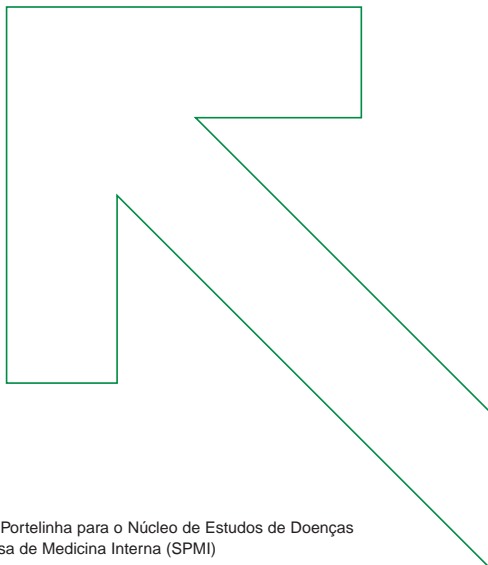


Artrite Psoriática





Artrite Psoriática



Elaborado por

Elaborado por Dr.^a Dilva Silva e Dr.^a Deolinda Portelinha para o Núcleo de Estudos de Doenças Auto-Imunes (NEDAI) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI)

Coordenador Nacional do NEDAI:

Dr. Luís Campos

O QUE É A ARTRITE PSORIÁTICA?

A Artrite Psoriática (APs) é uma doença inflamatória das articulações que surge em 5% a 8% dos doentes com Psoríase (Ps).

Artrite significa inflamação das articulações. A inflamação manifesta-se por rubor (vermelhidão), edema (inchaço), calor e dor na área afectada.

Trata-se de uma doença reumática crónica incluída no grupo das Espondilartrites (designação que resulta de habitualmente haver um processo inflamatório das articulações entre as vértebras).

A Psoríase (Ps) é uma doença da pele frequente, (1% a 3% da população branca sofre de Ps), caracterizada pelo aparecimento de placas eritematosas (avermelhadas), recobertas por escamas esbranquiçadas facilmente destacáveis, bem delimitadas e de dimensões variáveis.

Estas placas localizam-se mais frequentemente no couro cabeludo, cotovelos e joelhos, mas podem surgir em qualquer parte do corpo incluindo o pavilhão auricular (orelhas), sulco internadegueiro (o sulco entre as nádegas), umbigo, palmas das mãos, plantas dos pés, variando em extensão e exuberância, podendo passar despercebidas se não houver um exame minucioso.

As unhas podem ser afectadas sob a forma de distrofia ungueal com hiperqueratose (unhas grosseiras), outras vezes sob forma de "pitting" ungueal (pequenas depressões, como picadas de alfinete) ou ainda com um aspecto que é característico da Ps, a onicólise (separação da unha do seu leito distal).

Na maioria dos casos a Ps precede a doença articular (75%), podendo nalguns casos manifestar-se em simultâneo (15%). Situações de artrite típica de APs surgem, por vezes, antes da identificação da Psoríase.

Ambas as situações são doenças crónicas, podendo no entanto apresentar ao longo da vida uma gravidade variável, assim como resposta variável ao tratamento.

QUE PESSOAS SÃO AFECTADAS?

A APs afecta homens e mulheres com igual frequência, surgindo na maioria das vezes entre os 20 e os 40 anos, embora possa ocorrer em qualquer idade.

A prevalência (número de casos existente numa população num determinado momento) de APs é de 0,1% - isto é, uma em cada 1000 pessoas sofre de AP. Estima-se que existam em Portugal cerca de 10.000 pessoas com esta doença.

QUAL É CAUSA DA ARTRITE PSORIÁTICA?

A causa da APs, bem como a da Ps, não é ainda conhecida. Sabe-se que não é de natureza infecciosa, não sendo portanto uma doença contagiosa. Considera-se que existem factores genéticos, imunológicos e ambientais que contribuem para o aparecimento desta doença.

