

ESPONDILARTROPATIAS SERONEGATIVAS

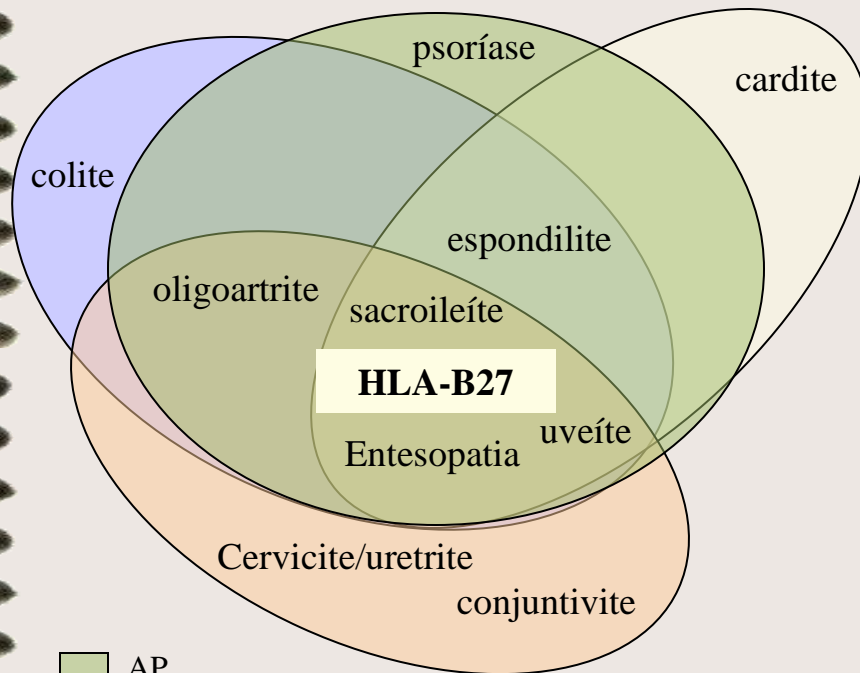


Prof. Viana Queiroz
Prof. João Eurico Fonseca
Prof^a Helena Canhão
Dr^a Susana Capela
Dr^a Elsa Sousa
Dr^a Ana Rodrigues
Dr. Joaquim Pereira

DISCIPLINA DE REUMATOLOGIA
FACULDADE DE MEDICINA

DEFINIÇÃO

Grupo de artropatias inflamatórias crônicas que são classificadas em conjunto por partilharem características clínicas, epidemiológicas e genéticas.



- AP
- Artrites Enteropáticas
- Artrite Reactiva
- EA

Espondilartropatias seronegativas

- Espondilite anquilosante (EA)
- Artrite psoriática (AP)
- Artrite reactiva
- Síndrome Reiter
- Artrites enteropáticas
- Espondilartropatias indiferenciadas

Espondilartropatias seronegativas (EASN)

Características em comum

- Doença inflamatória crónica e sistémica com predilecção pelas articulações sacroilíacas e vertebrais
- Manifestação clínica central: lombo-sacralgia de ritmo inflamatório
- Limitação da mobilidade da coluna
- Envolvimento variável de articulações dos membros, consoante o tipo de doença
- Entesopatia- inflamação das insecções tendinosas e ligamentares

Espondilartropatias seronegativas (EASN)

Características em comum

- Associação frequente a manifestações oculares, mucocutâneas e intestinais
- Aspectos radiológicos característicos: a sacroiliíte
- Predisposição genética ligada ao antígeno HLA-B27
- Ausência de factor reumatóide (“seronegativas”)
- Boa resposta sintomática a anti-inflamatórios não esteróides

Critérios de classificação de espondilartropatias seronegativas do Grupo europeu de estudo das espondilartropatias

Lombalgia de ritmo
inflamatório

OU



Artrite

- Assimétrica
- Predominante dos membros inferiores

Associado a um ou mais dos seguintes:

- Dor glútea basculante
- Entesopatia (tendinite de Aquiles ou inflamação das fascias ou tendões plantares)
- História familiar positiv
- Psoríase
- Doença inflamatória intestinal
- Uretrite, cervicite, ou diarreia aguda ocorrendo < 1 mês antes da artrite
- Sacroilíte radiológica

