

Seminário de espondilartropatias

Joaquim Polido Pereira

Ana Rodrigues

Caso clínico

- R.G., 30 anos, sexo masculino, empregado bancário, raça branca
- Motivo da consulta: lombalgias
- Recorreu ao seu médico assistente por apresentar desde há cerca de 8 dias lombalgias persistentes, de predomínio nocturno, acompanhadas por rigidez matinal, com cerca de 1 hora de duração.
- O doente atribuía o início das queixas a um esforço prévio, realizado 3 dias antes do início destes sintomas

- Referia que nos últimos 3 ou 4 anos, notava com alguma frequência lombalgias (com dificuldade em especificar a frequência e duração), pelo que se automedicava durante alguns dias no mês com AINE
- Habitualmente as lombalgias acordavam-no durante a noite, acompanhavam-se de rigidez matinal e aliviavam durante o dia. Por vezes irradiavam à região glútea
- Estes sintomas para além de induzirem perturbações do sono, não interferiam com as suas actividades diárias, nomeadamente com a actividade profissional

- Além destes sintomas referia também esporadicamente talalgias inferiores e posteriores
- 3 anos antes, foi-lhe diagnosticada uma tendinite de Aquiles
- **Antecedentes pessoais** - irrelevantes
- **Antecedentes familiares** - tio e primo com psoríase cutânea. Avó com diabetes. Pai com HTA

Exame objetivo

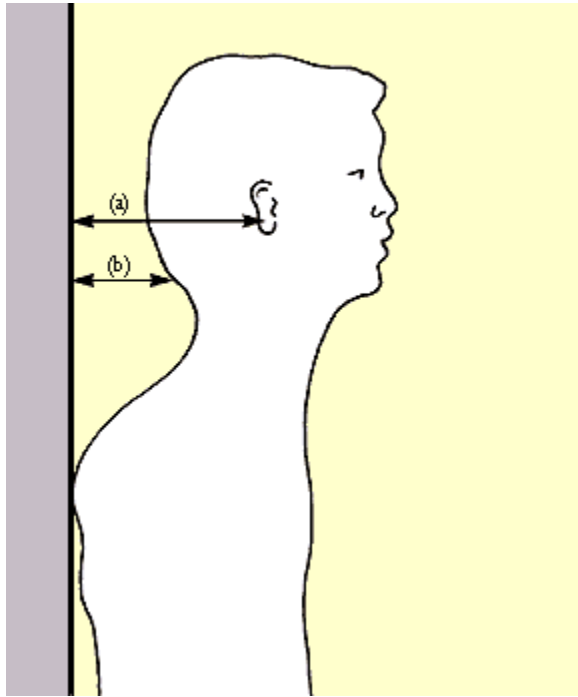
- Ex. objetivo geral - sem alterações

Exame reumatológico:

- Manobras para sacroilíacas +
- Teste de schober 10/12,5
- Expansão torácica 88/86

Perguntas

- A lombalgia era inflamatória ou mecânica? Porquê?
- Qual a importância das talalgias?
- Os antecedentes familiares são relevantes?
- Qual o diagnóstico mais provável?
- Que exames complementares pedir?