FACTORES GENÉTICOS:

Embora não sendo uma doença hereditária, pois não se transmite necessariamente de pais para filhos, existe uma certa predisposição familiar. Estima-se que 40% dos doentes com Ps ou APs têm um parente em primeiro grau com a doença. Assim, a sua prevalência familiar é de cerca de 4%, o que significa que é 40 vezes mais frequente do que na população geral.

A associação frequente da doença com a presença de alguns antígenos de histocompatibilidade, que fazem parte das características genéticas das pessoas, sugere maior susceptibilidade (maior risco) para a doença. A presença dos **antígenos** HLA-B27 e B39 parece influenciar a gravidade e a evolução da doença.

FACTORES IMUNITÁRIOS:

A possibilidade de mecanismos imunitários estarem implicados no aparecimento desta doença é sugerida pela resposta inflamatória encontrada, tanto nas lesões da pele como nas sinoviais (bolsas que envolvem as articulações). Embora a APs não seja uma doença auto-imune (doença que resulta da agressão do organismo pelos próprios meios de defesa), foram identificadas inúmeras alterações imunitários, como a elevada concentração de citocinas, interleucinas pró-inflamatórias (IL-1, IL-6, IL-8) e o factor de necrose tumoral α (TNF α) nas sinoviais das articulações envolvidas.

FACTORES AMBIENTAIS:

Diversos factores ambientais têm sido implicados na origem da Ps e da APs, incluindo infecções (bacterianas e virais), traumatismos e stress psicológico, no entanto esta relação é incerta.

A infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/ SIDA) pode acompanhar-se de uma forma explosiva e grave de Artrite Psoriática.

COMO É QUE SE MANIFESTA ESTA DOENÇA?

As manifestações articulares (artrite) podem assumir cinco formas diferentes, podendo o envolvimento do esqueleto axial (coluna vertebral) associar-se a qualquer um dos quadros.

FORMA OLIGOARTICULAR ASSIMÉTRICA

Este é o padrão mais frequente de APs, atingindo cerca de 70% dos doentes. Caracteriza-se por envolver duas a quatro articulações, pequenas ou grandes, diferentes nos dois lados do corpo. Qualquer articulação pode ser afectada mas há especial predilecção pelas interfalângicas proximais (articulações entre a 1ª e a 2ª falange), interfalângicas distais (articulações entre a 2ª e a 3ª falange) e pelas metatarsofalângicas (articulações entre os ossos do pé e os dedos).

Esta forma pode acompanhar-se de dactilite (caracterizada por um edema difuso de todo um dedo, resultante da inflamação dos tecidos moles, incluindo a bainha dos tendões e as articulações adjacentes, dando um aspecto típico ao dedo, o chamado "dedo em salsicha").

FORMA PSEUDO-REUMATÓIDE

Esta forma é caracterizada por uma poliartrite (cinco ou mais articulações envolvidas), simétrica (atinge as mesmas articulações dos dois lados do corpo), que é muito semelhante à Artrite Reumatóide.

FORMA ESPONDILÍTICA

A clínica é semelhante à Espondilite Anquilosante, manifestando-se essencialmente por dores nas costas e rigidez. Atinge as articulações sacro-íliacas e a coluna, estando muitas vezes associada a artrite periférica (articulações dos membros), a entesopatia (inflamação no local de inserção dos tendões nos ossos), particularmente do tendão de Aquiles, e a inflamação dos olhos (olho vermelho).

FORMA INTERFALÂNGICA DISTAL

O envolvimento preferencial ou exclusivo das interfalângicas distais das mãos ocorre numa pequena percentagem de doentes. Esta forma é mais frequente no sexo masculino e está particularmente associada a lesões de psoríase das unhas, como a distrofia e o *pitting* ungueal.