ESPONDILITE ANQUILOSANTE

- Doença inflamatória crónica com forte predilecção pelo esqueleto axial
- Inicia-se geralmente na 2ª e 3ª décadas de vida
- Predominância no sexo masculino
- Clínica: lombo-sacralgia de ritmo inflamatório 
- Crónica e persistente com evolução progressiva 

ESPONDILITE ANQUILOSANTE

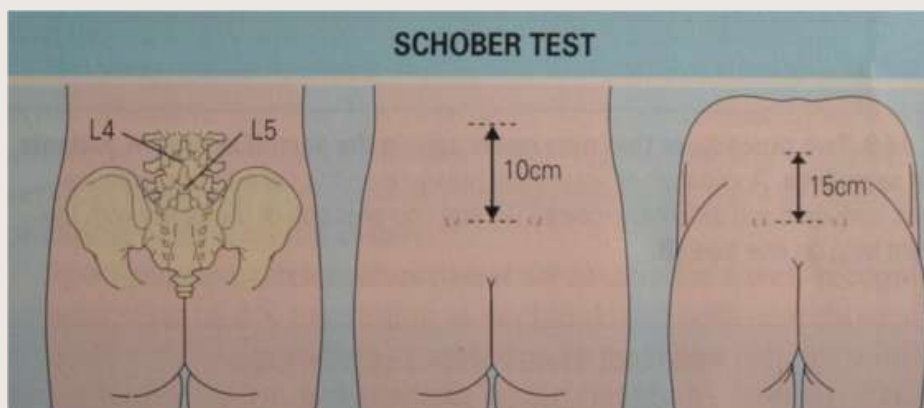
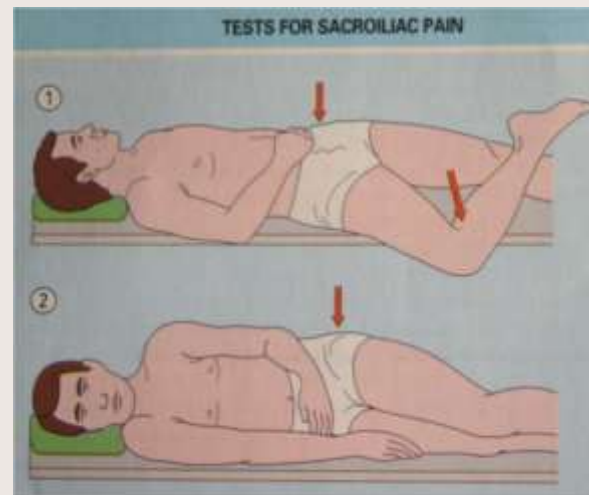
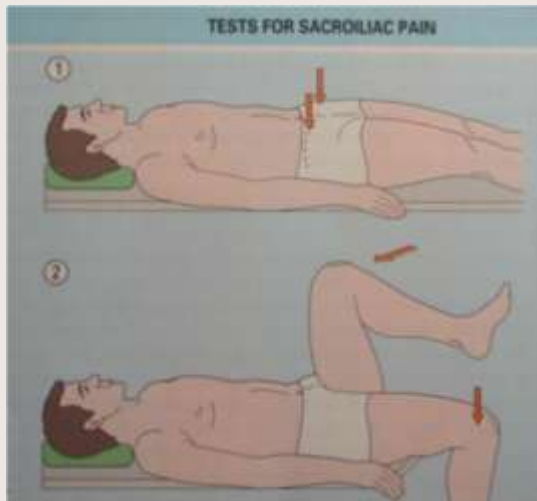
Características da Lombalgia

- Início da lombalgia antes dos 40 anos
- Início insidioso
- Duração superior a 3 meses
- Associada com rigidez matinal
- Melhoria com exercício físico



ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Exame Objectivo




Distância entre o ponto resultante da intersecção da coluna vertebral e uma linha horizontal unindo as duas cristas ilíacas (ponto 0cm) com outro ponto colocado 10cm mais acima