Espondilite anquilosante

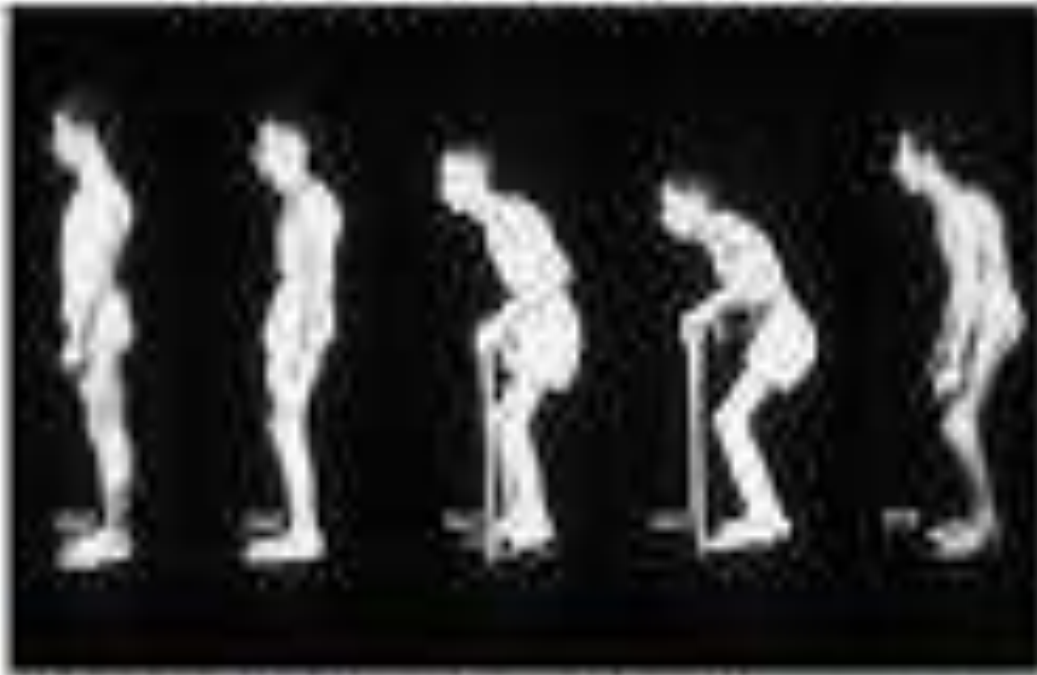


Espondilite anquilosante



Espondilite anquilosante

Progressive deformity due to AS
over a period of 36 years



FR/ME . <http://www.merck.com/healthcare>

Critérios Diagnóstico

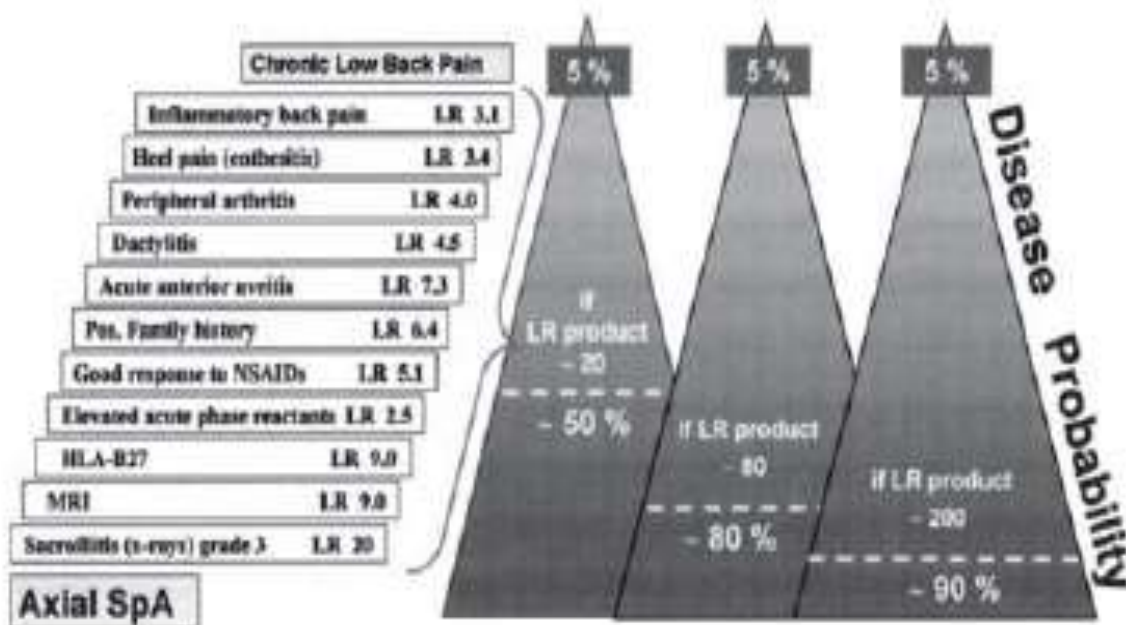


Figura 1 – Esta figura descreve os parâmetros clínicos, radiológicos e laboratoriais a serem avaliados em pacientes com dor lombar crônica e seu respectivo “peso” (LR). O produto da multiplicação dos LR dos diferentes parâmetros se associa à probabilidade de tratar-se de SpA (se o produto é cerca de 20, a probabilidade de tratar-se de SpA é cerca de 50%. Se o produto é cerca de 80, a probabilidade de SpA é cerca de 80%. Se o LR é ≥ 200 , a probabilidade de SpA alcança 90%).