FORMA MUTILANTE

Esta forma, felizmente rara, é caracterizada por uma artrite rapidamente deformante e destrutiva. Atinge mais frequentemente as metacarpofalângicas (articulação entre os ossos da mão e as falanges) e as interfalângicas proximais, conduzindo a marcada desorganização articular, com extensa perda de osso nos topos articulares.

OUTRAS MANIFESTAÇÕES

Comparativamente com outras Espondilartropatias as sinovites são mais comuns. Ao longo da evolução da doença são frequentes entesites, particularmente do tendão de Aquiles, da fascia plantar (planta do pé) e nos ossos pélvicos e tenossinovites, sobretudo do tendão flexor das mãos e dos extensores do carpo. Dactilites ocorrem em um terço dos doentes.

A APs não se acompanha habitualmente de manifestações extra-articulares, além da doença de pele. Pode surgir raramente inflamação e secura dos olhos bem como insuficiência da válvula aórtica.

COMO SE FAZ O DIAGNÓSTICO DESTA DOENÇA?

O diagnóstico é feito com base na conjugação de dados clínicos, em que a presença da Psoríase é de grande utilidade, com achados radiológicos. É importante realçar que não há nenhum exame complementar que, por si só, nos permita fazer o diagnóstico de Artrite Psoriática.

LABORATÓRIO

- O Hemograma - pode revelar uma anemia das doenças crónicas;
- A velocidade de sedimentação globular (VS) e a proteína C reactiva (PCR) estão geralmente elevadas;
- Factor Reumatóide - geralmente negativo, pode ser positivo em cerca de 10% dos doentes, embora habitualmente em título baixo;
- As provas da função hepática e renal - são indispensáveis para iniciar e controlar diversos tratamentos farmacológicos.

EXAMES IMAGIOLÓGICOS

- A radiografia (Rx) das sacro-ilíacas - (articulação entre o sacro e os ossos ilíacos da bacia), pode evidenciar uma sacroilite (inflamação das articulações sacro-ilíacas), de grau variável, frequentemente assimétrica;
- O Rx dos segmentos afectados da coluna pode revelar, em fases avançadas da doença, exostoses volumosas (formações ósseas nas margens articulares), projectadas horizontalmente a partir dos corpos vertebrais, com distribuição assimétrica e afectando segmentos descontínuos da coluna;
- A Cintigrafia articular, a Tomografia Computadorizada (TC) ou a Ressonância Magnética Nuclear (RMN) das sacro-ilíacas, estão indicadas se há dúvidas quanto à existência de sacroilite;
- O Rx das mãos e dos pés pode demonstrar lesões articulares, geralmente assimétricas, particularmente ao nível das interfalângicas distais;
- O Rx de outras articulações afectadas pode mostrar graus variados de destruição articular, conforme a localização, o tempo de evolução e agressividade da doença.

QUE TRATAMENTOS ESTÃO INDICADOS NA ARTRITE PSORIÁTICA?

O tratamento da APs tem como objectivo aliviar a dor, prevenir as erosões e evitar a incapacidade de mobilização. Dependendo da gravidade da doença, há variadas opções terapêuticas que podem ser tomadas, devendo o doente pedir ao seu médico todos os esclarecimentos necessários para poder avaliar os benefícios esperados e eventuais efeitos secundários da medicação.

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

As medidas de ordem geral são de suma importância. A adopção de uma dieta saudável e a manutenção do peso ideal são importantes, bem como fazer o repouso necessário e garantir um ritmo de sono adequado.

Os doentes com APs podem beneficiar de um programa individualizado de fisioterapia, sendo fundamental a consulta de um médico especialista nesta área. Durante os períodos de agudização está indicado fazer repouso relativo e fisioterapia passiva para evitar atrofia muscular e rigidez das articulações. Deve dar atenção ao controle das lesões cutâneas, não descurando o seu tratamento.