ESPONDILITE ANQUILOSANTE



ESPONDILITE ANQUILOSANTE

- Limitação da mobilidade da coluna lombar e dorsal bem como articulações do tórax
- Mono ou oligoartrite crónica de grandes e médias articulações preferencialmente dos membros inferiores
- Associação frequente de entesopatia (talalgias) e uveíte anterior
- Predisposição genética e familiar ligada ao HLA-B27
- A sacroiliíte é universal. Envolvimento progressivo e ascendente da coluna com evolução para anquilose 

ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Imagiologia



Critérios de Nova Iorque para o diagnóstico da espondilite anquilosante

1. Dorsolombalgia ou lombalgia baixa superior a 3 meses
2. Limitação da mobilidade da coluna lombar (flexão, flexão lateral ou extensão)
3. Limitação da expansão torácica
4. Sacroiliíte bilateral, grau 2-4
5. Sacroiliíte unilateral, grau 3-4

Espondilite anquilosante definitiva se :
Critério 4 ou 5, associado a critério 1, 2 ou 3.

ARTRITE PSORIÁTICA

- Artrite inflamatória associada com psoríase (20 a 30%)
- Distribuição sexo(F:M) =1:1
- Idade média: 20-40 anos

Manifestações musculoesqueléticas:

Artrite assimétrica
Dactilite/Dedo em salsicha
Tenosinovite
Entesite
Tendinite Aquiles
Sacroilíte
Espondilite

Manifestações cutâneas e outras:

Psoríase
Eritrodermia
Ponteados ungueais
Onicólise
Conjuntivite/irite
Doença valvular cardíaca

ARTRITE PSORIÁTICA

Subgrupos clínicos da AP (classificação de Moll and Wright):

- Oligoartrite assimétrica com dactilite (70%)
- Poliartrite simétrica (semelhante à AR, 15%)
- Espondilite anquilosante com ou sem envolvimento periférico (5%)
- Artrite das articulações interfalângicas distais das mãos e pés (5%)
- Artrite mutilante (5%)

ARTRITE PSORIÁTICA



ARTRITE PSORIÁTICA

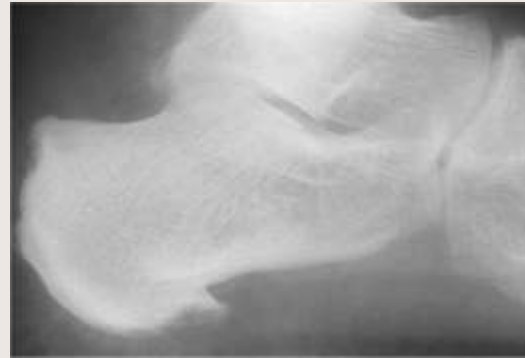


ARTRITE PSORIÁTICA

Radiologia:

- Artrite erosiva (usualmente assimétrica)
- Deformação “bico de lápis e taça”
- Fenómeno de telescopagem
- Artrite mutilante
- Anquilose óssea
- Periostite /neoformação óssea (esporão)
- Sindesmófitos assimétricos não marginais
- Sacroiliíte assimétrica


ARTRITE PSORIÁTICA



ARTRITE REACTIVA/ SÍNDROME REITER

Artropatias inflamatórias, desencadeadas por infecções transmitidas por via gastrointestinal ou via urogenital

Manifestações clínicas ocorrem no intervalo de 1 mês após a infecção e que pode ser :

- diarreia
- uretrite/ cervicite não-gonocócica 

Doença sistémica, não só limitada ao aparelho locomotor

Manifestações musculoesqueléticas:

Oligoartrite assimétrica predominando nos membros inferiores

Entesopatia, tendinite, tenosinovite, osteíte e mialgias

A Síndrome Reiter com a tríade oculo-uretro-sinovial:

