacroileíte radiográfica definida. A presença de sacroileíte radiográfica juntamente com qualquer um dos outros critérios é suficiente para um diagnóstico de EA definida. O uso da ressonância para demonstrar sacroileíte aumenta significativamente a sensibilidade desses critérios (HARRISON, 2006, p.2092).

Desde o início da década de 90, foram desenvolvidos instrumentos de avaliação específicos para EA, visando à mensuração de variáveis relacionada à sua atividade clínica

(BASDAI), estado global do paciente (BAS-G), alterações funcionais (BASFI), alterações metrológicas (BASMI), alterações radiológicas (BASRI), escore de entesites (MASES), e qualidade de vida (ASQoL). Tais índices têm proporcionado uma maior objetividade na avaliação destes pacientes, permitindo a investigação da eficácia de diversas medidas terapêuticas (MEIRELLES, 2006, p.22).

O tratamento da EA envolve medidas educacionais, farmacológicas, físicas ou reabilitacionais, radioterápicas e cirúrgicas, devendo, portanto, idealmente ser multidisciplinar e multiprofissionais, envolvendo médicos especialistas em reumatologia, ortopedia e fisioterapia, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermeira, psicóloga e assistente social (MEIRELLES; KITADAI, 2001, p.102).

O principal objetivo do tratamento consiste em controlar os sintomas, diminuir a dor e também controlar a doença, ou seja, diminuir de forma sustentada a inflamação, aumentar a mobilidade, evitar lesões estruturais e melhorar a qualidade de vida. Estão disponíveis para o tratamento medicamentoso os AINES, os corticóides locais, sistêmicos, os DMARDs, que apresentam eficácia limitada contra os sintomas axiais e os biológicos (COSSERMELI; XIMENES; SILVA, 2000, p.2).

Os AINES são empregados para o controle rápido da dor e rigidez articular associados aos períodos de maior atividade clínica da doença. Embora historicamente importantes no tratamento da EA, a fenilbutazona e a indometacina, revelaram um perfil de toxicidade maior que os AINES de nova geração, portanto sua prescrição só seria possivelmente vantajosa caso sua eficácia fosse comprovadamente superior aos AINES de nova geração, fato este não comprovado até o momento. A eficácia obtida com o uso oral de anti-inflamatórios hormonais orais como a prednisona, nas manifestações clínicas sintomáticas relacionadas a entesite axial da EA tem sido relatada como inexistente, no entanto, o emprego de prednisona oral nos pacientes com polissinovite periférica aguda não responsiva ou intolerante aos AINES amiloidose renal ou sistêmica e uveíte anterior aguda não responsiva ao tratamento tópico com esteróide e midríaticos (MEIRELLES, 2006, p.104)

Não há evidência confirmada de que as drogas anti-reumáticas modificadoras da artrite reumatóide, incluindo sulfassalazina, e metotrexato, possam alterar ou inibir a inflamação na coluna ou na entese da EA. Contudo, tais drogas são indicadas devido a sua utilidade no controle das manifestações de atividade da doença, na redução do consumo de AINES e ainda na melhora dos índices de monitorização da doença (SATO, 2004, p.268).

No início dos anos 90, considerando o papel do fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa) como principal citocina inflamatória, introduziu-se o uso dos anti-TNFs como mais uma ferramenta terapêutica. Os biológicos estão indicados quando há falha no tratamento convencional, intolerância ao uso de pelo menos dois anti-inflamatórios não-hormonais e/ou presença de doença ativa com BASDAI maior que quatro. No caso de doença periférica, valem os mesmos critérios e/ou ainda o uso de sulfassalazina, 2-3g, por quatro meses sem resposta. Entretanto, estes agentes, não apresentam os mesmos efeitos quando avaliamos a eficácia de suas manifestações extra-articulares. Muitos testes têm avaliado a eficácia dos inibidores do TNF-alfa (etanercept e infliximab) em pacientes com espondilite anquilosante. Dados destes testes mostram claramente que estes agentes são efetivos no tratamento dos sintomas inflamatórios da espondilite anquilosante. Os anti TNF-alfa também têm o potencial de serem agentes modificadores da doença, pois observamos que estes têm alta eficácia nas manifestações axiais, articulares e extra-articulares, da doença (KATARIA, 2004, p.2858).

A terminologia artrite reativa (Are) foi introduzida na literatura médica por Ahvonen, em 1969, ao descrever o envolvimento articular inflamatório associado à infecção intestinal por *Yersinia enterocolitica*. No Brasil, entretanto, *Pedro Nava* já havia descrito o reumatismo alergobacteriano ou de *Poncet*, tido, posteriormente, como reativo (XIMENES, 2000, p.32). A Are é uma doença sistêmica que se manifesta por uma artrite aguda não supurativa (SATO, 2004, p. 279), que ocorre em média duas a quatro semanas após uma infecção a distância, geralmente localizada no intestino ou no trato urinário (XIMENES, 2000, p.32). O moderno conceito de artrite reativa dentro do grupo das espondiloartropatias requer a presença de uma oligoartrite associada à evidência de infecção precedente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004, p.04).

Uma predisposição genética associada ao antígeno de histocompatibilidade HLA-B27 é reconhecida e suas inter-relações com o patógeno ou seus produtos constituem a base para seu entendimento patogênico (COSSERMELI; XIMENES; SILVA, 2000, p. 3).

Atualmente, a artrite reativa é classificada como HLA-B27 associada e HLA-B27 não associada. A melhor definição e conceito, baseado nos conhecimentos imunológicos, genéticos e infecciosos, é de uma artropatia pós-infecção. Em geral qualquer microorganismo artrítogênico pode induzir um processo inflamatório articular (XIMENES, 2000, p.32). Na etiologia pós-disentérica, predominam as bactérias enteropatogênicas, como *Shigella* (*flexneri*, *sonnei*), *Salmonella* (*typhimurium*, *enteritidis*), *Yersinia* (*enterocolitica*, *pseudotuberculosis*) e *Campylobacter* (*jejuni*); já nos casos de etiologia gênito-urinária, predomina a *Chlamydia trachomatis* (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004, p.04), geralmente ligados ao HLA-B27. É distinguida ou diferenciada de outras artrites induzidas por infecção devido à sua associação com o complexo de histocompatibilidade (MHC), via antígeno HLA-B27, e com padrão clínico do tipo oligoartrite de membros inferiores, freqüentemente associada à sacroileíte e manifestações sistêmicas (conjuntivite, balanite e lesões cutâneas). Outros patógenos bacterianos ou virais como estreptococos, *Borrelia*, *Brucella*, *Chlamydia pneumoniae*, vírus da hepatite B e C e imunodeficiência adquirida, parvovírus e fungos também são conhecidos como possíveis indutores da Are, porém sem ligação imunogenética com HLA-B27 e quadro clínico não símile de oligoartrite e Síndrome de Reiter (XIMENES, 2000, p.32). A artrite reativa preenche critérios clínicos de Síndrome de Reiter em 33% dos casos (COSSERMELI; XIMENES; SILVA, 2000, p. 3).

As artrites reativas são as únicas das artropatias inflamatórias com nítida definição com suas possíveis etiologias, suas associações com o antígeno HLA-B27 e a demonstração de uma resposta imune-celular por um antígeno bacteriano (XIMENES, 2000, p.32).

Numerosos fatores imunológicos concorrerão para o desencadeamento da doença. Com relação à interação agente infeccioso-hospedeiro, ocorre invasão das células mucosas, com replicação intracelular do agente infeccioso; existe uma eliminação antigênica deficiente, permitindo que antígenos bacterianos se liguem a macrófagos e monócitos (com função de células apresentadoras de antígenos) e atinjam a circulação, ativando as imunidades humoral e celular. Em muitos casos, é observada uma diminuição dos níveis de citocinas Th1,

indispensáveis para a eliminação de inúmeros microrganismos. Em alguns casos de doença crônica, podem ser detectados determinantes antigênicos (geralmente lipopolissacarídeos de membrana, de *Chlamydia*, *Shigella* ou *Salmonella*) na biópsia de membrana sinovial; a persistência destes determinantes antigênicos, mesmo na ausência do microrganismo vivo, poderia ser responsável pela perpetuação da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004, p.04).

No início do quadro, o paciente frequentemente apresenta sintomas constitucionais, como febre, astenia, anorexia e perda de peso, mas há casos em que esses sintomas são leves e passam despercebidos. Mesmo nos casos secundários à infecção intestinal pode haver uretrite estéril. Apenas um terço dos pacientes apresentam a tríade clássica da Síndrome de Reiter (SATO, 2004, p. 281).

Acomete principalmente indivíduos jovens em média abaixo dos 30 anos de idade, com igual frequência no sexo feminino e masculino, com maior predominância no masculino quando tem como etiologia a *Chlamydia Trachomatis* (3:1). Apresenta uma incidência anual de 30-40 casos por 100 mil habitantes. Tem uma distribuição universal (XIMENES, 2000, p.34).

Na infância, a maioria dos casos de artrite reativa ocorre em meninos de 8 a 12 anos, estando associada predominantemente às infecções entéricas. Já nos adolescentes, a artrite reativa posterior à infecção genital por *Chlamydia* ocorre com maior frequência (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004, p.05).

As alterações laboratoriais refletem o processo inflamatório sistêmico. Observa-se elevação da velocidade de hemossedimentação (VHS), da proteína C reativa e de outros marcadores de atividade inflamatória. Na doença ativa, pode haver anemia, leucocitose e trombocitose (SATO, 2004, p. 281).

A investigação do agente etiológico pode ser realizada quando se tem alguma infecção prévia suspeita. Para *Chlamydia trachomatis* pode-se utilizar a sorologia párea, detecção no trato geniturinário, PCR na primeira urina da manhã ou no *swab* urinário. Para a detecção de *Yersinia* e *Salmonella* usa-se a pesquisa sorológica. Uma Coprocultura positiva para esses

dois agentes apresenta alta especificidade para o diagnóstico de artrite reativa, na presença de quadro diarréico associado. A presença do HLA-B27 costuma ser positiva em 50% dos casos. A artrite reativa pode se manifestar em pacientes com AIDS e a sorologia para HIV deve ser solicitada nos casos em que há suspeita clínica (ibid.).

O mais importante para o clínico é diferenciar a artrite reativa da artrite séptica. Às vezes é difícil. Outros diagnósticos diferenciais a se fazer são com as artrites metabólicas, principalmente gota e pseudo-gota, artrite reumatóide, espondilite anquilosante, febre reumática e artrite psoriásica (XIMENES, 2000, p.36).

A terapia depende de uma série de fatores, como curso clínico (agudo ou crônico), o agente desencadeante, a incapacidade funcional articular e o envolvimento extra-articular. Os princípios básicos e comuns são: controle da sinovite, preservação da função articular, prevenção de deformidades, erradicação do patógeno agressor e desencadeante (COSSERMELI; XIMENES; SILVA, 2000, p. 3).

A educação do paciente e de sua própria família é fundamental no sentido de orientação quanto aos riscos de evolução para a cronicidade e nos casos de vínculo com doenças sexualmente transmissíveis (ibid., p.4). O conceito da patogênese da artrite reativa indica a presença de um agente infeccioso. O tratamento antibiótico, no entanto, não muda o curso da doença. Nestes casos, os antibióticos são usados para tratar a infecção subjacente (LOZADA, 2006, p.9).

A terapia medicamentosa tem como objetivo o controle sintomático da artrite (ibid.). Na fase articular aguda da doença, inicia-se o tratamento com AINH, em doses convencionais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004, p.05); Há resposta satisfatória em torno de 80% dos casos (COSSERMELI; XIMENES; SILVA, 2000, p. 4). O tratamento deverá durar enquanto houver atividade articular da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004, p.05), em média de três a quatro semanas (COSSERMELI; XIMENES; SILVA, 2000, p. 4), não havendo nenhum AINH comprovadamente superior aos demais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004, p.05).

Os corticóides sistêmicos podem ser usados nos pacientes com pouca resposta aos antiinflamatórios ou naqueles que tiveram efeito adverso ao seu uso. Nos pacientes com sintomas crônicos e nos pacientes com sintomas persistentes apesar dos agentes citados acima, drogas de segunda linha podem ser usadas. Os agentes modificadores de doença (DMARDs) têm sido usados na artrite reativa, porém com resultados ainda incertos. A sulfassalazina pode ser benéfica em alguns pacientes. O uso desta droga pode ser benéfico em alguns pacientes, principalmente nos quais ocorre inflamação intestinal clínica ou subclínica associada. Nos pacientes com doença reumatóide-like, o metrotexato pode ser usado. Os inibidores do TNF-alfa ainda não mostraram nenhum benefício clínico na artrite reativa (LOZADA, 2006, p.9).

Em pacientes com artrite reativa onde se considera iniciar o uso de droga imunossupressora deve-se solicitar exame de HIV, pois alguns pacientes aidéticos podem apresentar quadro clínico de Síndrome de Reiter como manifestação inicial e, se tratados com imunossupressores, podem desencadear a doença em toda sua expressão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004, p.05).

A Síndrome de Reiter é uma espondiloartropatia (ibid.) cujo termo (SR) é restrito aos casos caracterizados pela tríade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004, p.05) artrite, uretrite não-gonocócica e conjuntivite (SATO, 2004, p. 279), que ocorre após infecção gênito-urinária ou gastrointestinal; está incluído no grupo das artrites reativas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004, p.05).

O primeiro registro histórico relacionado à SR foi descrito por Hipócrates, que associou alguns casos de artrite após episódios de diarreia ou uretrite. Mais tarde, essa correlação também foi observada e descrita por Brodie (1918) em seu "*Traité des maladies des articulations*". Em 1916, Hans Reiter descreveu um caso clássico de um jovem que, após um episódio de desintéria, desenvolveu uma doença sistêmica marcada por poliartrite, conjuntivite e uretrite não-gonocócica. Nesse mesmo ano, Fiessinger e Leroy também identificaram quatro casos de uma síndrome oculouretrossinovial, após episódio de desintéria por *Shigella dysenteriae*. Durante a II Guerra Mundial, vários autores registraram casos de desintéria seguida de artrite, designando tais casos como síndrome de Reiter (RACHID et al., 2007, p. 76).

Até o presente momento, sua patogênese não foi totalmente esclarecida (ibid.), entretanto tem uma conexão com agentes infecciosos e fatores genéticos, sendo que 80% dos pacientes têm o antígeno de histocompatibilidade HLA-B27 positivos (XIMENES, 2000, p.36).

O agente infeccioso não está presente nas articulações e a sinovite resulta da ação imunológica de mediadores tóxicos formados no sítio primário e/ou transportados às articulações pela circulação. Ocorre mundialmente e acomete principalmente indivíduos jovens com faixa etária variando entre 20 e 40 anos (RACHID, *et al.*, 2007, p. 76), principalmente nos paciente do sexo masculino com vida sexual ativa. Os pacientes com artrite reativa, em um terço dos casos, preenchem critérios diagnósticos de SR e nessa situação os patógenos mais freqüentemente associados são os entéricos (*Shigella*, *Salmonella*, *Yersinia*, *Campylobacter*) e geniturinários (*Chlamydia trachomatis* e *Ureaplasma urealyticum*) (XIMENES, 2000, p.36).