Raramente é necessário o recurso à cirurgia, podendo no entanto ser necessário substituir por uma prótese uma articulação destruída (artroplastia total), o que acontece mais frequentemente com as articulações coxofemorais (ancas).

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Para alívio das dores e da inflamação articular ou dos tendões estão indicados em primeiro lugar os **anti-inflamatórios não esteroides (AINE)** clássicos ou os inibidores específicos da Ciclo-oxigenase 2 (*COXIB*), por vezes em associação com infiltração articular de *corticosteróides*, conseguindo-se, na maioria dos casos, um bom controlo sintomático, particularmente quando estão envolvidas poucas articulações. O uso de corticosteróides sistémicos deve ser evitado, devido aos efeitos secundários da sua utilização a longo prazo e à possibilidade de uma exacerbação da doença cutânea após a sua retirada.

Ao longo do tempo diversas terapêuticas têm sido usadas com o objetivo de modificar a evolução da doença. Medicamentos como os *Sais de Ouro*, a *Hidroxicloroquina*, *Sulfasalazina* têm resultados favoráveis em alguns casos.

Quando a doença é mais agressiva e progressiva, lesando as articulações, está indicada a utilização de **Imunossupressores**. O fármaco mais usado nos últimos anos é o *Metotrexato*. Em casos que não respondem a esta terapêutica pode-se recorrer à *Ciclosporina A*, isolada ou em associação com o *Metotrexato*. A *Leflunamida* é uma alternativa a considerar, tendo bom efeito articular bem como a nível da pele.

Presentemente há a possibilidade de utilizar **terapêuticas biológicas** nos casos graves de APs, verificando-se bons resultados na artrite, entesite, dactilite ou mesmo na psoríase, com controle dos sintomas e sinais de doença, além de franca melhoria do estado geral do doentes e consequentemente da sua qualidade de vida. As terapêuticas biológicas actualmente com indicação para a APs são os inibidores do factor de necrose tumoral alfa (anti-TNF α) - o *Infliximab*, o *Etanercept* e o *Adalimumab*, fármacos que podem modificar o curso natural da doença, inibindo a destruição óssea, comprovada pela ausência de progressão radiológica.

O tratamento do envolvimento axial faz-se mediante o uso criterioso de anti-inflamatórios associado ao exercício físico regular e à fisioterapia. Os fármacos modificadores de doença, à excepção dos anti-TNF α , são pouco eficazes nesta forma de APs. Pode ser benéfica a infiltração de corticosteróides nos casos de sacroiliite bastante sintomática.

COMO EVOLUI A ARTRITE PSORIÁTICA?

A APs evolui com flutuações, com períodos de remissão parcial (praticamente sem sinais de doença activa), alternando com períodos de agravamento, sem relação temporal com a evolução da doença cutânea. Não é raro iniciar-se com uma sintomatologia discreta, envolvendo apenas uma a duas articulações, e afectar progressivamente outras articulações. A agressividade varia muito de doente para doente, podendo, em alguns casos, levar a marcada incapacidade.

Apesar de não haver ainda cura para a Ps nem para a APs, na maior parte das situações a doença é pouco agressiva e os doentes podem ter uma vida perfeitamente normal. Uma franca melhoria dos sinais e sintomas é possível com as medidas terapêuticas disponíveis actualmente.

Existe uma perspectiva favorável de avanços no tratamento desta doença centrada em diversas drogas já em estudo na actualidade.

Uma atitude positiva perante a doença é fundamental. Compete ao doente ser parte activa do seu tratamento, pela adesão à terapêutica medicamentosa prescrita e ao plano de exercícios de ginástica.

As lesões da pele podem afectar a sua auto imagem e perturbar a sua auto-estima, situação que se pode agravar em consequência das dores e alguma incapacidade que a artrite pode originar.