- ✓ conjuntivite/ uretrite / artrite

ARTRITE REACTIVA/ SÍNDROME REITER

Infecções gastrointestinais

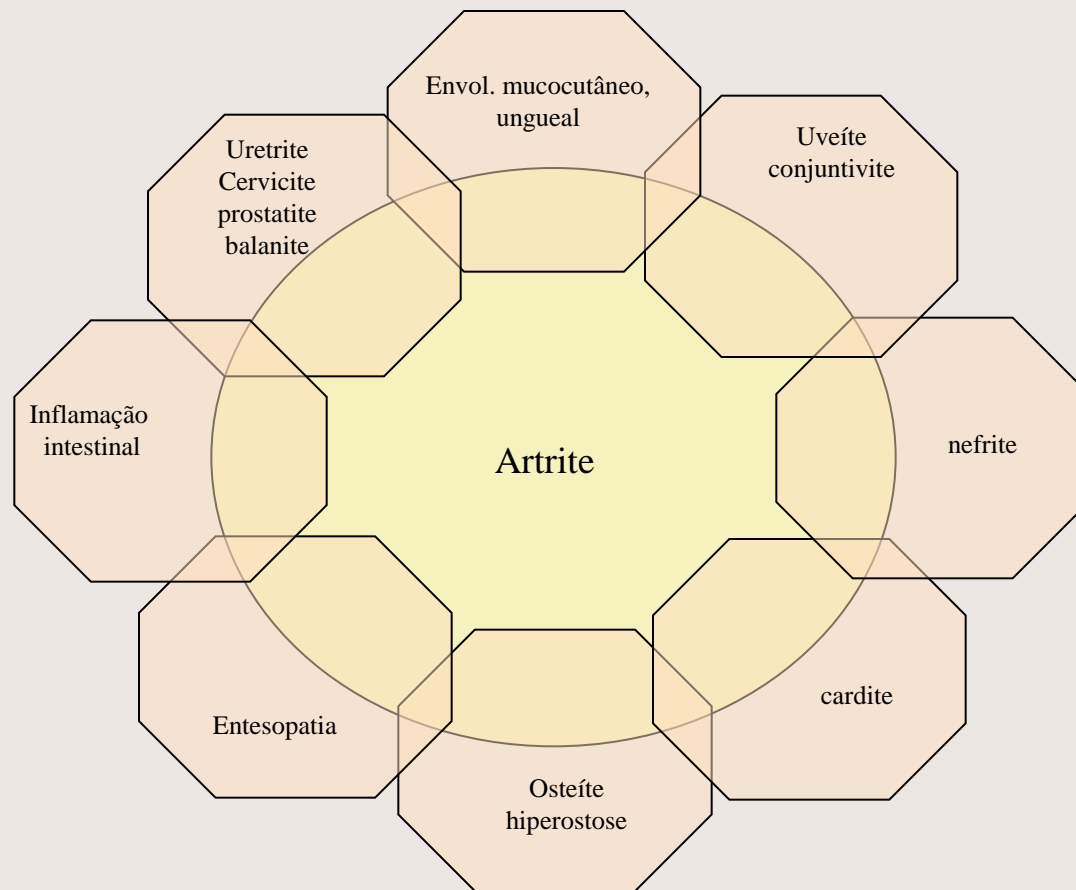
Salmonella typhi
Shigella flexneri
Yersinia pseudotuberculosis
Yersinia enterocolitica
Campylobacter jejuni