Criterios Diagnóstico

A. Síntomas clínicos o historia pasada de:	Puntaje
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor lumbar o dorsal en la noche o rigidez matutina de la columna lumbar o dorsal • Oligoartritis asimétrica • Dolor glúteo o • Dolor glúteo alternante • Dedo del pie o de la mano en forma de “salchicha” • Dolor en talón u otra entesopatía bien definida • Iritis • Uretritis no gonococcica o cervicitis concomitante o durante el mes anterior al inicio de la artritis • Diarrea aguda concomitante o durante el mes previo al inicio de la artritis • Presencia o historia de: psoriasis, balanitis, enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn) 	<p style="text-align: right;">1</p> <p style="text-align: right;">2</p> <p style="text-align: right;">1 2</p> <p style="text-align: right;">2</p> <p style="text-align: right;">2</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p style="text-align: right;">1</p> <p style="text-align: right;">2</p>
<p>B. Hallazgos radiológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sacroiliítis (bilateral grado = 2 o unilateral =3). 	<p style="text-align: right;">3</p>
<p>C. Historia genética</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de HLA B27 y/o historia familiar de espondilitis anquilosante, artritis reactiva, uveitis, psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal. 	<p style="text-align: right;">2</p>
<p>D. Respuesta al tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clara mejoría de los síntomas reumáticos a las 48 horas luego de iniciar los anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) o rápida recaída del dolor en menos de 48 horas luego de discontinuar los AINES. 	<p style="text-align: right;">2</p>