As características clínicas da síndrome de Reiter (SR) variam de monoartrite transitória até uma grave doença multissistêmica, e na maioria dos casos, uma anamnese bem feita evidencia uma infecção prévia uma a quatro semanas antes dos sintomas da doença reativa. Em 50% dos pacientes com síndrome de Reiter, uretrite, conjuntivite e oligoartrite inflamatória, se desenvolvem simultaneamente uma a três semanas após exposição sexual ou episódio de diarreia. Sintomas sistêmicos são comuns e incluem: fadiga, febre, perda de peso. A artrite da síndrome de Reiter costuma ser assimétrica e aditiva, acometendo as articulações dos membros inferiores, especialmente os joelhos e tornozelos, subtalares, metatarsofalangeanas e interfalangeanas. É freqüente o envolvimento das enteses, principalmente no calcâneo e região plantar. Com freqüência observar-se uma tenosinovite dos dedos, levando à formação de “dedos em salsicha”. O comprometimento da coluna vertebral também pode ocorrer e em 20 a 30% dos pacientes há envolvimento das articulações sacroilíacas com sintomatologia de sacroileíte, geralmente assimétrica. A uretrite é considerada a principal característica. Ela precede a artrite reativa em uma a três semanas. Os homens geralmente apresentam uma disúria leve. Prostatite tem sido relatada em 80% dos pacientes. Mulheres podem apresentar vulvite, cervicite e salpingite. O acometimento ocular é comum, variando de uma conjuntivite assintomática transitória, a uma uveíte anterior agressiva, refratária ao tratamento. O acometimento mucocutâneo é comum Observam-se

úlceras orais superficiais, transitórias e frequentemente assintomáticas. A lesão cutânea característica é o ceratoderma blenorrágico de localização palmo-plantar e a balanite circinada. O envolvimento ungueal consiste em oniconicólise, e coloração amarelada na porção distal (ARIBANDI, 2007, p.4).

Em 1981, o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) estabeleceu critérios de classificação da SR. Esses critérios apresentam uma sensibilidade de 84,3% e especificidade de 98,2% (ibid., p. 37) quando utilizados para distinguir os pacientes de SR das demais espondiloartopatias (EASN) (COSSERMELI; XIMENES; SILVA, 2000, p. 2). As características destes critérios requerem a presença de artrite periférica de mais de um mês de duração, ocorrendo em associação com uretrite e/ou cervicite. O diagnóstico laboratorial da SR é inespecífico, sendo baseado em provas de atividade inflamatória no soro e investigação radiológica das articulações periféricas envolvidas, bem como da coluna vertebral, bacia e sacroilíacas (XIMENES, 2000, p.37), podendo ser semelhante ao encontrado na espondilite anquilosante (COSSERMELI; XIMENES; SILVA, 2000, p. 2).

Embora até o momento tenha cura improvável, pode ter remissão espontânea. O tratamento visa aliviar os sintomas decorrentes da doença e prevenir as complicações. Os relatos de prognóstico são controversos; em alguns casos a morbidade é prolongada e grave, enquanto em outros é benigna e auto-limitada. A SR pós-venérea carrega pior prognóstico, provavelmente por causa da exposição contínua ao agente ambiental (RACHID, *et al.*, 2007, p. 76). É considerada uma síndrome auto-limitada, com duração média dos sinais e sintomas de três a quatro semanas, entretanto, recentemente, vários relatos a referem com recidivante, podendo torna-se crônica na sua evolução (XIMENES, 2000, p.36), e evolui com significativo dano articular e, conseqüentemente, importante incapacidade funcional (RACHID, *et al.*, 2007, p. 76).

A artrite psoriásica foi definida por Wright e Moll como uma artrite inflamatória em paciente portador de psoríase com um teste negativo para o fator reumatóide. A psoríase acomete cerca de 1% da população adulta em geral, e diversas estatísticas indicam que 3-7% desenvolvem uma artrite psoriásica. A idade na qual comumente aparecem os primeiros sintomas situa-se entre os 20 e 45 anos, sendo infreqüente o início da doença antes dos 20 e

após os 50 anos. Não há predomínio significativo com relação ao sexo na maioria das estatísticas (MOREIRA, 2001, p.417).

As lesões de pele da psoríase geralmente aparecem antes da artrite em até 80 por cento dos casos e tipicamente 5 a 10 anos antes. Em aproximadamente 10 a 15%, os sintomas cutâneos e articulares aparecem simultaneamente, e nos 10 a 15 % restante os sintomas articulares precedem o aparecimento da psoríase e podem ser denominados como espondiloartropatia indiferenciada até o surgimento das lesões cutâneas. Até hoje, não há nenhum marcador clínico, imunohistoquímico ou genético que seja capaz de identificar entre os pacientes com psoríase, aqueles que vão desenvolver artrite inflamatória (MEASE, 2005, p.02).

A sinóvia inflamada na artrite psoriásica assemelha-se a da artrite reumatóide, embora apresente ligeiramente menos hiperplasia e celularidade do que na artrite reumatóide e maior vascularidade. Alguns estudos indicaram uma maior tendência á fibrose residual na artrite psoriásica. Ao contrário da artrite reumatóide, a artrite psoriásica apresenta entesite proeminente, com histologia semelhante aquela das outras espondiloartropatias (HARRISON, 2006, p.2096).

A artrite psoriásica é imunologicamente mediada, embora o mecanismo envolvido não esteja bem elucidado. A membrana sinovial da artrite psoriásica apresenta infiltração por células T, células B e macrófagos e supra-regulação dos receptores de residência dos leucócitos. As células T CD8⁺ são mais freqüentes na artrite psoriásica. A produção de citocinas na membrana sinovial de pacientes com artrite psoriásica assemelha-se aquela das lesões cutâneas psoriásicas e membrana sinovial da artrite reumatóide, com padrão predominante TH1. Observam-se a interleucina IL-2, interferon γ , TNF-alfa, e IL-1beta, 6,8,10,12,13,e 15 na membrana sinovial ou líquido sinovial da artrite psoriásica. (ibid., p.2096). No entanto, a exata etiologia é desconhecida e provavelmente multifatorial, incluindo resposta imune mediada, genética, e causas ambientais como trauma, infecção e estresse (VOORHEES, 2007, p. 02).

Na maioria dos pacientes o acometimento articular tende a ser assimétrico se comparado ao envolvimento articular de portadores de artrite reumatóide. As manifestações articulares na artrite psoriásica apresentam amplo espectro clínico e podem ser divididas, didaticamente, em cinco categorias:

- Artrite Oligoarticular: Trata-se de uma artrite assimétrica, que envolve menos que cinco articulações, e que acomete principalmente as articulações de membros inferiores, em especial joelhos e articulações interfalangeanas das mãos ou dos pés de forma assimétrica. A forma oligoarticular de envolvimento é o padrão mais comum de apresentação clínica articular da enfermidade.
- Artrite Poliarticular: Comete cinco ou mais articulações, podendo ser indistinguível do envolvimento articular que acontece em portadores de artrite reumatóide.
- Artrite Distal: Consiste no acometimento exclusivo das articulações interfalangeanas. O acometimento das unhas pela psoríase é muito mais comum neste grupo.
- Artrite Mutilante: Representa a forma mais grave de artrite psoriásica. Podem acontecer destruições ósseas graves (osteólise), que leva à reabsorção de falanges, além de anquilose óssea, levando a deformidade.
- Espondilite Anquilosante: Neste caso as manifestações clínicas articulares assemelham-se às observado na Espondilite Anquilosante primária, mas vale lembrar que as manifestações axiais e a sacroileíte são, com frequência, encontradas em outros subgrupos da artrite psoriásica, podendo ou não proporcionar sintomatologia (MOREIRA, 2001, p.417).

As alterações radiográficas na artrite psoriásica envolvem o edema de tecidos moles (dactilite principalmente), erosões e periostite. O envolvimento axial pode apresentar a imagem de sacroileíte assimétrica e sindesmófitos volumosos, assimétricos e não marginais. A deformidade clássica em ponta de lápis ou em taça invertida pode ser encontrada em pacientes com doença das articulações interfalangeanas distais ou artrite mutilante. A acrosteólise é verificada em uma minoria de pacientes e reflete um processo erosivo agressivo (BENNET, 2005, p.1934).

O diagnóstico de artrite psoriásica depende do achado de alterações cutâneas, dactilite, entesopatia, tendinite e espondilite. Um exame cuidadoso, incluindo a avaliação do couro

cabeludo, glúteo, cicatriz umbilical, axilas, e unhas podem ajudar no diagnóstico de artrite psoriásica (VOORHEES, 2007, p. 03).

O tratamento da artrite psoriásica tem como objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente, sua mobilidade, suprimir a inflamação, e minimizar a destruição articular. A intervenção cirúrgica pode ser necessária nos casos em que há um grave acometimento articular. Exercícios regulares e descanso são a chave para o controle da artrite psoriásica. Além disso, o tratamento clínico, assim como nas outras espondiloartropatias varia desde o uso de drogas AINES, drogas anti-reumáticas modificadoras (DMARD's), e terapias biológicas como inibidores TNF-alfa (ibid.).

As artrites enteropáticas compõem um grupo de artropatias inflamatórias associadas à doença inflamatória intestinal, a doença de Whipple e a artropatia associada ao bypass (SATO, 2004, p.266). Na sua conceituação mais ampla, a doença inflamatória intestinal (DII) corresponde a qualquer processo inflamatório do trato gastrointestinal, seja ele agudo ou crônico. Apesar de constituírem doenças distintas, compartilham aspectos clínicos e epidemiológicos, sugerindo a possibilidade de fatores etiológicos comuns. O curso clínico, cujas principais manifestações são a diarreia, dor abdominal e sangramento retal, caracterizam-se por períodos de remissão e exacerbação, e apresentam as complicações mais diversas. Associam-se com frequência manifestações extra-intestinais tais como articulares, cutâneas, oculares, hepatobiliares, e vasculares, que podem preceder acompanhar ou suceder a doença intestinal (LANNA, 2006, p.45). A artropatia associada ao bypass desenvolve-se em 20% a 80% dos pacientes submetidos a este procedimento dentro de dois a trinta meses depois da cirurgia, e pode ser crônica em até 25% dos casos. A doença de Whipple é uma rara doença multissistêmica, causada pela infecção pela *Tropheryma whipplei*. É mais comum em homens de meia idade e o quadro clínico é caracterizado por diarreia, má absorção e perda de peso (BRENT, 2006, p.03).

As doenças inflamatórias intestinais podem acometer de 2 a 20 indivíduos em cada 200.000 pessoas; já o acometimento articular pode afetar 2 a 26% dos pacientes com a doença. Classicamente, podemos observar manifestações articulares associadas a retocolite ulcerativa e à Doença de Crohn e em menor proporção à Doença de Whipple, doença celíaca e

a cirurgia de bypass intestinal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004, p.08).

A doença inflamatória intestinal e as espondiloartropatias são imunologicamente mediadas, porém os mecanismos patogênicos não estão bem elucidados e a conexão entre as duas permanece obscura. Diversas linhas de evidências indicam o trânsito dos leucócitos entre o intestino e as articulações. Mostrou-se que os leucócitos da mucosa de pacientes com doença inflamatória intestinal ligam-se avidamente à vasculatura sinovial através de diversas moléculas de aderência, e isolaram-se células T com seqüências idênticas do receptor de antígeno do intestino e da sinóvia de um mesmo paciente. Os macrófagos que expressam CD 163 são proeminentes nas lesões inflamatórias do intestino e da sinóvia (HARRISON, 2006, p.2098).

São reconhecidos dois padrões principais de acometimento articular na doença de crohn e na retocolite ulcerativa. O primeiro seria uma forma de artrite periférica chamada artrite enteropática. O segundo padrão, denominado axial, seria a sacroileíte, com ou sem espondilite. Além disso, podem ocorrer manifestações peri-articulares como entesite, tendinite e periostite. A artrite periférica em pacientes com doença de crohn e retocolite ulcerativa ocorre em uma frequência que varia de 2,8% a 31% nos diversos trabalhos publicados. Em geral o curso clínico é auto-limitado, não evoluindo com destruição articular, e tende a ser recorrente de acordo com os períodos de exacerbação da atividade clínica da doença intestinal. As articulações mais acometidas são os joelhos e tornozelos. Em 1998, foi sugerido por Orchard *et al.* que a artrite periférica poderia ser dividida em três padrões: Tipo I, oligoartrite assimétrica; tipo II, poliartrite simétrica e tipo III associada à espondiloartropatia. A artrite do tipo I afeta menos de cinco articulações, tem caráter agudo e auto-limitado, dura menos que dez semanas e acompanha a atividade inflamatória do intestino. A artrite tipo II acomete cinco ou mais articulações, os sintomas podem durar meses ou anos, não reflete a atividade da doença e raramente precede seu diagnóstico. O envolvimento axial inclui a espondilite e a sacroileíte, e é geralmente, mais comum em pacientes com doença de crohn (5% a 22%) do que a retocolite ulcerativa (2% a 6%). Em contraste com os sintomas da artrite periférica, a sintomatologia e o curso clínico da sacroileíte e da espondilite são independentes da evolução da doença intestinal (LANNA, 2006, p. 47). Uma poliartrite periférica migratória, geralmente não deformante, pode ocorrer na Doença de Whipple e após a cirurgia de bypass

intestinal; (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004, p.08). Na doença de Wipple, a poliartrite ocorre em 90% dos casos, e pode preceder em anos, os sintomas gastrintestinais. A sacroileíte é ocasional (BRENT, 2006, p.09).

O hemograma revela anemia, leucocitose e trombocitose. As provas de atividade inflamatórias costumam estar elevadas. O líquido articular em geral é levemente inflamatório, com predomínio de células mononucleares, com culturas negativas e ausência de cristais. As alterações radiográficas do esqueleto axial são iguais a aquelas da espondilite anquilosante não complicada. A radiografia da pelve revela sacroileíte bilateral, usualmente simétrica, especialmente quando relacionada à doença inflamatória intestinal. As erosões são incomuns na artrite periférica, mas podem acometer as articulações metatarsofalangeanas (ibid.).

Em relação ao controle dos sintomas periféricos, preconiza-se o uso de corticóides, intra-articulares ou sistêmicos e dentre os DMARDs, a sulfassalazina é o agente mais utilizado. O uso do metotrexato e da azatioprina ainda não foi muito bem estudado. Em relação aos agentes anti-TNFs, eles podem ter benefício principalmente na doença de crohn, com envolvimento axial (ibid.).

Apesar da avaliação clínica e radiográfica cuidadosa ainda existe um número substancial de pacientes que não se enquadram facilmente em um dos subconjuntos diagnósticos clássicos descritos anteriormente. Esses pacientes frequentemente são definidos como portadores de espondiloartropatia indiferenciada, apresentando-se com entesite periférica; ou artrite assimétrica; ou sacroileíte assimétrica; ou irite, na ausência de infecção antecedente identificável ou doença intestinal inflamatória ou psoríase concomitante. A história natural da espondiloartropatia indiferenciada não está bem definida, e a heterogeneidade dos casos e os dilemas diagnósticos exigem uma abordagem sistemática ou multicêntrica do problema (BENNET, 2005, p. 1935).