Infecções urogenitais

Chlamydia



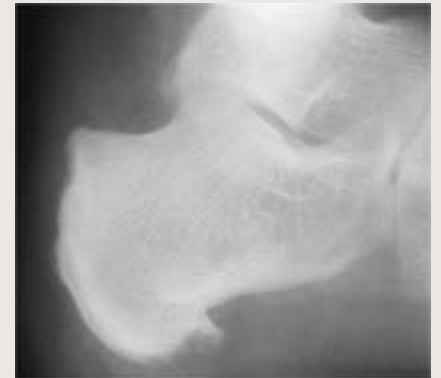
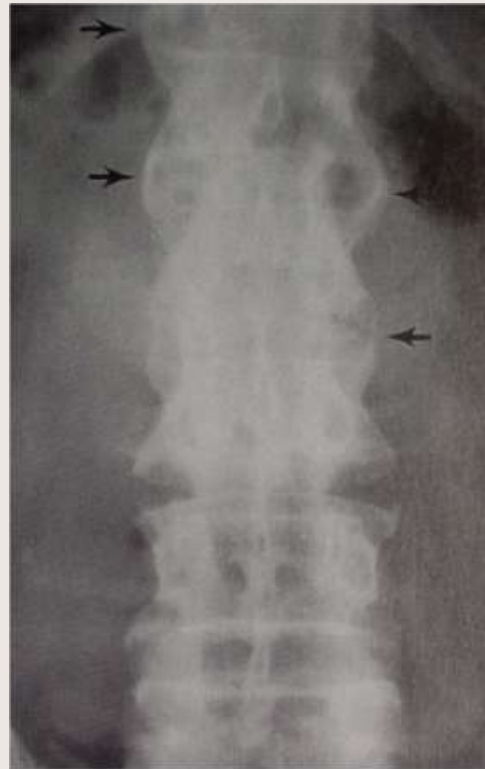
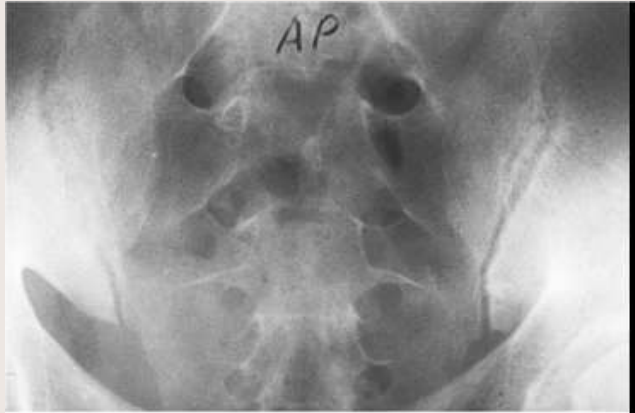
ARTRITE REACTIVA/ SÍNDROME REITER



ARTRITE REACTIVA/ SÍNDROME REITER



ARTRITE REACTIVA/ SÍNDROME REITER



ARTROPATIAS ENTEROPÁTICAS

Artropatias associadas com patologias do intestino:

- D. Crohn
- Colite ulcerosa
- D. Whipple
- D. Celíaca
- Bypass intestinal

Manifestações musculoesquéticas:

- Artrite periférica (10 a 20%): oligo assimétrica/membros inferiores
 - relacionada com as agudizações da doença intestinal
 - acompanhada com manifestações extra-articulares (uveíte/ eritema nodoso)
- Espondilite (20% na colite ulcerosa e 10% na D. Crohn)
 - sacroilíte até espondilite anquilosante
 - não está relacionada com as agudizações da doença intestinal
 - pode preceder a doença intestinal
- Entesites periféricas

ESPONDILARTROPATIAS INDIFERENCIADAS

Os doentes incluídos na classificação das **espondilartropatias indiferenciadas (EI)** são aqueles que:

- ❖ apresentam manifestações clínicas próprias das espondilartropatias,
- ❖ não são enquadráveis em nenhuma das espondilartropatias clássicas
- ❖ não cumprem critérios de diagnóstico

As espondilartropatias indiferenciadas são:

- frequentes (27%) das espondilartropatias em geral
- podem ser consideradas formas precoces, formas frustres ou casos de sobreposição

ESPONDILARTROPATIAS SERONEGATIVAS

Tratamento:

Espondilite Anquilosante

Educação doente

Terapêutica sintomática: Anti-inflamatórios não esteróides

Corticóides intra-articulares

Terapêutica modificadora das doenças reumáticas (salazopirina, metotrexato)

Terapêutica com biológicos (anti-TNF α)

Terapêutica física e ocupacional

ESPONDILARTROPATIAS SERONEGATIVAS

Tratamento:

Espondiloartropatias
indiferenciadas

Artrite reactiva

Artrite psoriática

Artrites enteropáticas

Repouso
Anti-inflamatórios não
esteróides
Corticóides intra-articulares
(Corticóides sistêmicos)
Terapêutica física

Terapêutica modificadora das
doenças reumáticas

Terapêuticas biológicas

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

- Qual a importância das talalgias?
- Os antecedentes familiares são relevantes?
- Que exames complementares pedir?