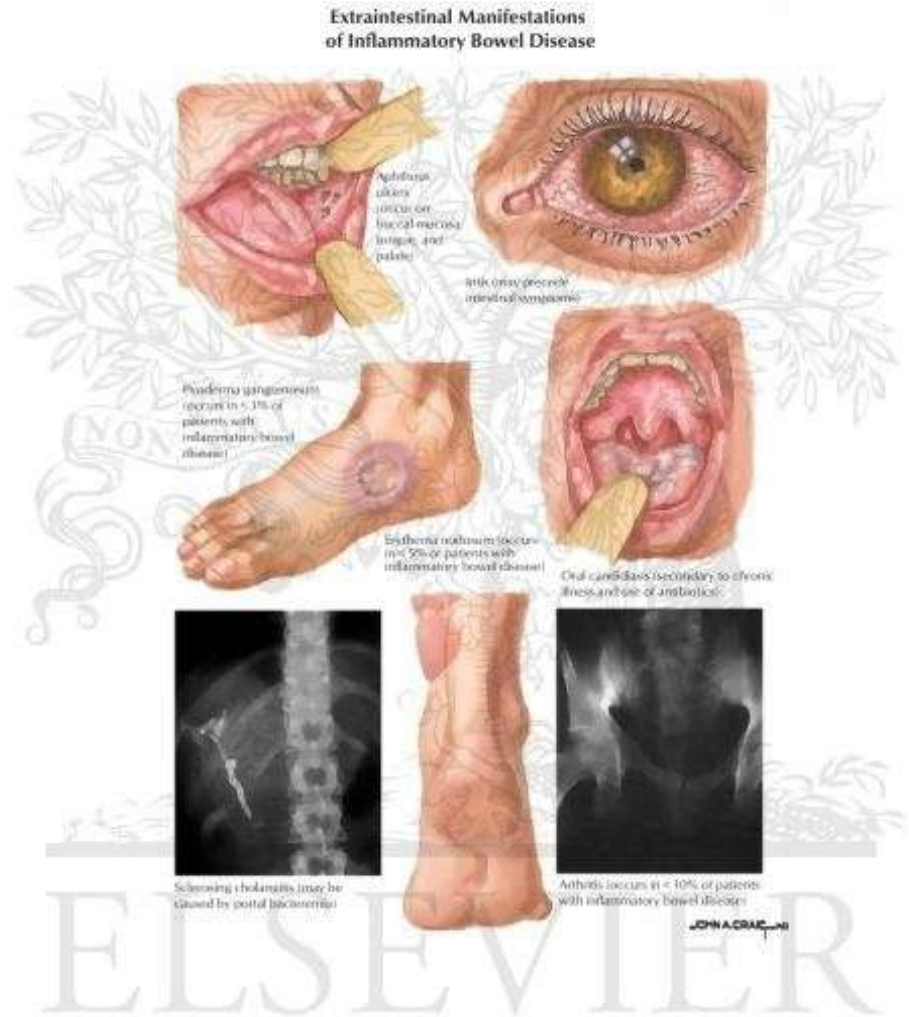
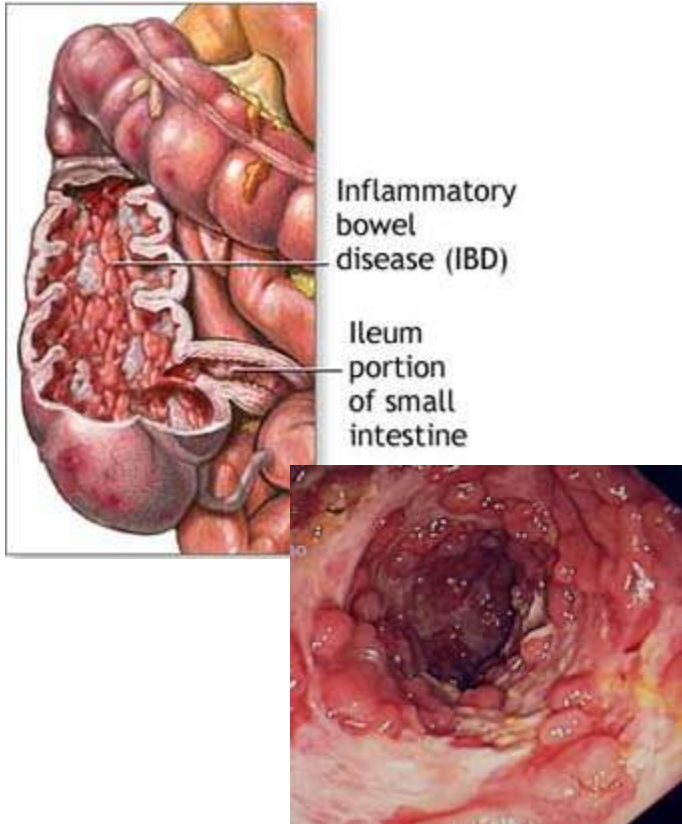
Classification criteria	Criterion met in patient?
ILAR criteria for enthesitis-related subcategory of JIA¹	
Arthritis and/or enthesitis	Yes
And at least two of the following:	
Presence of or a history of sacroiliac joint tenderness and/or inflammatory lumbosacral pain	Yes
HLA-B27 positivity	Yes
Onset of arthritis in a male over 6 years of age	Yes
Acute (symptomatic) anterior uveitis	No
History of ankylosing spondylitis, enthesitis-related arthritis, sacroiliitis with inflammatory bowel disease, Reiter's syndrome or acute anterior uveitis in a first-degree relative	No
Exclusions:	
Psoriasis or a history of psoriasis in the patient or first-degree relative	Yes
Presence of IgM rheumatoid factor on at least two occasions at least 3 months apart	No
Presence of systemic JIA in the patient	No
ESSG criteria for spondyloarthritis²	
Inflammatory spinal pain	Yes
or	
Synovitis, either asymmetric or predominantly in the lower limbs	Yes
And at least one of the following:	
Positive family history of SpA	Yes
Psoriasis	No
Inflammatory bowel disease	No
Urethritis, cervicitis or acute diarrhea within the month before arthritis onset	No
Buttock pain alternating between right and left gluteal areas	Yes
Enthesopathy	Yes
Radiographic sacroiliitis	Yes
Modified New York criteria for definite ankylosing spondylitis⁸	
Radiographic evidence of bilateral sacroiliitis grade 2–4 or unilateral sacroiliitis grade 3–4	Yes
And at least one of the following:	
Low back pain and stiffness of more than 3 months' duration that eases with exercise but does not improve with rest	Yes
Limited lumbar spinal motion in sagittal and frontal planes	Yes
Limited chest expansion	No

Abbreviations: AS, ankylosing spondylitis; ESSG, European Spondylarthropathy Study Group; ILAR, International Associations for Rheumatology; JIA, juvenile idiopathic arthritis; SpA, spondyloarthritis.

Espondilartropatias



Espondilartropatias



Síndrome de Reiter