Estudos controlados de longo prazo mostraram que um paciente com dor inflamatória pode demorar até 14 anos para desenvolver uma sacroileíte radiológica, permitindo então que seja possível o diagnóstico de espondilite. A presença de HLA-B27 representa um fator

prognóstico de evolução para uma doença definida. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2004, p.09).

As espondiloartropatias juvenis (que se iniciam em indivíduos menores de 16 anos) costumam ter características clínicas que permitem diferenciá-las da doença que se inicia do adulto. Primordialmente, apresentam franco predomínio de acometimento de articulações periféricas, geralmente como uma oligoartrite de articulações de membros inferiores, associada á entesopatia periférica; o acometimento axial costuma ser tardio, muitas vezes já na fase adulta (BARROS, *et al.*, 2007, p. 248).

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 CASUÍSTICA

3.1.1 REGISTRO BRASILEIRO DE ESPONDILOARTROPATIAS

A idéia de se traçar um perfil regional das espondiloartropatias surgiu a partir do Registro Brasileiro de Espondiloartropatias. Em 06 de agosto de 2005, durante a Jornada Brasileira de Reumatologia, em Brasília, foi formado um grupo de 28 reumatologistas de 28 centros universitários, para aplicar, no Brasil, o protocolo padronizado para investigação de variáveis epidemiológicas, clínicas e radiológicas elaborado por reumatologistas de alguns países. Este documento foi oriundo de Registro Ibero americano de espondiloartropatias. No Pará, foi convidada a professora Maria de Fátima Lobato, do serviço de Reumatologia da Universidade federal do Pará, para participar do estudo. A partir 2006, foi iniciado o registro dos pacientes pela professora Fátima Lobato e três estudantes de medicina, com o objetivo de incluir os pacientes de Belém, no registro nacional, até dezembro de 2007, data limite de inclusão de pacientes. Foram protocolados 41 pacientes e, a partir desse material, surgiu à idéia de analisar os dados coletados, nesse período, para a elaboração de uma monografia de conclusão de curso, para conhecer o perfil dos pacientes portadores de espondiloartropatias da cidade de Belém.

3.1.2 TIPO DE ESTUDO PERÍODO E LOCAL

Trata-se de um estudo individualizado, observacional, transversal, do tipo inquérito no qual foram utilizados os dados obtidos pela aplicação dos questionários elaborados pelo grupo de estudo da EAP. Os dados foram provenientes de protocolos aplicados anteriormente à pacientes em um serviço particular de reumatologia de Belém.

3.2 MÉTODOS

Foi utilizado para a coleta dos dados o protocolo oficial do Registro Brasileiro de Espondiloartropatias, tradução do protocolo espanhol, que está inserido num projeto de protocolo único a ser utilizado no grande estudo multicêntrico Ibero americano. Este protocolo contém diversas variáveis que consistem em: dados epidemiológicos sobre a doença e o paciente, avaliação clínica, incluindo grau de acometimento do esqueleto axial, articulações periféricas e manifestações extra-articulares, dados laboratoriais, terapêutica medicamentosa utilizada, BASDAI, BASFI, ASQUoL, SF-12 (ANEXO A).

O BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) é o instrumento mais utilizado mundialmente na mensuração da atividade inflamatória das EAP. Consiste em seis questões sobre fadiga, dor lombar, dor articular, entesopatia e quantificação da rigidez matinal. Para mensuração é utilizada a Escala Visual Analógica (EVA) que varia de 0 a 10 cm.

BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Function Index) instrumento que avalia a capacidade funcional dos portadores de EAP. É obtido pela média de dez questões novamente com a utilização da EVA, das quais oito estão relacionadas à capacidade física do paciente e duas a capacidade de realizar atividades do dia-a-dia.

ASQUoL (Ankylosing Spondylitis Quality of Life) e SF-12 são instrumentos específicos para avaliação da qualidade de vida destes pacientes. Os ASQUoL consta de dezoito itens baseados em afirmações de pessoas que tem a doença sobre seu estado. O paciente deve marcar sim se sente que a frase se aplica a ele e não se ela não se aplica.

O SF-12 é a versão reduzida do questionário de saúde SF-36. a partir dos 12 itens são construídas duas pontuações a referente a componente físico e a mental. Valores mais altos indicam melhor qualidade de vida.

3.3 A REVISÃO DA LITERATURA

Foram consultados artigos científicos da base de dados da LILACS, PUBMED, MEDSCAPE, MEDLINE, *New England Journal of Medicine*, Revistas da Sociedade Brasileira de Reumatologia e diversos livros de Reumatologia.

3.4 A POPULAÇÃO

A população do estudo foi composta por pacientes, do estado do Pará, acompanhados em um serviço de reumatologia.

3.5 MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Os dados coletados foram inseridos em banco de dados do programa EPI-INFO versão 6.04. As tabelas e gráficos foram construídos no Microsoft Excel.

Para a análise estatística, aplicou-se o teste X^2 (Qui-Quadrado), considerando o nível de significância estatística $\alpha = 0,05$, no software BioEstat 4.0.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

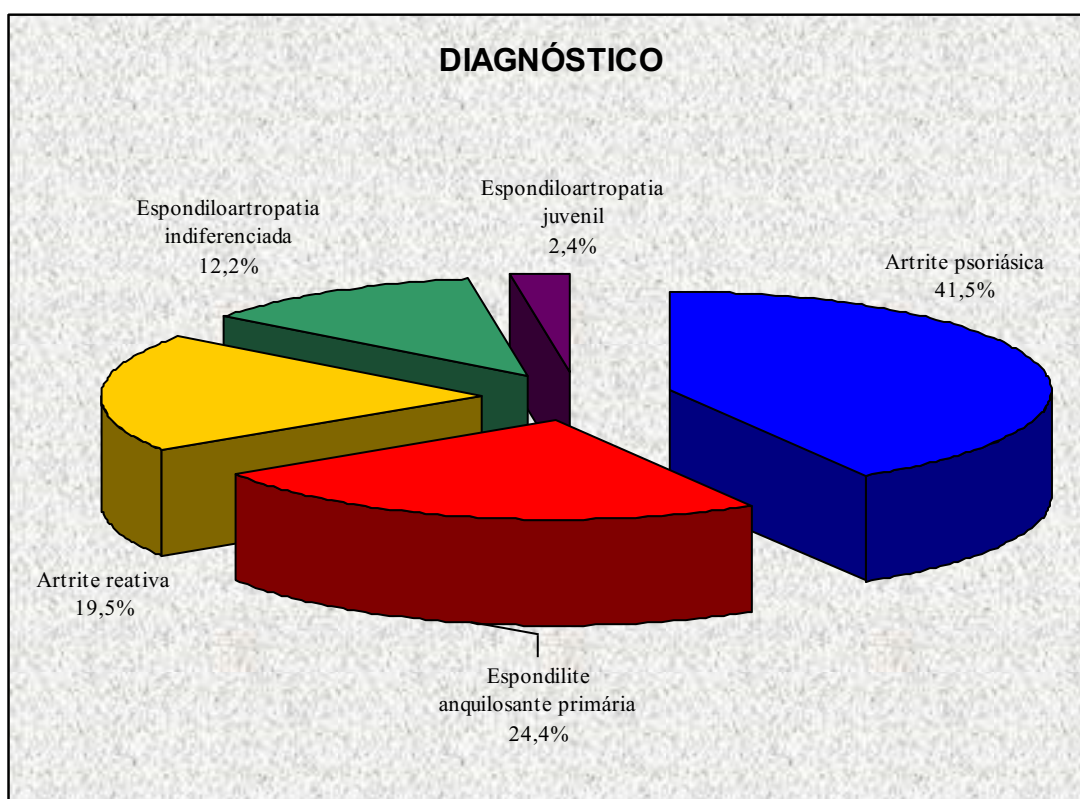
Considerando as diretrizes e normas regulamentadoras, contidas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das pesquisas dos seres humanos, informamos que no presente estudo, todos os dados foram extraídos de protocolos aplicados anteriormente em pacientes de um serviço de reumatologia. Não foi revelada, a identificação de qualquer paciente durante a realização ou apresentação do estudo. Não foi obtido termo de consentimento livre e esclarecido, pois os dados foram coletados de protocolos já aplicados.

4. RESULTADOS

TABELA 1 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com o diagnóstico.

DIAGNÓSTICO	Freq	%
Artrite psoriásica	17	41,5%
Espondilite anquilosante primária	10	24,4%
Artrite reativa	8	19,5%
Espondiloartropatia indiferenciada	5	12,2%
Espondiloartropatia juvenil	1	2,4%
TOTAL	41	100,0%

Fonte: Protocolo de Pesquisa



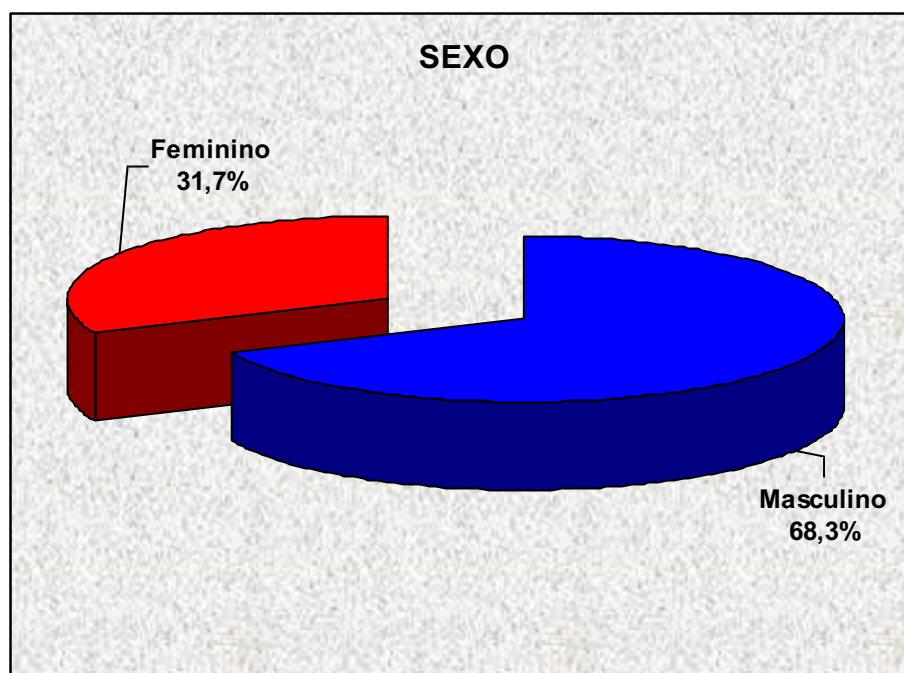
Fonte: Protocolo de Pesquisa

GRÁFICO 1 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com o diagnóstico.

TABELA 2 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com o sexo.

SEXO	Freq	%
Masculino *	28	68,3%
Feminino	13	31,7%
TOTAL	41	100,0%

Fonte: Protocolo de Pesquisa



Fonte: Protocolo de Pesquisa

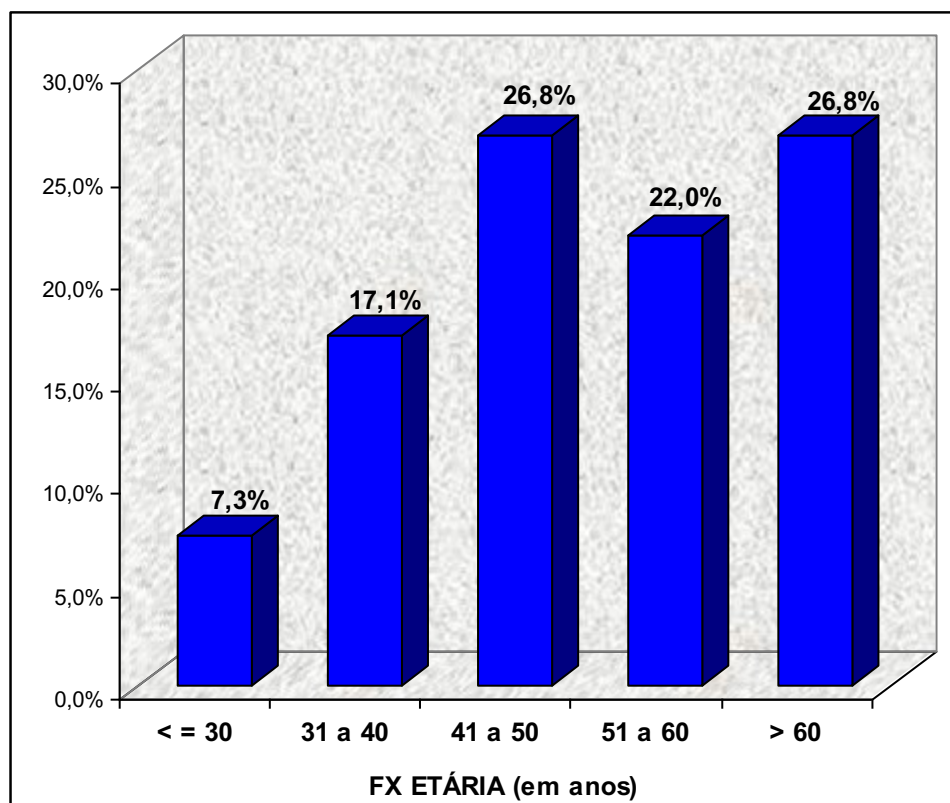
GRÁFICO 2 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com o sexo.

TABELA 3 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a faixa etária.

FX ETÁRIA (em anos)	Freq	%
< = 30	3	7,3%
31 a 40	7	17,1%
41 a 50	11	26,8%
51 a 60	9	22,0%
> 60	11	26,8%
TOTAL	41	100,0%

Média = 50.1 anos

Fonte: Protocolo de Pesquisa



Fonte: Protocolo de Pesquisa

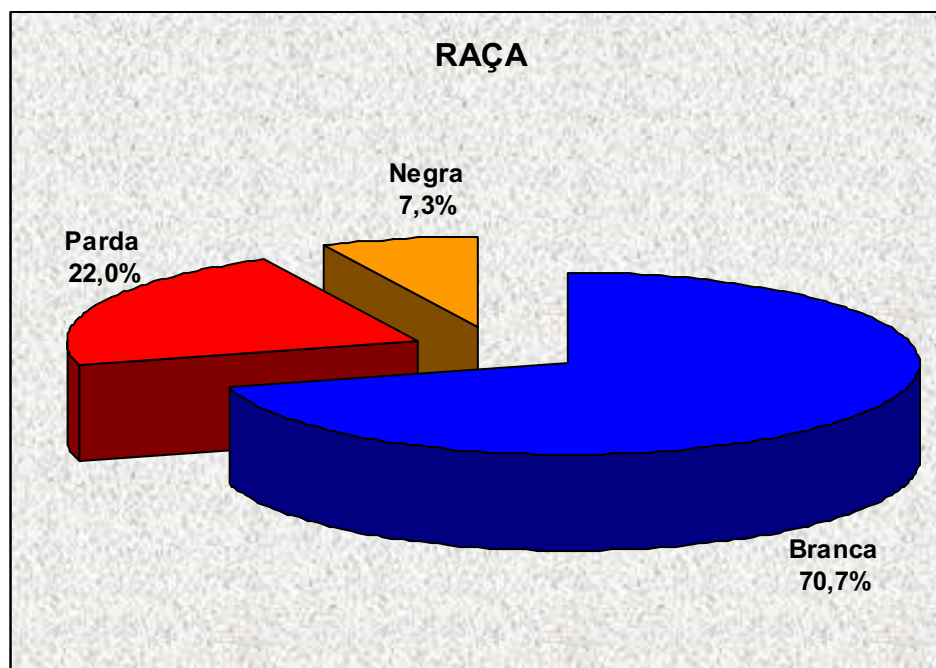
GRÁFICO 3 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a faixa etária.