Aprender a lidar com doenças crónicas e preservar ao máximo a qualidade de vida requer, por vezes, o apoio de Médicos ou Psicólogos especializados nesta área. Não se iniba de procurar auxílio. Uma discussão franca dos seus sentimentos relativamente à doença com os seus familiares, amigos e colegas de trabalho pode melhorar a sua vida familiar e social.

A QUEM DEVE RECORRER?

A Artrite Psoriática exige a colaboração de uma equipe multidisciplinar. Deve haver uma estreita ligação entre o Médico de Medicina Geral e Familiar e os Especialistas neste tipo de doença, sendo frequente haver necessidade da intervenção de outras Especialidades, assim como a de outros Técnicos como sejam Enfermeiros, Psicólogos, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais e outros.

Os Especialistas com mais experiência neste tipo de doenças são os de Medicina Interna e os de Reumatologia.

Os mecanismos imunitários são muito importantes na evolução da Artrite Psoriática. Assim, em grande parte dos hospitais existem consultas especializadas, chamadas Consultas de Doenças Auto-imunes ou de Imunologia Clínica, dirigidas por internistas com grande experiência neste tipo de doenças.

Em alguns hospitais estas consultas ainda não estão oficializadas, mas existem consultas de Medicina Interna com médicos vocacionados para estas patologias.

A lista destas consultas nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde é apresentada no verso.



Hospitais com Consultas de Doenças Auto-imunes

(Dependentes da Medicina Interna)

Região Norte:

- Hospital de São Marcos – Braga
- Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães
- Hospital de São Pedro – Vila Real
- Hospital Padre Américo – Penafiel *
- Hospital de Santo António – Porto
- Hospital de São João – Porto
- Hospital Distrital Pedro Hispano – Matosinhos *
- Hospital de São Sebastião – Feira

Região Centro:

- Hospital de São Teotónio – Viseu
- Hospital Infante D. Pedro – Aveiro
- Hospital Distrital da Figueira da Foz – Figueira da Foz
- Hospital dos Covões / C. H. de Coimbra - Covões
- Hospitais da Universidade de Coimbra – Coimbra *
- Centro Hospitalar Rainha D. Leonor – Caldas da Rainha
- Hospital Sousa Martins - Guarda
- Hospital da Covilhã / C. H. da Cova da Beira – Covilhã
- Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia
- Hospital Amato Lusitano – Castelo Branco *
- Hospital Distrital de Pombal – Pombal *
- Hospital de Santo André – Leiria

Região Lisboa:

- Hospital Dr. Manoel Constâncio – Abrantes *
- Hospital Jesus Cristo - Santarém
- Hospital Curry Cabral - Lisboa
- Hospital de Santa Maria - Lisboa
- Hospital Egas Moniz / C. H. Lisboa Ocidental – Lisboa
- Hospital de São Francisco Xavier / C. H. Lisboa Ocidental - Lisboa
- Hospital dos Capuchos / C. H. de Lisboa – Lisboa
- Hospital Pulido Valente – Lisboa
- Hospital de Santa Marta – Lisboa *
- Hospital Fernando da Fonseca - Amadora
- Centro Hospitalar de Cascais – Cascais *
- Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro
- Hospital São Bernardo - Setúbal

Região Sul

- Hospital de Santa Luzia – Elvas
- Hospital do Espírito Santo – Évora
- Hospital Distrital de Faro – Faro
- Hospital do Barlavento Algarvio – Portimão *

Madeira

- Centro Hospitalar do Funchal – Funchal

Açores

- Hospital de Espírito Santo de Angra do Heroísmo – Angra do Heroísmo

Editado em 2006 por:



NEDAI - SPMI
Morada Rua de Tobis Portuguesa 8 - 2º, Sala 7
1750 - 292 LISBOA
Tel 217 520 570 / 8
Fax 217 520 579
E-mail secretariado@spmi.webside.pt
www.spmi.pt

* Estes Hospitais têm Consultas de Medicina Interna vocacionadas para Doenças Auto-imunes

Com a colaboração de:

Wyeth®

