

Concomitância de artrite reumatoide e espondilite anquilosante em um único paciente: importância dos novos critérios de classificação

Valderilio Feijó Azevedo¹, Pedro Grachinski Buiar²

RESUMO

Relatamos um caso de concomitância de espondilite anquilosante e artrite reumatoide em um paciente caucasiano de 65 anos, com achados clínicos de poliartrite simétrica com erosão de metacarpofalangeana ao raio X convencional e dor lombar inflamatória, HLA-B27+, associada à sacroiliíte. O paciente apresentou valores elevados de fator reumatoide e antipeptídeo citrulinado cíclico (anti-CCP). Realizamos uma revisão da literatura na qual as principais características de casos previamente reportados foram comparadas às deste caso. Este é o primeiro relato de caso de concomitância das duas doenças em que se utilizou teste laboratorial para dosagem do anti-CCP associado ao preenchimento das últimas versões dos critérios ASAS axial e ACR/EULAR para a classificação de espondilite anquilosante e artrite reumatoide, respectivamente.

Palavras-chave: artrite reumatoide, espondilite anquilosante, classificação de doenças, fator reumatoide, antígeno HLA-B27.

© 2013 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide (AR) e a espondilite anquilosante (EA) são doenças articulares inflamatórias crônicas e progressivas que levam ao dano articular e comprometimento funcional dos pacientes. No passado, a EA foi incluída no espectro da AR, sendo considerada uma variante axial dela. Desde a década de 1950, época do “surgimento” do fator reumatoide (FR), várias características distintas vêm sendo estabelecidas para diferenciar essas duas doenças reumatológicas.¹ Atualmente, cada uma tem seus critérios diagnósticos singulares bem definidos. Acrescentam-se a esses critérios exames de laboratório que identificam anticorpos e genes (como HLA-DR4 e HLA-B27) relacionados a cada uma. O destaque é dado para o anticorpo antipeptídeo citrulinado cíclico (anti-CCP), usado atualmente no diagnóstico de AR. A coexistência de AR e EA em um único paciente é rara. Dos quase 50 casos descritos na literatura, grande número ocorreu há mais de 30 anos, quando ainda se fazia pouco uso de testes laboratoriais específicos e os critérios de classificação de ambas as enfermidades estavam em franco debate.

Muitos desses casos foram publicados como ocorrência raríssima em periódicos.²⁻⁴ Major *et al.*,² em 1979, publicaram 2 casos e informaram sobre outros 21 que já haviam sido descritos na literatura inglesa até então. Em 1995, Toussiro *et al.*³ publicaram um relato com mais 3 casos e fizeram uma revisão, encontrando ao todo 44 casos prévios. De lá para cá, mais alguns casos foram somados, porém a frequência com que são relatados vem diminuindo. Neste artigo relatamos o diagnóstico de AR e EA em um mesmo paciente, usando os critérios ASAS para EA axial e ACR/EULAR 2010 para AR e a dosagem do anti-CCP, que não foi realizado em relatos anteriores. Ressaltamos ainda a presença da dosagem do anti-CCP entre os critérios atualizados (2010) da ACR/EULAR para AR.⁵

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 65 anos, caucasiano, tabagista e etilista de longa data, aposentado. Internou-se com quadro de poliartralgia + emagrecimento (5 kg em aproximadamente 1,5 mês). Referiu dor lombar baixa e torácica de início há aproximadamente 1 ano e

Recebido em 14/05/2011. Aprovado, após revisão, em 26/11/2012. Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse. Universidade Federal do Paraná – UFPR.

1. Professor-Assistente em Reumatologia, Universidade Federal do Paraná – UFPR

2. Aluno de Medicina, UFPR; Coordenador Acadêmico da Iniciação Científica em Espondilítrites

Correspondência para: Valderilio Feijó Azevedo. Rua Lamenha Lins, 1110, ap. 11 – Rebouças. CEP: 80220-080. Curitiba, PR, Brasil. E-mail: valderilio@hotmail.com

4 meses, que piorava à noite e melhorava com atividades físicas, também apresentando rigidez matinal de cerca de 40 minutos. O paciente apresentava ainda quadro de dor leve em articulações tarsais de pé direito e joelho direito, sem edema associado. Dois meses antes do internamento iniciou com dores moderadas à mobilização de ambos os cotovelos e metacarpofalangeanas. Negou tosse, sudorese noturna e febre nesse período. Negou histórico anterior de quadro semelhante, uretrites, sintomas intestinais ou mesmo um diagnóstico prévio de doença reumática.

Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, lúcido e orientado, com *facies* de dor. Coluna cervical com rigidez e limitação à movimentação bilateral ($< 45^\circ$). Coluna lombar dolorosa à palpação de vértebras L3-L5. Schöber 10,0–11,6 cm, expansibilidade torácica de 2,1 cm, índice occipito-parede 0 cm. Verificou-se aumento de volume, calor e redução da mobilidade (para extensão) de ombros e cotovelos bilaterais. Nas mãos, nódulos de Bouchard e Herberden presentes com atrofia da musculatura interóssea. Joelhos dolorosos à palpação com crepitação grosseira ao movimento. O exame físico evidenciou pequena lesão cutânea eritematosa em joelho direito, a qual foi biopsiada. Não apresentava nódulos. Pressão arterial de 145/95 mmHg, frequência cardíaca de 125 bpm e frequência respiratória de 20 rpm. Nos exames laboratoriais: velocidade de hemossedimentação (VHS) de 111 mm/1h (até 32,5 mm/1h); proteína C-reativa (PCR) de 9 mg/dL (normal 0,5 mg/dL); hematócrito, 36,2%; hemoglobina, 11 g/dL, plaquetas, 429.000/mm³; leucócitos, 8120/mm³; e FR de 633 UI/mL. Exames radiográficos de articulações sacroilíacas e de coluna lombar demonstraram esclerose de sacroilíacas bilateralmente sem erosões (grau 2) mais evidente à direita e sindesmófitos em L4 e L5 (Figura 1a). A biópsia da lesão de pele de joelho direito evidenciou dermatite crônica perivascular superficial cuja causa não foi estabelecida, mas não havia compatibilidade com lesão psoriásica. Exame foi positivo para HLA-B27. Recebeu alta por melhora do quadro após início de tratamento com anti-inflamatório não esteroide e sulfasalazina. BASFI = 6,5; BASDAI = 5,8; DAS-28 = 5,5.

O paciente retornou somente após um ano, referindo melhora geral das dores em joelhos, ombros e mãos. Relatou surgimento de dores leves nos 2º e 3º quirodáctilos esquerdos dois meses antes. O exame físico demonstrou: edema de 2ª metacarpofalange (MCF) direita, 2ª e 3ª MCF esquerda e de cotovelo esquerdo, dor à palpação óssea de todas as MCF, edema e dor à palpação da articulação acrômio-clavicular esquerda, aumento de volume e dor em 2ª, 3ª e 4ª MTF esquerda, e aumento de volume em 2ª metatarsofalangeana (MTF) direita. O paciente apresentava FR de 526 UI/mL, PCR de 4,64 mg/dL e VHS de 42 mm/1h. A radiografia de mãos demonstrou discreta erosão de 1ª MCF direita, redução do espaço articular e hipodensidade óssea

justarticular (Figura 1b). O resultado da dosagem do anticorpo anti-CCP foi 525 (valores de referência considerados fortemente positivos > 60 Au).

A pontuação ACR/EULAR (2010) para AR foi de 8 pontos (diagnóstico positivo). Nesse momento, o paciente foi diagnosticado como portador de AR e EA, e foram prescritas as seguintes medicações: diclofenaco 150 mg/dia, prednisona 7,5 mg/dia e metotrexato 15 mg/semana. No momento, o paciente permanece em seguimento ambulatorial com indicação de uso de agente biológico bloqueador do fator de necrose tumoral (anti-TNF).

DISCUSSÃO

As diferenças fisiopatológicas, clínicas e diagnósticas entre AR e EA estão bem estabelecidas. AAR tem prevalência de 1%–2% na população caucasiana e está associada ao gene HLA-DR4 e DR1 (presente em 60% dos pacientes).⁶ Tem um pico de incidência

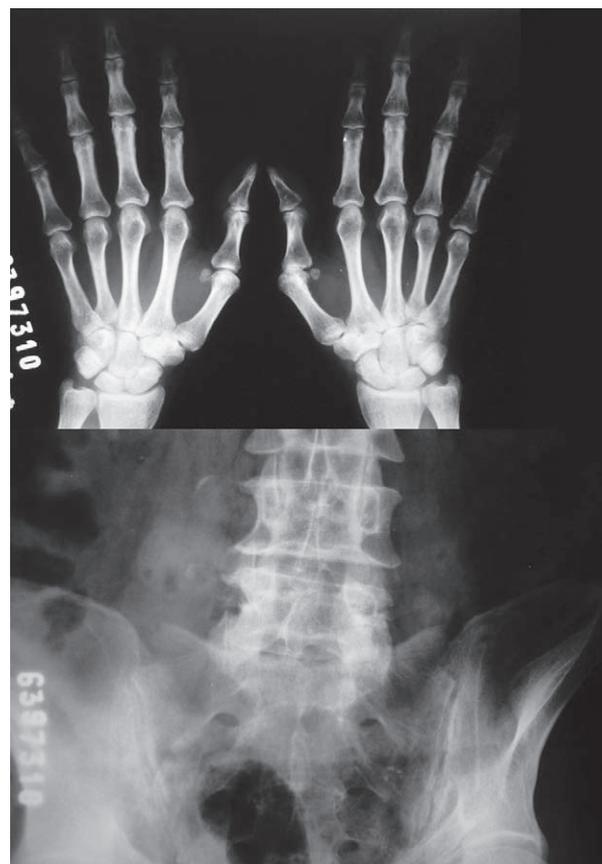


Figura 1
(A) Discreta erosão de 1ª MCF direita, redução do espaço articular e hipodensidade óssea justarticular. (B) Esclerose de sacroilíacas bilateralmente sem erosões mais evidentes à direita (grau 2) e sindesmófitos em L4 e L5.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3327213>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3327213>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)