TABELA 4 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a raça.

RAÇA	Freq	%
Branca *	29	70,7%
Parda	9	22,0%
Negra	3	7,3%
TOTAL	41	100,0%

p = 0.00001 (Qui-Quadrado)

Fonte: Protocolo de Pesquisa



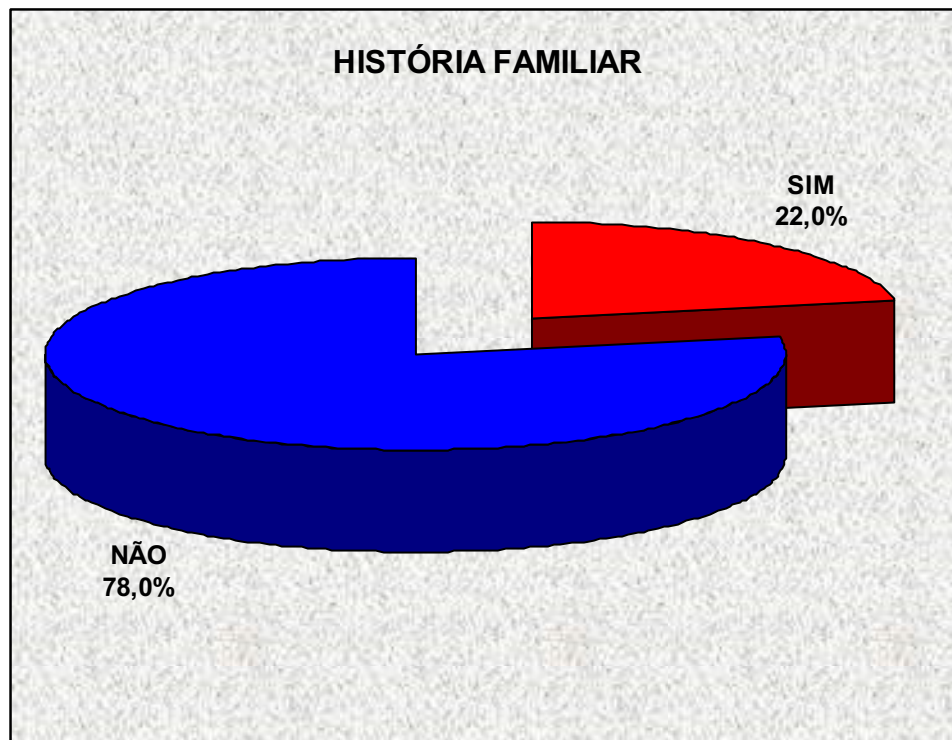
Fonte: Protocolo de Pesquisa

GRÁFICO 4 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a raça.**TABELA 5** - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a história familiar em relação a sua patologia.

HISTÓRIA FAMILIAR	Freq	%
SIM	9	22,0%
NÃO *	32	78,0%
TOTAL	41	100,0%

p = 0.0006 (Qui-Quadrado)

Fonte: Protocolo de Pesquisa



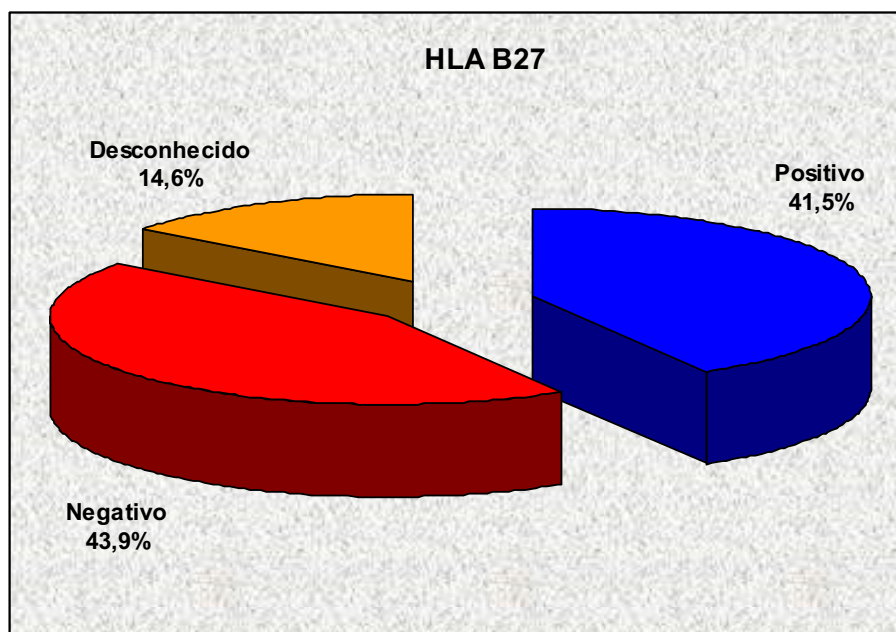
Fonte: Protocolo de Pesquisa

GRÁFICO 5 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a história familiar em relação a sua patologia.

TABELA 6 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a positividade do HLA-B27.

HLA-B27	Freq	%
Positivo	17	41,5%
Negativo	18	43,9%
Desconhecido	6	14,6%
TOTAL	41	100,0%

Fonte: Protocolo de Pesquisa



Fonte: Protocolo de Pesquisa

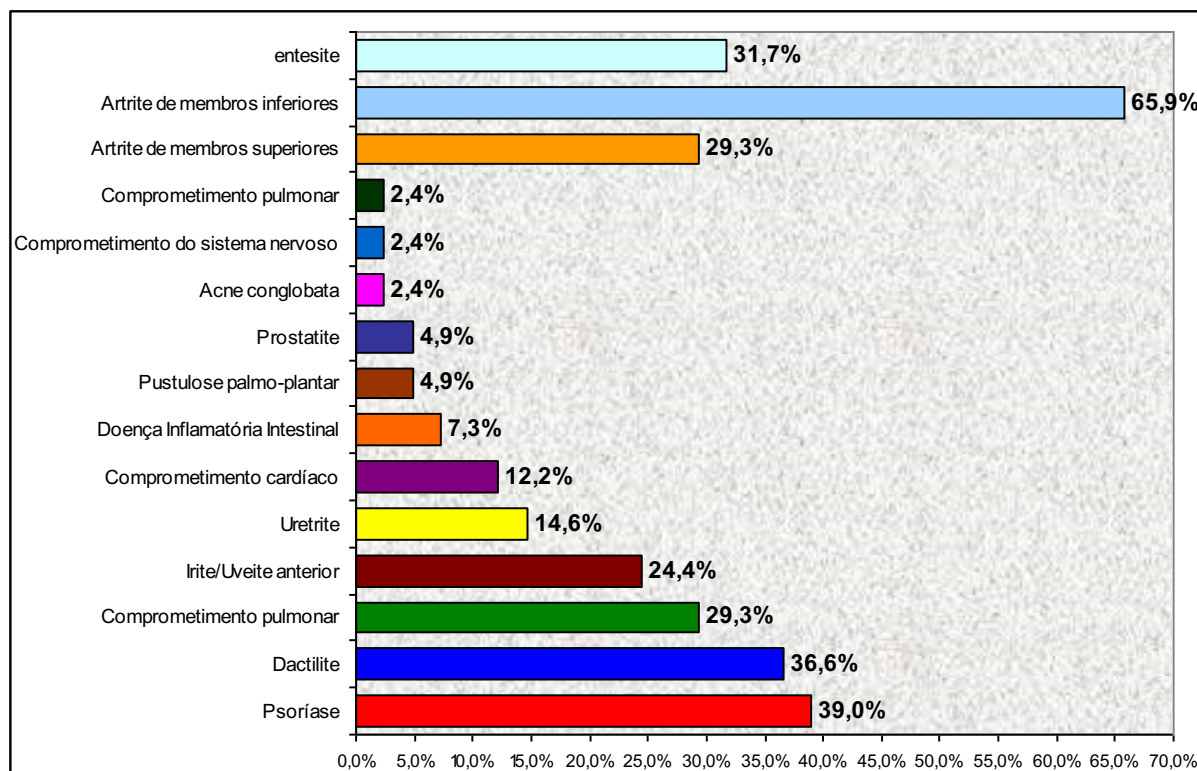
GRÁFICO 6 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a positividade do HLA-B27.

TABELA 7 - Manifestações extra-articulares nos 41 pacientes com diagnóstico de espondiloartropatia.

MANIFESTAÇÕES EXTRA-ARTICULARES	Freq	%
Psoríase	16	39,0%
Dactilite	15	36,6%
Comprometimento pulmonar	12	29,3%
Irite/Uveíte anterior	10	24,4%
Uretrite	6	14,6%
Comprometimento cardíaco	5	12,2%
Doença Inflamatória Intestinal	3	7,3%
Pustulose palmo-plantar	2	4,9%
Prostatite	2	4,9%
Acne conglobata	1	2,4%
Comprometimento do sistema nervoso	1	2,4%
Comprometimento pulmonar	1	2,4%
Artrite de membros superiores	12	29,3%
Artrite de membros inferiores	27	65,9%
entesite	13	31,7%

$p < 0,05$ (Qui-Quadrado)

Fonte: Protocolo de Pesquisa



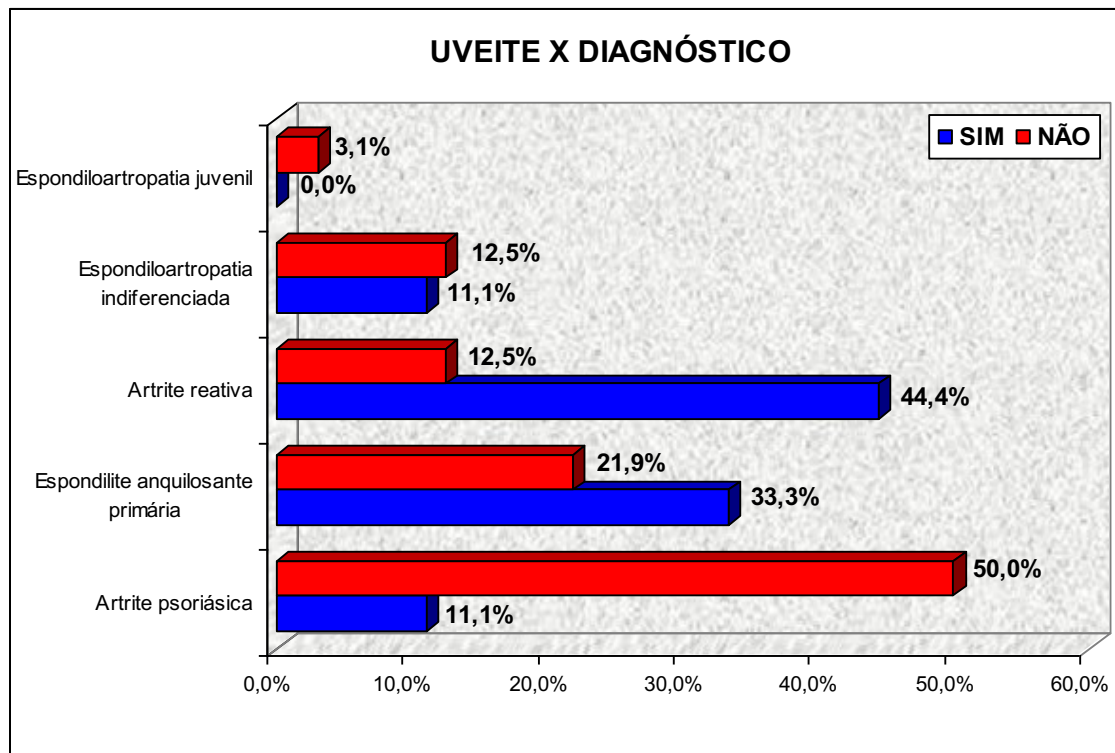
Fonte: Protocolo de Pesquisa

GRÁFICO 7 - Manifestações extra-articulares nos 41 pacientes com diagnóstico de espondiloartropatia.

TABELA 8 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias, que apresentaram uveíte, segundo o diagnóstico.

DIAGNÓSTICO	UVEITE				TOTAL	
	SIM	%	NÃO	%	Freq	%
Artrite psoriásica	1	11,1%	16	50,0%	17	41,5%
Espondilite anquilosante primária	3	33,3%	7	21,9%	10	24,4%
Artrite reativa	4	44,4%	4	12,5%	8	19,5%
Espondiloartropatia indiferenciada	1	11,1%	4	12,5%	5	12,2%
Espondiloartropatia juvenil	0	0,0%	1	3,1%	1	2,4%
TOTAL	9	22,0%	32	78,0%	41	100,0%

Fonte: Protocolo de Pesquisa



Fonte: Protocolo de Pesquisa

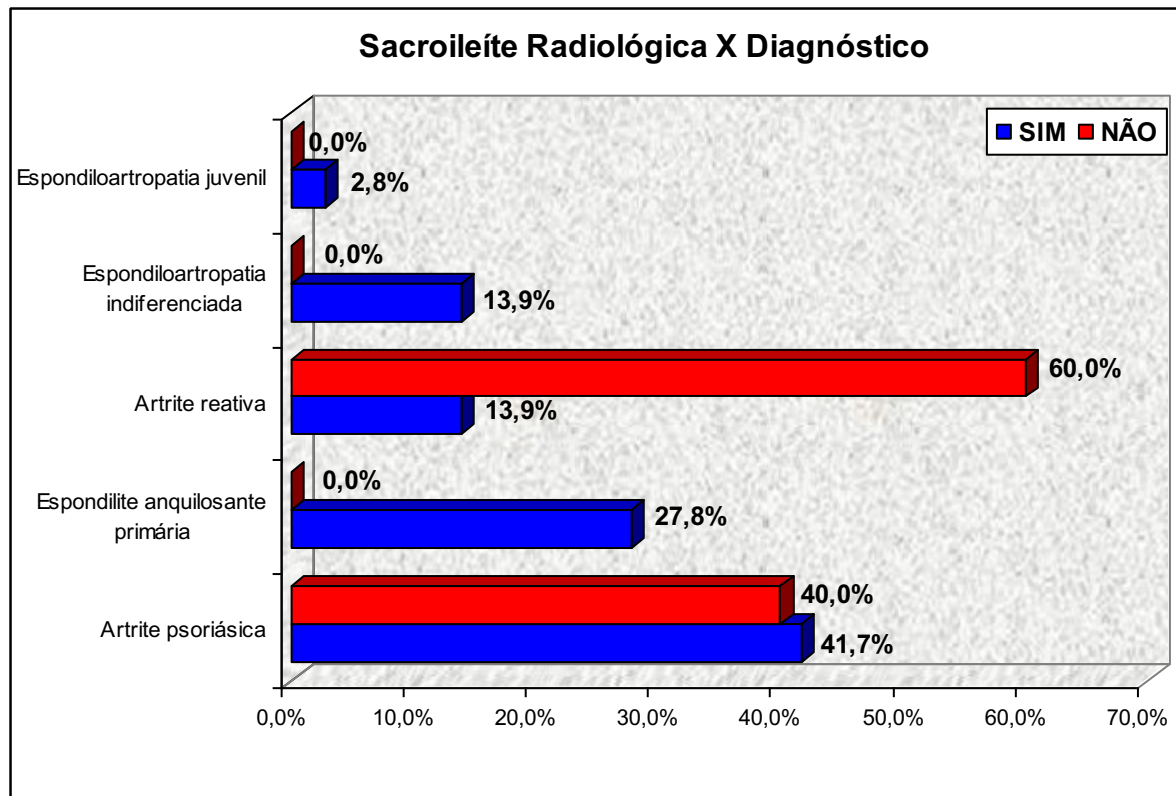
GRÁFICO 8 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias, que apresentaram uveíte, segundo o diagnóstico.

TABELA 9 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias, que apresentaram sacroileíte radiológica.

DIAGNÓSTICO	SACROILEÍTE RADIOLÓGICA				TOTAL	
	SIM	%	NÃO	%	Freq	%
Artrite psoriásica	15	41,7%	2	40,0%	17	41,5%
Espondilite anquilosante primária	10	27,8%	0	0,0%	10	24,4%
Artrite reativa	5	13,9%	3	60,0%	8	19,5%
Espondiloartropatia indiferenciada	5	13,9%	0	0,0%	5	12,2%
Espondiloartropatia juvenil	1	2,8%	0	0,0%	1	2,4%
TOTAL	36	87,8%	5	12,2%	41	100,0%

$p = 0.1354$ (Qui-Quadrado)

Fonte: Protocolo de Pesquisa



Fonte: Protocolo de Pesquisa

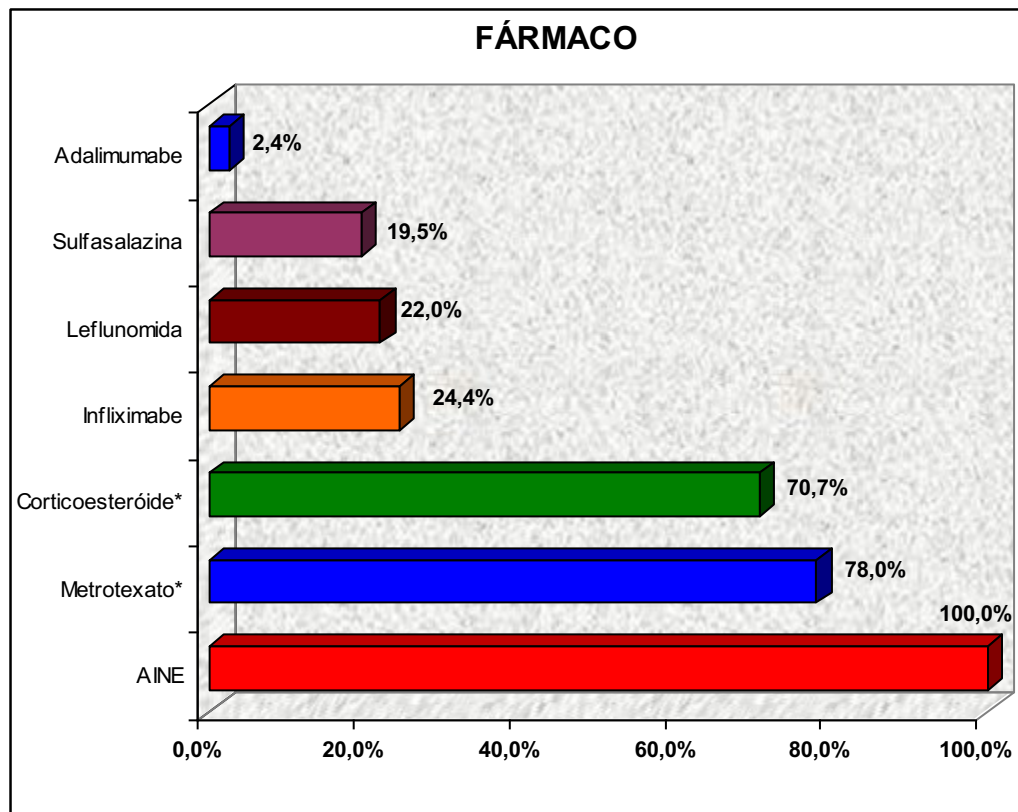
GRÁFICO 9 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias, que apresentaram sacroileíte radiológica.

TABELA 10 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com os fármacos utilizados para o tratamento da doença.

FÁRMACO	Freq	%
AINE	41	100,0%
Metrotexato*	32	78,0%
Corticoesteróide*	29	70,7%
Infliximabe	10	24,4%
Leflunomida	9	22,0%
Sulfasalazina	8	19,5%
Adalimumabe	1	2,4%

p < 0.05 (Qui-Quadrado)

Fonte: Protocolo de Pesquisa



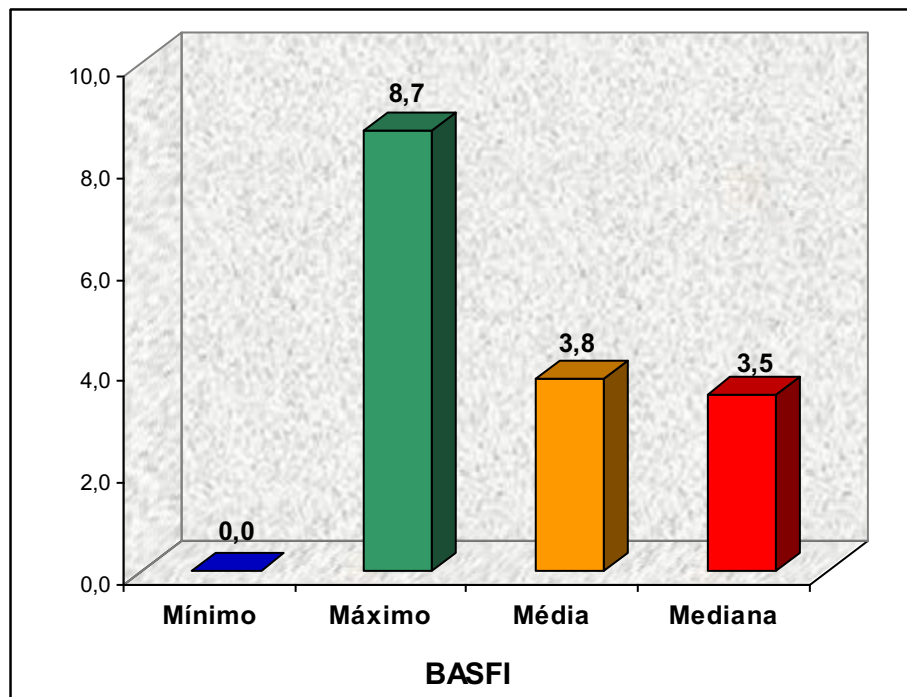
Fonte: Protocolo de Pesquisa

GRÁFICO 10 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com os fármacos utilizados para o tratamento da doença.

TABELA 11 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com o BASFI.

BASFI	VALORES
Mínimo	0,0
Máximo	8,7
Média	3,8
Mediana	3,5
Desvio Padrão	2.8

Fonte: Protocolo de Pesquisa



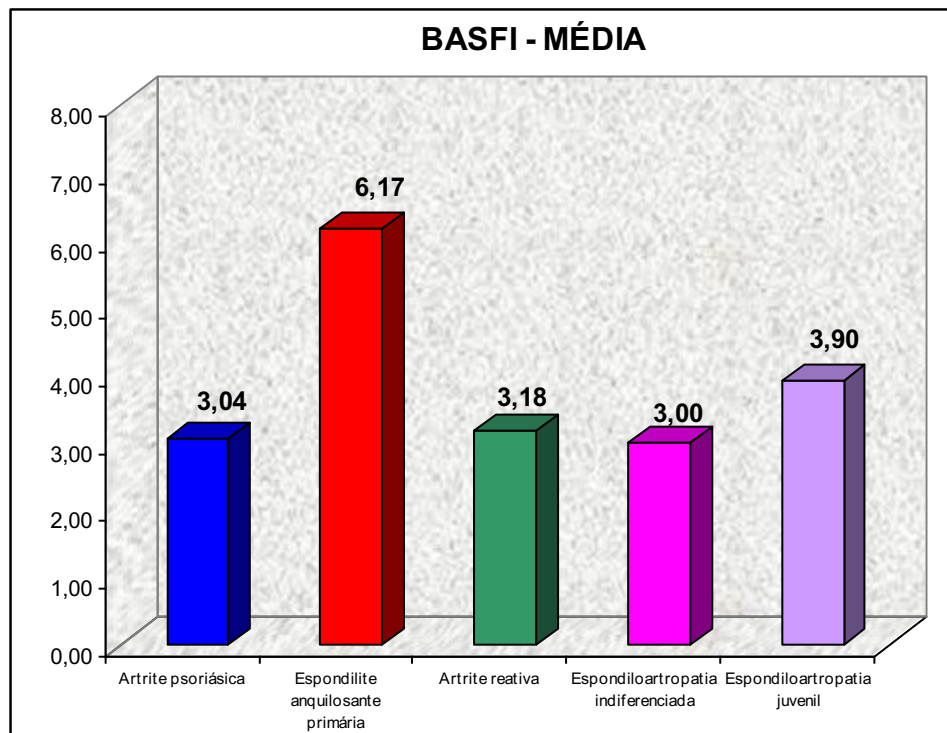
Fonte: Protocolo de Pesquisa

GRÁFICO 11 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com o BASFI.

TABELA 12 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a média obtida no score BASFI, segundo o diagnóstico.

DIAGNÓSTICO	BASFI - MÉDIA
Artrite psoriásica	3,04
Espondilite anquilosante primária	6,17
Artrite reativa	3,18
Espondiloartropatia indiferenciada	3,00
Espondiloartropatia juvenil	3,90

Fonte: Protocolo de Pesquisa



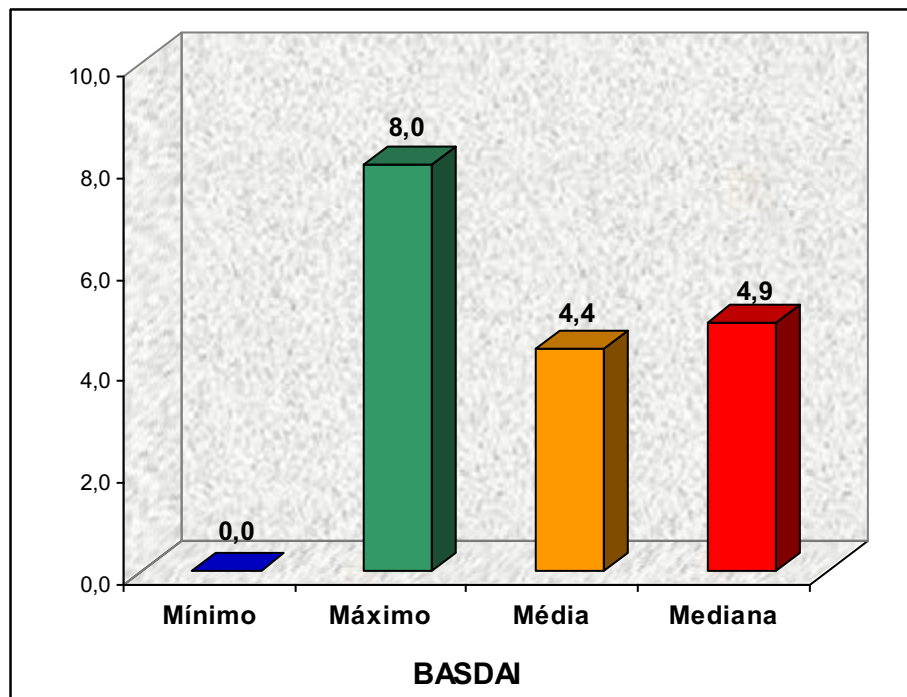
Fonte: Protocolo de Pesquisa

GRÁFICO 12 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a média obtida no score BASFI, segundo o diagnóstico.

TABELA 13 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com o BASDAI.

BASDAI	VALORES
Mínimo	0,0
Máximo	8,0
Média	4,4
Mediana	4,9
Desvio Padrão	2,3

Fonte: Protocolo de Pesquisa



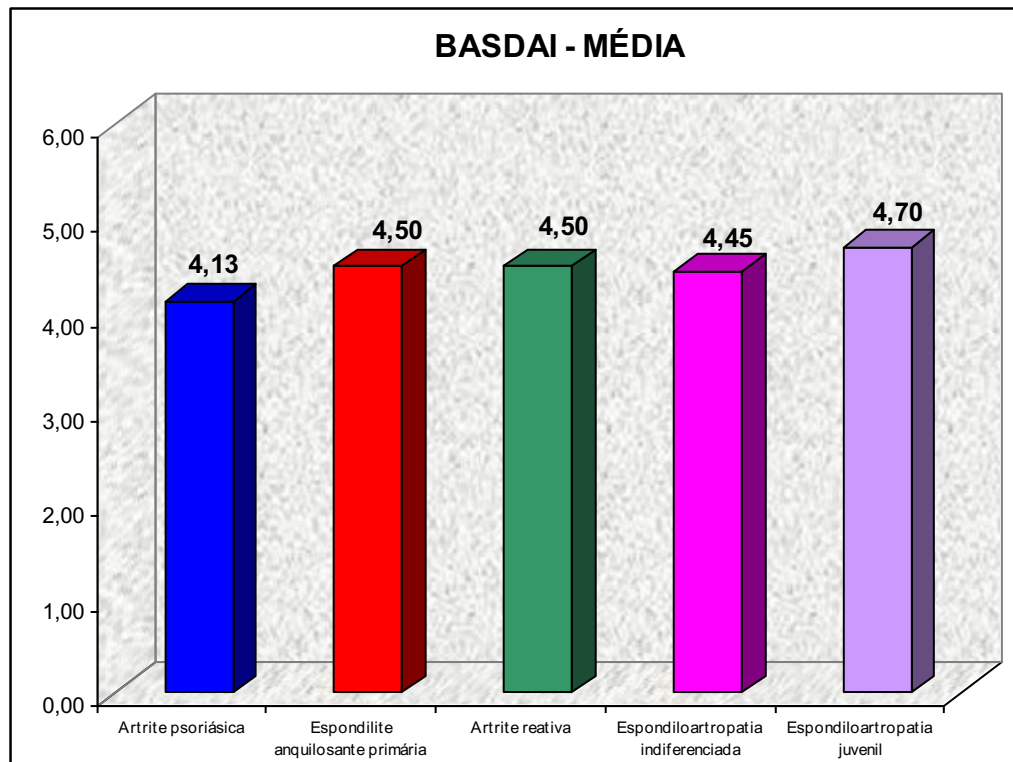
Fonte: Protocolo de Pesquisa

GRÁFICO 13 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com o BASDAI.

TABELA 14 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a média obtida no score BASDAI, segundo o diagnóstico.

DIAGNÓSTICO	BASDAI - MÉDIA
Artrite psoriásica	4,13
Espondilite anquilosante primária	4,50
Artrite reativa	4,50
Espondiloartropatia indiferenciada	4,45
Espondiloartropatia juvenil	4,70

Fonte: Protocolo de Pesquisa



Fonte: Protocolo de Pesquisa

GRÁFICO 14 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias de acordo com a média obtida no score BASDAI, segundo o diagnóstico.

TABELA 15 - Distribuição dos 41 pacientes de espondiloartropatias, de acordo com os scores ASQol, SF12-A e SF12-B.

ÍNDICE	EAP (n=10)		APS (n=17)		Are (n=8)		AI (n=5)		AJ (n=1)
	Mín - Máx	Média	Mín - Máx	Média	Mín - Máx	Média	Mín - Máx	Média	
ASQoL	1 - 4	7,9	0 - 17	8.118	0 - 14	8.625	0 - 13	4,4	9
SF-12 A	10 - 13	11,4	9 - 14	11.471	9 - 15	11.500	10 - 14	12,0	13
SF-12 B	16 - 21	18,5	14 - 24	18.529	16 - 22	19.625	11 - 20	16,2	12

Fonte: Protocolo de Pesquisa

5. DISCUSSÃO

As espondiloartropatias são doenças que trazem grande prejuízo para a vida do paciente, afetando a saúde com dores, inflamação e perda funcional progressiva das articulações acometidas. Além de dor crônica intensa, sabe-se que não há tratamento definitivo para estas enfermidades, e acometimentos extra-articulares, como as alterações oculares, cardíacas, pulmonares, entre outras que podem ocorrer em algumas dessas doenças.

Com toda essa repercussão na saúde do portador de uma das espondiloartropatias é natural se esperar o surgimento de manifestações que ultrapassam os limites biológicos e patológicos, atingindo também a esfera psicológica e social que compõe a vida de um ser humano saudável, como a perda da qualidade de vida por prejudicar a realização de tarefas cotidianas como a higiene básica pessoal, acarretando problemas que podem influenciar negativamente na evolução da doença, tais como a depressão.

Observando o que foi relatado acima, é de vital importância que se conheça a epidemiologia dessas doenças, as suas formas clínicas, a repercussão da doença sobre a qualidade de vida do doente, para que se possam tomar medidas que visam não apenas o diagnóstico e o tratamento medicamentoso, mas também a vida do indivíduo como um todo.

Foi encontrada, na presente casuística (41 pacientes) 41,5 % de artrite psoriásica, 24,4% de espondilite anquilosante, 19,5% de artrite reativa 12,2% de espondiloartropatia indiferenciada e 2,4% de espondiloartropatia juvenil. Houve um predomínio de artrite psoriásica seguida pela espondilite anquilosante, diferindo da literatura onde há maior frequência de espondilite anquilosante, seguida pela espondiloartropatia indiferenciada como mostra Carlos Alexandre *et al.* (BOMTEMPO, 2004, p.05), em um estudo com 156 pacientes, cujo resultado mostra uma prevalência de 48,10% de espondilite anquilosante e 20,51% de espondiloartropatia indiferenciada. Braun *et al.* (BRAUN, 2004, p. 02) também obtiveram resultado semelhante em seu estudo, onde 45% dos pacientes tiveram diagnóstico de espondilite anquilosante e 35% dos pacientes foram classificados como portadores de espondiloartropatia indiferenciada. No entanto, não se sabe se a espondilite anquilosante é a espondiloartropatia mais freqüente, ou se estes resultados se devem ao fato da espondilite anquilosante ser uma doença cujo conhecimento está consolidado há anos, sendo mais fácil o diagnóstico (BOMTEMPO, 2004, p.07).

Neste estudo, o sexo masculino foi duas vezes mais freqüente que o feminino com uma razão de 2,15: 1 (68,2%), resultado semelhante aos encontrados em outras publicações. Em 1991, Edmunds *et al.* (BOMTEMPO, 2004, p.06 apud EDMUNDS, 1991, p. 696), avaliaram 1.120 espondilíticos, encontrando uma distribuição, entre os sexos de 2,4: 1 a favor do sexo masculino. Pouco depois, Kennedy *et al.* (BOMTEMPO, 2004, p.06 apud KENNEDY, 1993, p. 1903) examinaram 1.949 doentes com espondiloartropatias, mostrando

uma proporção de 2,6 homens para cada mulher. *Gran Skomsvoll et al.* (BOMTEMPO, 2004, p.07 apud GRAN, 1997, p. 766) demonstraram uma razão de 2:1 em cem enfermos.

A média de idade dos pacientes foi de 50.1 anos, o que está aproximado com o trabalho de *Carlos et al.* que foi de 43 anos (BOMTEMPO, 2004, p.06), e *Colantes et al.* (2007, p.1309), que em seu estudo também encontrou uma média de idade de 47 anos. No entanto, estes resultados diferem dos mostrados em um estudo de *Sampaio et al.* (BARROS, 2001, p.201) em 2002, onde se realizou um seguimento de dois anos em pacientes portadores de espondiloartropatias, e a média de idade observada na casuística estudada foi de 31 anos. Vale salientar que na presente casuística predominou o diagnóstico de artrite psoriásica, onde a idade de aparecimento da doença é mais tardia. A diferença em relação a média de idade encontrada por *Sampaio et al* deve-se o fato de nesse estudo os autores considerarem a idade de aparecimento dos primeiros sintomas da doença e não a idade do paciente no momento do diagnóstico da doença, além disso, a doença mais prevalente foi a espondilite anquilosante, onde as manifestações clínicas são de início precoce, geralmente na segunda década de vida. (BRENT, 2004, p.4).

As espondiloartropatias são doenças que sofrem influência de fatores genéticos, étnicos e raciais. Sabe-se que estas doenças são menos frequentes em americanos da raça negra que em americanos brancos, e é extremamente rara em negros africanos (BRENT, 2006, p.04). No presente estudo, foi encontrada uma prevalência de 70,7% de indivíduos da raça branca, 21,9% pardos e 7,3% negros. São raros os estudos na literatura nacional e internacional para a comparação. No Brasil, foi encontrado apenas um estudo conduzido por *Sampaio et al.*, (BARROS, 2001, p.201-206) na Universidade de Campinas em pacientes com espondiloartropatias, no qual a prevalência de indivíduos da raça branca foi 72%, concordando com a presente casuística. Outros estudos obtiveram resultados semelhantes, como *Lawrence H. Brent*, em 2006, nos Estados Unidos, que mostrou a elevada ocorrência de espondiloartropatias na população de raça branca (BRENT, 2006, p.04). Salienta-se que este autor utilizou apenas pacientes com espondilite anquilosante primária e espondiloartropatia indiferenciada. Atualmente, tem se questionado a validade de se analisar tal variável em estudos científicos, já que sua classificação nem sempre é fácil, e as definições são imprecisas (cor, país de origem, língua) e não há padronização para alocar os pacientes em determinada categorias (BOMTEMPO, 2004, p. 07 apud KAPLAN, 2003, p. 2709).

A história familiar se mostrou presente em 22% dos pacientes com espondiloartropatias estudados neste trabalho. Este resultado se aproxima com o único trabalho encontrado na literatura nacional que estudou esta variável (BARROS, 2001, p.201), que mostra uma positividade de apenas 9%.

A prevalência do HLA-B27 neste estudo foi de 41, 4 %, mostrando um valor inferior ao referido por *Carlos Alexandre et al.* (KATARIA, 2004, p.2853) no seu estudo de avaliação clínica, laboratorial e radiográfica de brasileiros com espondiloartropatias, onde a ocorrência de HLA-B27 foi de 53,85%. Porém, a sua maior prevalência foi de pacientes com espondilite anquilosante, que é a espondiloartropatia com maior associação com HLA-B27. Enquanto isso, nessa casuística a espondiloartropatia mais prevalente foi à artrite psoriásica que, tem uma menor associação com HLA-B27, em torno de 40%, como mostra *Rajesh K.* (KATARIA, 2004, p.2853) e *Abby S.* (VOORHEES, 2007, p. 03). No entanto, ambas as frequências são consideradas baixas quando comparadas a trabalhos realizados nos Estados Unidos e na Europa. *Brewerton et al.* (BOMTEMPO, 2004, p.08 apud BREWERTON, 1973, p. 904) e *Scholosstein et al.* (BOMTEMPO, 2004, p.08 apud SCHLOSSTEIN, 1973, p. 704), ao estudar pacientes com espondilite anquilosante obtiveram frequência de positividade para o HLA- B27 em 88% e 96% respectivamente. Os trabalhos com pacientes não-europeus e não-americanos mostram frequência mais baixa do HLA-B27. *Mijiyawa et al.* (BOMTEMPO, 2004, p.08 apud MIJIYAWA, 2000, p. 281), estudando negros africanos de regiões do Sub-Saara mostram frequência de 6% de HLA-B27. Acredita-se que, quanto maior a prevalência do HLA-B27 na população geral, maior sua frequência nas espondiloartropatias, principalmente da espondilite anquilosante (BOMTEMPO, 2004, p.08 apud KHAN, 1998, p. 279).

Analisando o acometimento extra articular, a psoríase (39%), a dactilite (36,6%) e o envolvimento ungueal (29,3%), foram as manifestações mais comuns. A maior ocorrência de tais manifestações clínicas extra-articulares é atribuída ao predomínio de pacientes com artrite psoriásica na casuística deste estudo. *Colantes E. et al.* (COLLANTES, 2007, p. 1309) em seu estudo com 1370 pacientes, também observou a psoríase como manifestação extra-articular mais comum com 25% de frequência, enquanto a uveíte ficou em segundo lugar com 16%. A prevalência de uveíte anterior aguda nesta casuística foi de 22%, resultado semelhante ao descrito na literatura. Em um estudo publicado nos arquivos

brasileiros de oftalmologia (SKARE, 2007, p.827), com amostragem de 77 pacientes portadores de espondiloartropatias, observou-se uma prevalência de uveíte igual a 15,6%. O aparecimento da uveíte foi mais precoce nos casos de artrite reativa, e mais tardio nos pacientes com espondilite anquilosante, sem haver, porém influência do sexo e do tipo de espondiloartropatia na prevalência de uveíte (ibid.). No entanto, uma revisão sistemática de 126 artigos realizada em outubro de 2006 a fim de avaliar as características da uveíte nas espondiloartropatias, mostrou uma prevalência de uveíte em 32,7% dos pacientes, sendo 33,2% na espondilite anquilosante, seguida pela artrite psoriásica, 25,1% (ibid.).

O envolvimento do esqueleto apendicular encontrado na presente amostra é representado por artrite periférica, dactilite e entesite. A artrite periférica foi a manifestação extra-axial mais comum, tendo uma frequência de 95% na casuística global, sendo que deste total 51,2% representa artrite psoriásica, e 25,6% artrite reativa. Este resultado provavelmente associa-se ao fato de a oligoartrite assimétrica de grandes e pequenas articulações, ser o tipo clínico mais frequente de artrite psoriásica, com ocorrência em 30 a 50% dos pacientes. (BENNET, p. 1934, 2005). Além disso, a artrite assimétrica de membros inferiores é a manifestação articular mais característica das artrites reativas, estando inclusive incluída no critério maior de classificação deste grupo de espondiloartropatias (LOZADA, 2006, p. 03). A entesite teve uma frequência de 31,7% e dactilite obteve 19,5% do total de pacientes avaliados. A artrite psoriásica ocupou a maioria das porcentagens destas manifestações extra-axiais, obtendo 53,4% da prevalência de entesites e 87,5% de dactilite. Diversos estudos informam que entesite e dactilite são manifestações com maior ocorrência nas artrites psoriásica e reativa, sendo consideradas características mais típicas destas espondiloartropatias, em detrimento das demais (KATARIA, 2004, p.2853).

O acometimento radiológico das articulações sacroilíacas, caracterizado por sacroileíte Grau II foi observado em 87,8% dos pacientes. Dentre os pacientes com espondilite anquilosante, notou-se que todos apresentaram sacroileíte radiológica. Em geral, a maioria dos pacientes com espondilite anquilosante apresentam sacroileíte radiográfica no momento do diagnóstico. Porém nas formas leves da doença, com sacroileíte mínima, podem decorrer vários anos antes do aparecimento de anormalidades radiográficas nas articulações sacroilíacas. Sendo assim, em pacientes altamente suspeitos para espondiloartropatias, principalmente a espondilite anquilosante, onde a radiografia convencional não revela

anormalidades radiográficas, a ressonância magnética é o procedimento de escolha para definição diagnóstica (HARRISSON, 2006, p. 2092).

Em relação ao tratamento 100% dos pacientes usaram Antiinflamatórios não hormonais; 78% metotrexato; 70,7% Corticóides; 24,3% infliximab; 22% leflunomida; 19,5% sulfonamida. Tal resultado mostra-se de acordo com a literatura, uma vez que o tratamento com Aines é a terapia de padrão inicial para pacientes com espondiloartropatias nas décadas recentes (PHILIP, 2003, p.02). Além disso, o maior uso de AINES e MTX, mostra-se compatível com o resultado deste trabalho, já que essas drogas são as mais utilizadas no tratamento da artrite periférica (MMSS e MMII) e lombalgia, que representaram respectivamente 95% e 46,3% das manifestações articulares neste trabalho (BENNET, p. 1935-1936, 2005).

Outro aspecto importante deste trabalho foi o estudo da qualidade de vida envolvendo os pacientes com espondiloartropatias. Os instrumentos utilizados para avaliação dos pacientes foram o BASFI que avalia a capacidade funcional, o BASDAI que mede a atividade da doença, o Asquol e o SF 12 que são instrumentos mundialmente empregados para avaliar a qualidade de vida. E apesar desses índices serem utilizados para pacientes com espondilite anquilosante, como mostra Themis Torres *et al.* (MIZERKOWSKI, 2006, p.03) e Samuel Shinjo *et al.* (SHINJO, 2006, p. 340-345) em seus artigos, neste estudo eles foram aplicados em todos os pacientes com espondiloartropatias, incluindo artrite psoriásica, artrite reativa e espondiloartropatia indiferenciada. Com relação aos instrumentos de avaliação não foram encontrados estudos na literatura. Os resultados encontrados na presente casuística foram comparados com a análise do Registro Brasileiro de EAP, ainda não publicados, cujo resumo foi enviado para apresentação no Congresso Europeu de Reumatologia (EULAR), que aconteceu em Paris em junho de 2008. Esse resumo foi encaminhado aos coordenadores dos centros envolvidos, e os resultados foram 4,12 para a média do BASDAI e 4,53 para a média do BASFI e, na presente casuística foi calculado um BASDAI médio em torno de 4,4 para todas as espondiloartropatias. Já em relação ao BASFI nota-se que a Espondilite Anquilosante apresentou um valor médio de 6,170, o que representa o dobro do valor médio encontrado nas outras espondiloartropatias, incluindo espondilite anquilosante, que foi de 3,8, mostrando que esta é a doença com maior poder de comprometimento da qualidade de vida. Neste estudo, foi calculado um ASQUoL médio por diagnóstico, sendo os valores encontrados de 7,9 para

EAP, 8.118 para APS, 8.625 para ARe. O menor valor médio foi verificado para espondiloartropatia indiferenciada com 4,4. O único paciente com o diagnóstico de AJ somou 9 pontos. Este estudo calculou um valor médio do SF-12 físico, por EAP, e os valores encontrados foram de 11,4 para EAP, 11,47 para APS, 11,5 para ARe, 12 para AI e o paciente com AJ obteve nota 13. O valor médio do SF-12 mental por EAP, foi de 18.5 para EAP, 18,52 para APS, 19,62 para ARe, 16,2 e para AI e o paciente com AJ obteve nota 12.

6. CONCLUSÃO

Os autores concluíram que na amostra estudada a artrite psoriásica foi a EAP mais freqüente, o que explica a idade estar acima da encontrada na literatura, menor proporção com relação ao sexo masculino: feminino, maior prevalência de artropatia periférica.

O BASFI na EA foi o dobro do valor médio encontrado entre o total das EAP, mostrando que esta é uma doença com maior poder de comprometimento da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALAMANOS, Y. *et al.* Epidemiology of ankylosing spondylitis in Northwest Greece, 1983-2002. **Rheumatology**, v.43, n.5, p.615-618, 2004.

ARIBANDI, A.K. *et al.* Reactive arthritis, musculoskeletal, 2007. Disponível em <http://www.pubmed.com.br>. Acesso em : 20 nov. 2007.

ASIM, M. *et al.* Ankylosing spondilitis, 2006. Disponível em <http://www.pubmed.com.br>. Acesso em : 13 dez. 2007.

BARROS, P.D.S. *et al.* Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: Outras espondiloartropatias. Diagnostico e tratamento – Primeira Revisão. **Rev. bras. de reumatologia**, v.47, n.4, p.243-250, jul/ago. 2007.

BARROS, S. *et al.* Undifferentiated spondyloarthropathies: a 2-year follow-up study. **Clin Rheumatology**, v.20, n.3, p.201-206, 2001.

BENNET, J.C.; PLUM, F. **Cecil Tratado de Medicina Interna**. 22^aed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p.1929-1936.

BOMTEMPO, C.A.S. *et al.* Avaliação clínica, laboratorial e radiográfica de brasileiros com espondiloartropatias, p. 01-13, 2004. Disponível em <http://www.pubmed.com.br>. Acesso em : 09 mar. 2007.

BOMTEMPO, C.A.S. *et al.* Avaliação clínica, laboratorial e radiográfica de brasileiros com espondiloartropatias, p. 01-13, 2004 apud BREWERTON, D.A. *et al.* Ankylosing spondylitis and HL-A 27. **Lancet**, p. 904-907, 1973. Disponível em <http://www.pubmed.com.br>. Acesso em : 13 dez. 2007.

BOMTEMPO, C.A.S. *et al.* Avaliação clínica, laboratorial e radiográfica de brasileiros com espondiloartropatias, p. 01-13, 2004 apud EDMUNDS, L. *et al.* Primary ankylosing spondylitis, psoriatic and enteropathic spondyloarthropathy: a controlled analysis, **J. Rheumatol.**, v.18, p. 696-698, 1991. Disponível em <http://www.pubmed.com.br>. Acesso em : 13 dez. 2007.

BOMTEMPO, C.A.S. *et al.* Avaliação clínica, laboratorial e radiográfica de brasileiros com espondiloartropatias, p. 01-13, 2004 apud GRAN, J.T., SKOMSVOLL, J.T. The outcome of ankylosing spondylitis: a study of 100 patients. **Br. J. Rheumatol.**, v. 36, p. 766-771, 1997. Disponível em <http://www.pubmed.com.br>. Acesso em : 13 dez. 2007.

BOMTEMPO, C.A.S. *et al.* Avaliação clínica, laboratorial e radiográfica de brasileiros com espondiloartropatias, p. 01-13, 2004 apud KAPLAN, J.B., BENNETT, T. use of race and ethnicity in biomedical publication. **JAMA**, v.28, p. 2709-2716, p. 2003. Disponível em <http://www.pubmed.com.br>. Acesso em : 13 dez. 2007.

BOMTEMPO, C.A.S. *et al.* Avaliação clínica, laboratorial e radiográfica de brasileiros com espondiloartropatias, p. 01-13, 2004 apud KENNEDY, L.G., WILL, R., CALIN, A. Sex ratio in the spondyloarthropathies and its relationship to phenotypic expression, mode of inheritance and age at onset. **J. Rheumatol.**, v.20 p. 1900-1904, 1993. Disponível em <http://www.pubmed.com.br>. Acesso em : 13 dez. 2007.

BOMTEMPO, C.A.S. *et al.* Avaliação clínica, laboratorial e radiográfica de brasileiros com espondiloartropatias, p. 01-13, 2004 apud KHAN, M.A. spondyloarthropathies. **Curr. Opin. Rheumatol.**, v. 10, p. 279-281, 1998. Disponível em <http://www.pubmed.com.br>. Acesso em : 13 dez. 2007.

BOMTEMPO, C.A.S. *et al.* Avaliação clínica, laboratorial e radiográfica de brasileiros com espondiloartropatias, p. 01-13, 2004 apud MIJIYAWA, M., ONIANKITAN, O., KHAN, A.A. spondyloarthropathies in sub-Saharan Adrica. **Curr. Opin. Rheumatol.**, v. 12, p. 281-286, 2000. Disponível em <http://www.pubmed.com.br>. Acesso em : 13 dez. 2007.

BOMTEMPO, C.A.S. *et al.* Avaliação clínica, laboratorial e radiográfica de brasileiros com espondiloartropatias, p. 01-13, 2004 apud SCHLOSSTEIN, L. *et al.* High association of na HL-A antigen, W27, with ankylosing spondylitis. **N. Engl. J. Med.**, v.288, p. 704-706, 1973. Disponível em <http://www.pubmed.com.br>. Acesso em : 13 dez. 2007.

BONFIGLIOLI, R. Artrite Psoriásica: o que há de novo?. **Rev. bras. de reumatologia**, v.46, n.2, p.22, set.2006.

BONFIGLIOLI, R.; KEISERMAN, M.W. Métodos de avaliação das doenças reumáticas na prática diária, p. 01-58.

BRAUN, J. *et al.* Prevalence of spondylarthropathies in HLA-B27 positive and negative blood donors. **Arthristis & Rheumatism**, v. 41, p. 58-67, mai. 2004.

BRENT, L.H. Ankylosing spondilitis and undifferentiated spondyloarthropaty, dec. 2006. Disponível em <http://www.pubmed.com.br>. Acesso em : 13 dez. 2007.

COLLANTES, E. *et al.* Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: description of the first national registry (REGISPONSER) extended report. **Rheumatology (oxford)**, v. 46, n.8, p. 1309-1315, Ago. 2007.

COSSERMELLI, W.; XIMENES, A.C.; SILVA, N.A. Espondiloartropatias Soronegativas – Parte 1. **Diagnóstico e tratamento atual das doenças reumáticas**, v.8, n.1, 2000, p.2-12.

COSSERMELLI, W.; XIMENES, A.C.; SILVA, N.A. Espondiloartropatias Soronegativas – Parte 2. **Diagnóstico e tratamento atual das doenças reumáticas**, v.8, n.2, 2000, p.2-5.

GONÇALVES, C.R. *et al.* Clinical patterns in a psoriatic arthritis (PsA) population. **Rev. bras. de reumatologia**, p.81-82, set.1994.

HARRISON, R.T. **Medicina Interna**. 16ª edição. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2006. p. 2090-2099.

HUNDER, G. G. **Current Opinion in Rheumatology**, v.12, n.4, p.274-280, jul.2002.

JUERGEN, B.M.D. Dados clínicos em espondiloartropatias. Novas estratégias de tratamento em espondiloartropatias. **EULAR – European League Against Rheumatism**. Amsterdã, Holanda, jun. 2006.

KALTWASSER, J.P. *et al.* Eficácia e segurança da leflunomida no tratamento da artrite psoriática e psoríase. **Arthritis e Rheumatism**, v.50, n.6, p.1939-1950, jun. 2004.

KATARIA, R.K. *et al.* Spondyloarthropathies. **American family physician**, v.69, n.12, p.2853-2860, jun. 2004.

KHAN, M.A. Update on spondyloarthropathies. **Ann Intern Med**, n. 136, p. 896-907, 2002

LANNA, C.C.D. *et al.* Manifestações articulares em pacientes com doença de crohn e retocolite ulcerativa. **Rev. bras. de reumatologia**, v.46, n.1, p. 45-51-345, 2006.

LOZADA, C.J. *et al.* Reactive arthritis, dez. 2006. Disponível em <http://www.pubmed.com.br>. Acesso em : 25 fev. 2008

MARTIN, R.M.D. Aspectos práticos do tratamento das espondiloartropatias. Novas estratégias de tratamento em espondiloartropatias. **EULAR – European League Against Rheumatism**. Amsterdã, Holanda, jun. 2006.

MEASE, J.P., MENTER, A. Psoriatic Arthritis: Undersatanding its pathophysiology and improving its diagnosis and management, p.01-18, 2005. Disponível em <http://www.pubmed.com.br>. Acesso em : 20 fev. 2008.

MEIRELLES, E. Espondiloartropatia: o que há de novo. **Rev. bras. de reumatologia**, v.46, n.2, p. 22, set. 2006.

MEIRELLES, E.; KITADAI, F.T. Conceituação e atualização no tratamento da espondilite anquilosante. **Rev. bras. de reumatologia**, v.41, n.2, p. 101-108, mar/abril. 2001.

MIZERKOWSKI, T.; CICONELLI, R.M.; Instrumentos de avaliação em espondilite anquilosante. **Rev. bras. de reumatologia**, v.46, n.1, p. ???, jun. 2006.

MOREIRA, C.; CARVALHO, M.A. **Reumatologia Diagnóstico e Tratamento**. 2ª edição. São Paulo: Medsi, 2001. p. 403-422.

PHILIP, J. Disease-dmpdififying antirhrumatic drug therapy for spondyloarthropathies: advances in treatment. **Rheumatology**, p.01-06 dez. 2003.

RACHID, A. et al. Análise funcional das manifestações articulares da Síndrome de Reiter. **Rev. bras. de reumatologia**, v.37, n.2, p. 75-80, mar./abr. 1997.

SATO, E. **Reumatologia - Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar Unifesp/Escola Paulista de Medicina**. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2004. p.249-255; 265-268; 279-283).

SHINJO, S.K.; GONÇALVES, R.; GONÇALVES, C. R. Medidas de avaliação clínica em pacientes com espondilite anquilosante: revisão de literatura. **Rev. bras. de reumatologia**, v.46, n.5, p. 340-345, set/out. 2006.

SKARE, T.L.; SILVA, T. Q.; PASTRO, P.C. Uveíte das espondiloartropatias: prevalência e relação com a doença articular. **Arquivos brasileiros de reumatologia**, v.70, n.5, p.827-830, set/out. 2007.

Sociedade Brasileira de Reumatologia. **Espondiloartropatias: Espondiloartropatias e outras artropatias. In: Projeto de Diretrizes**, 2004, São Paulo. p. 4-9.

VOORHEES, A.S.V. *et al.* Psoriatic Arthritis, p. 01-21, jan. 2007. Disponível em <http://www.pubmed.com.br>. Acesso em : 13 dez. 2007.

XIMENES, C.A., Artirte reativa e a Síndrome de Reiter. **Temas de Reumatologia Clínica**, v.1, n.2, p.32-37, set. 2000.

ANEXO A

1.ARQUIVO DE DADOS DE ESPONDILOARTRITE (SpA)DATA: 1ª VISITA: ☐ REVISÃO: ☐

CENTRO: _____

MÉDICO INVESTIGADOR: _____

Cole a etiqueta

DADOS DO PACIENTE

TELEFONE: _____

CELULAR: _____

TELEF. DE UM FAMILIAR: _____

SEXO: M ☐ F ☐DATA DE NASCIMENTO: TRABALHA: NÃO ☐ SIM ☐ EM CASA ☐**INCAPACIDADE LABORATIVA:**0) não ☐ 1) transitória ☐ 2) parcial ☐ 3) total ☐ 4) absoluta ☐ 5) grande invalidez ☐EXERCÍCIO FÍSICO: NÃO ☐ SIM ☐ Horas por semana ____ANO* DOS PRIMEIROS SINAIS/SINTOMAS DE SpA (aparelho locomotor): INDICAR QUAL (pode marcar mais de um): 1) lombalgia ☐ 2) síndrome sacroilíaco ☐3) cervicalgia ☐ 4) coxalgia ☐ 5) artrite de MsIs ☐ 6) artrite de MsSs ☐7) entesite ☐ 8) dactilite ☐

ANO* DO PRIMEIRO EPISÓDIO DE AFECÇÃO EXTRA-ARTICULAR: (*se é desconhecido=9999)

1) uveíte 2) doença inflamatória intestinal 3) psoríase 4) uretrite

CRITÉRIOS DO ESSG (marque com um X)**
 (pelo menos um do tipo A e outro do tipo B)

Anterior ou atual	sim	?
1A- dor vertebral inflamatória**		
2A- sinovite assimétrica ou predominantemente em MIs		
1B- história familiar positiva		
2B- psoríase		
3B- doença inflamatória intestinal		
4B- uretrite, cervicite, diarreia no mês anterior à artrite		
5B- dor alternante nas nádegas		
6B- entesopatia		
7B- sacroiliíte		

MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS (marque com um X)

Anteriores ou atuais (com diagnóstico)	sim	?
1- irite/uveíte anterior		
2- dactilite		
3- pustulose palmo-plantar		
4- acne conglobata		
5- balanite		
6- prostatite		
7- comprometimento cardíaco		
8- comprometimento renal		
9- comprometimento do sistema nervoso		
10- comprometimento pulmonar		
11- comprometimento ungueal		

HISTÓRIA FAMILIAR DE SpA: SIM ☐ NÃO ☐
**** TRATAMENTOS ATUAIS** (no dia da consulta)

(Se é sim, indique parentesco e diagnóstico)

EA = espondilite anquilosante; **APso** = artrite psoriásica

Are = artrite reativa; **ADII** = artrite associada a doença inflamatória intestinal; **Eind** = espondiloartrite indiferenciada

 Pai ☐ Diag: _____ Mãe ☐ Diag: _____

 Irmão/s ☐ Diag: _____ Filho/s ☐ Diag: _____

N° _____ Diag: _____ N° _____ Diag: _____

Fármaco	Princípio ativo	Dose(mg)
AINE		
Corticoesteróide		
Metotrexato		
Sulfasalazina		
Leflunomida		
Infliximabe*		
Etanercepte*		
Adalimumabe*		
*Data de início		

Eficácia do AINE: SIM ☐ NÃO ☐
(EFICÁCIA: melhora da dor em 48h com AINE e/ou piora rápida após 48h da retirada)

** Dor lombar, dorsal ou cervical reunindo ao menos 4 dos seguintes **critérios**: a) início insidioso; b) início antes dos 45 anos de idade; c) duração maior de 3 meses; d) melhora com exercício; e) **associado** a rigidez matinal.

2.ARQUIVO DE DADOS DE ESPONDILOARTRITE (SpA)

MOBILIDADE DA COLUNA

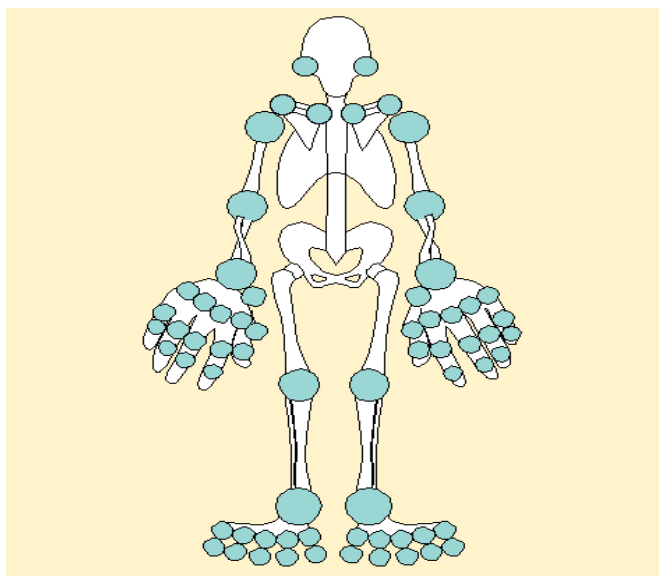
Expansão torácica (cm) _____ Schober (cm) _____ Distância dedo-solo (cm) _____
 Distância **occipício**-parede (cm) _____ Flexão lombar lateral (cm) p/ direita ____ p/esquerda ____
 Rotação cervical: > 70° ☐ 20-70° ☐ <20° ☐

PESO: _____ kg; ALTURA: _____ cm

ARTICULAÇÕES PERIFÉRICAS (marque no homúnculo)

Nº de articulações inflamadas: _____ (marque com X)

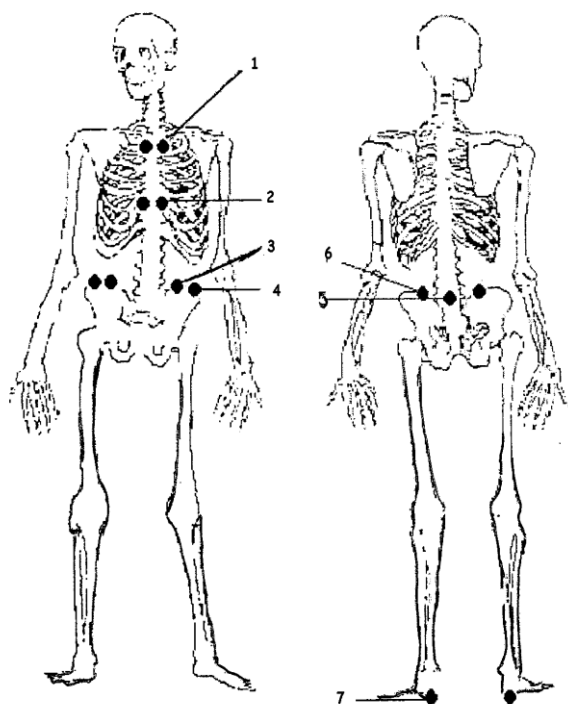
Nº de articulações dolorosas: _____ (marque com +)



ENTESITE

Número de ênteses dolorosas: _____

Indique no manequim: 1. 1ª condrocostal; 2. 7ª condrocostal; 3. crista ilíaca; 4. espinha ilíaca ântero-superior; 5. processo espinhoso L5; 6. espinha ilíaca pósterio-superior; 7. inserção do tendão de Aquiles



DOR OU LIMITAÇÃO:

Ombros NÃO ☐ UNI ☐ BILATERAL ☐
 Coxofemorais NÃO ☐ UNI ☐ BILATERAL ☐
 Sacroilíacas NÃO ☐ UNI ☐ BILATERAL ☐

EXAMES LABORATORIAIS

Data: __/__/__ HLA-B27: positivo ☐ negativo ☐ desconhecido ☐

VHS: __mm/h PCR: __mg/l

AValiação Radiológica (circule o nº)

Data: __/__/__

Coluna lombar AP+lateral	0	1	2	3	4
Lateral coluna cervical	0	1	2	3	4
Sacroilíacas	0	1	2	3	4
Coxofemorais	0	1	2	3	4

Para coxofemorais (marque X):

Erosões: SIM ☐ NÃO ☐ Osteófitos: SIM ☐ NÃO ☐ Protrusão: SIM ☐ NÃO ☐

AValiação da Atividade da Doença pelo Médico

Como descreveria o grau de atividade da doença do paciente na última semana? Marque assim: 0  10cm

0 _____ 10cm
 inativa muito ativa

Escala Visual Analógica

DIAGNÓSTICO (marque com um X): 1) espondilite anquilosante (EA) primária ☐ 2) EA associada a psoríase ☐
 3) EA associada a DII ☐ 4) artrite psoriásica ☐ 5) artrite reativa ☐ 6) artrite associada a DII ☐
 7) espondiloartrite indiferenciada ☐ 8) espondiloartrite juvenil ☐

FORMA CLÍNICA: 1) axial ☐ 2) periférica ☐ 3) **mista** ☐ 4) entesítica ☐ Ano do diagnóstico: __/__/__

RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS DO PACIENTE

DOR VERTEBRAL DEVIDO À SpA

1- EVA (cm) – dor na última semana à noite _____

2- EVA (cm) – dor na última semana _____

AVALIAÇÃO GLOBAL PELO PACIENTE

3- EVA (cm) na última semana _____

BASFI:

ÍTEM 1 ____ ÍTEM 2 ____ ÍTEM 3 ____ ÍTEM 4 ____ ÍTEM 5 ____ ÍTEM 6 ____ ÍTEM 7 ____ ÍTEM 8 ____ ÍTEM 9 ____ ÍTEM 10 ____

BASDAI:

ÍTEM 1 ____ ÍTEM 2 ____ ÍTEM 3 ____ ÍTEM 4 ____ ÍTEM 5 ____ ÍTEM 6 ____

QUALIDADE DE VIDA:

ASQoL: n° de respostas afirmativas ____; n° de respostas em branco ____

SF-12:P1 ____ P2 ____ P3 ____ P4 ____ P5 ____ P6 ____ P7 ____ P8 ____ P9 ____ P10 ____ P11 ____ P12 ____

QUESTIONÁRIO PREENCHIDO PELO PACIENTE

DATA DO PREENCHIMENTO: __/__/__

Cole a etiqueta aqui

DOR

Por favor, marque com um risco vertical o local que representa sua resposta (exemplo )

1. Dor noturna na coluna

Indique o grau de dor na coluna durante a noite que **sentiu na última semana**

0 _____ 10cm
sem dor dor intensa

2. Dor total na coluna

Indique o grau de dor na coluna que sentiu em qualquer momento (dia e noite) **na última semana**

0 _____ 10cm
sem dor dor intensa

AVALIAÇÃO GLOBAL PELO PACIENTE

3. Considerando todos os aspectos pelos quais sua doença o afeta, marque com um **risco vertical** o que melhor indica como estava na última semana.

0 _____ 10cm
muito bem muito mal

BASDAI

Coloque uma marca em cada linha abaixo indicando sua resposta para cada questão, relacionada à **semana passada**.

1 Como você descreveria o grau de fadiga ou cansaço que você tem tido?

0 _____ 10cm
nenhum **intenso**

2 Como você descreveria o grau total de dor no pescoço, nas costas e no quadril relacionada à sua doença?

0 _____ 10cm
nenhum **intenso**

3. Como você descreveria o grau total de dor e edema (inchaço) nas outras articulações sem contar com pescoço, costas e quadril?

0 _____ 10cm
nenhum **intenso**

4. Como você descreveria o grau total de desconforto que você teve ao toque ou à compressão em regiões do corpo doloridas?

0 _____ 10cm
nenhum intenso

5. Como você descreveria a intensidade da rigidez matinal que você tem tido a partir da hora em que você acorda?

0 _____ 10cm
nenhum intenso

6. Quanto tempo dura sua rigidez matinal a partir do momento em que você acorda?

0 30 min 1 h 1h30 2 h

BASDAI = soma dos valores das questões 1, 2, 3, 4 e a média dos valores da 5 e 6, dividindo este total por 5.

BASFI

Faça uma marca em cada linha abaixo de cada pergunta indicando o seu grau de capacidade para realizar as seguintes atividades durante a **última semana**.

1. Vestir meias ou meia-calça sem ajuda ou auxílio de aparelhos.

0 _____ 10cm
fácil impossível

2. Curvar o corpo da cintura para cima para pegar uma caneta no chão sem o uso de um instrumento de auxílio.

0 _____ 10cm
fácil impossível

3. Alcançar uma prateleira alta sem ajuda ou auxílio de um instrumento.

0 _____ 10cm
fácil impossível

4. Levantar-se de um cadeira sem braços da sala de jantar sem usar suas mãos ou qualquer outro tipo de ajuda.

0 10cm
fácil impossível

5. Levantar-se quando deitado de costas no chão sem ajuda.

0 10cm
fácil impossível

6. Ficar em pé sem ajuda por 10 minutos sem desconforto

0 10cm
fácil impossível

7. Subir 12 a 15 degraus sem usar o corrimão ou outra forma de apoio (andador); um pé em cada degrau.

0 10cm
fácil impossível

8. Olhar para trás, virando a cabeça sobre o seu ombro sem virar o corpo.

0 10cm
fácil impossível

9. Fazer atividades que exijam esforço físico, isto é, fisioterapia, , jardinagem ou esporte.

0 10cm
fácil impossível

10. Ter um dia repleto de atividades seja em casa ou no trabalho.

0 10cm
fácil impossível

BASFI = Somatória dos valores em cm anotados nas EVA é dividido por 10 e dado o valor final.

ASQoL

Você encontrará abaixo algumas frases que foram ditas por pessoas que têm Espondilite Anquilosante. Por favor, leia cada frase com cuidado. Nós gostaríamos que você marcasse “sim” se você sente que a frase se aplica a você, e “não” se ela não se aplica a você. Marque uma única resposta que melhor se aplica a você **neste momento**.

- | | |
|--|------------------------|
| 1. Minha doença limita os lugares que eu posso ir. | sim () não () |
| 2. Às vezes tenho vontade de chorar. | sim () não () |
| 3. Eu tenho dificuldade para me vestir | sim () não () |
| 4. Eu tenho dificuldade para fazer os serviços de casa. | sim () não () |
| 5. É impossível dormir. | sim () não () |
| 6. Eu sou incapaz de participar de atividades com a família ou amigos. | sim () não () |
| 7. Estou cansado(a) o tempo todo. | sim () não () |
| 8. Eu tenho que ficar parando o que estou fazendo para descansar. | sim () não () |
| 9. Eu tenho dores insuportáveis. | sim () não () |
| 10. Eu demoro muito tempo para começar minhas coisas pela manhã. | sim () não () |
| 11. Eu sou incapaz de fazer os serviços de casa. | sim () não () |
| 12. Eu me canso facilmente. | sim () não () |
| 13. Eu me sinto frustrado freqüentemente. | sim () não () |
| 14. A dor está sempre presente. | sim () não () |
| 15. Eu sinto que deixo de fazer muitas coisas. | sim () não () |
| 16. Eu acho difícil lavar meu cabelo. | sim () não () |
| 17. Minha doença me deixa deprimido | sim () não () |
| 18. Eu me preocupo se deixo as pessoas desapontadas. | sim () não () |

QUESTIONÁRIO “SF-12” SOBRE O ESTADO DE SAÚDE

Copyright© 1994 The Health Institute. New England Medical Center. All rights reserved.

(Traduzido da SF-12 Spanish (Spain) Standard Version 1.0)

Por favor, responda cada pergunta marcando um espaço entre parênteses. Se não está seguro/a de como responder a uma pergunta, escolha a que parecer mais próxima.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

1	2	3	4	5
excelente	muito boa	boa	regular	má

As perguntas seguintes se referem a atividades ou coisas que você poderia fazer em um dia normal. Sua saúde atual o(a) limita para fazer estas atividades ou coisas?

2. Esforços moderados como mover uma mesa, passar o aspirador ou caminhar mais de 1 hora.

1	2	3
()	()	()

Sim, me limita muito

Sim, me limita um pouco

Não, não me limita nada

3. Subir vários andares pela escada

1	2	3
()	()	()

Sim, me limita muito

Sim, me limita um pouco

Não, não me limita nada

Durante as últimas 4 semanas houve algum dos seguintes problemas em seu trabalho ou em suas atividades cotidianas **devido à sua saúde**?

	1	2
	sim	não
4. Fez menos do que gostaria de fazer?	()	()

5. Teve que **deixar de fazer algumas tarefas** em seu trabalho ou em suas atividades cotidianas?

1	2
sim	não
()	()

Durante as últimas 4 semanas teve algum dos seguintes problemas em seu trabalho ou em suas atividades cotidianas **devido a algum problema emocional** (como estar triste, deprimido, nervoso)?

6. **Fez menos** do que gostaria de fazer **devido a algum problema emocional**?

1	2
----------	----------

sim **não**
☐ ☐

7. Não fez seu trabalho ou suas atividades cotidianas tão **cuidadosamente** como de costume devido a **algum problema emocional**?

1 **2**
sim **não**
☐ ☐

8. Durante as últimas 4 semanas até que ponto a dor dificultou seu trabalho habitual (incluindo seu trabalho fora de casa e as tarefas domésticas)?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐
nada	um pouco	medianamente	bastante	muito

As perguntas a seguir se referem a como você se sentiu e como foram as coisas durante as últimas 4 semanas. Em cada pergunta responda o que mais lhe parece **como se sentiu**.

Durante as últimas 4 semanas quanto tempo

1	2	3	4	5	6
sempre	quase sempre	muitas vezes	algumas vezes	poucas vezes	nunca

- | | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. se sentiu calmo e tranqüilo? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. teve muita energia? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. se sentiu desanimado e triste? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

12. Durante as últimas 4 semanas, com que freqüência sua saúde física e os problemas emocionais dificultaram suas atividades sociais (como visitar amigos e familiares)?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐
Sempre	quase sempre	algumas vezes	poucas vezes	nunca