

ARTRITE PSORIÁSICA

ISABEL BESSA, HELENA SANTOS, ISABEL SOLES, TERESA MONTEIRO, BENTO PINTO
Serviço de Medicina. Hospital Distrital da Figueira da Foz. Figueira da Foz

RESUMO

A Artrite Psoriásica que durante muitos anos foi considerada uma complicação - tardia da Psoríase, é na actualidade conhecida como uma doença sistémica crónica resultante da coexistência de uma poliartropatia crónica evolutiva e de uma doença cutânea, a Psoríase.

Os Autores fazem uma breve revisão da etiopatogenia, clínica e tratamento da Artrite Psoriásica e apresentam uma análise retrospectiva do quadro clínico de 19 doentes com Artrite Psoriásica seguidos na consulta de Medicina - Reumatologia.

Palavras-chave: Artrite Psoriásica, doença sistémica crónica, poliartropatia crónica, Psoríase

SUMMARY

PSORIASIS ARTHRITIS

The Psoriasis Arthritis which was considered for many years as a late complication of the Psoriasis, is presently known as a chronic systemic disease, resulting from the coexistence of a chronic evolutive polyarthropathy and a skin disease, the Psoriasis.

The authors make a brief revision of the etiopathogeny, clinics and treatment of the Psoriasis arthritis and show a retrospective analysis of the clinical cases of 19 patients with Psoriatic Arthritis followed at the Medicine Consultation Rheumatologic.

Key words: psoriasis Arthritis, chronic systemic disease, chronic polyarthropathy, Psoriasis

INTRODUÇÃO

A Artrite Psoriásica que durante muitos anos foi considerada uma complicação tardia da Psoríase, é na actualidade conhecida como uma doença sistémica crónica englobando uma poliartropatia crónica evolutiva e uma doença cutânea, a Psoríase^{1,2}. Estas duas afecções geralmente têm diferentes tempos de eclosão sendo variável o tempo que medeia o aparecimento de lesões cutâneas e os fenómenos de artrite. O atingimento é simultâneo em 10% dos casos, as manifestações articulares precedem as dermatológicas em 15%, mas em 75% dos

casos as lesões cutâneas precedem as articulares em vários anos¹⁻⁴.

Epidemiologicamente a Psoríase tem uma prevalência de 1- 2% e destes cerca de 5 -10% sofrem de reumatismo psoriásico. É mais frequente depois dos 40 anos e há um ligeiro predomínio no sexo masculino¹⁻⁵.

A sua etiopatogenia é desconhecida, mas muito provavelmente multifactorial, onde os factores genéticos e ambientais serão muito importantes. A Psoríase e a Artrite Psoriásica demonstram um forte componente hereditário do tipo autossómico dominante de penetrância incompleta.

São doenças em que há agregação familiar, sendo os antígenos de histocompatibilidade HLA-B13, HLA-B17, HLA-B27, HLA-DR4 e HLA-DR7 mais frequentes que na população em geral. Destes antígenos, o HLA-B13 e HLA-B17 são mais frequentes na doença cutânea, o HLA-B27 no envolvimento do esqueleto axial e os antígenos HLA-DR4 e HLA-DR7 mais prevalentes na artrite periférica^{1,2,5}. Os factores ambientais usualmente são múltiplos e incluem o trauma físico, os factores emocionais e as infecções, particularmente as estreptocócicas^{4,5} (Quadro I).

Quadro I - Factores Etiopatogénicos na Artrite Psoriásica

Hereditariedade

Factores desencadeantes:

- Infecções - Stress
- Traumatismos
- Vacinações

Citoquinas

Factores de crescimento .Alterações imunológicas

- Cadeias pesadas de imunoglobulinas
- Imunocomplexos circulantes
- Diminuição da acção dos linfócitos T

Adaptado de Arquivos de Reumatologia⁴

Clinicamente a artrite psoriásica pode ter uma forma de apresentação aguda ou sub aguda e evoluir por surtos e remissões^{1,2,5}. A sintomatologia clínica revela-se por artralgias com ou sem artrite, talalgias precoces e muito frequentes, fenómeno de Raynaud, mialgias, parestesias das extremidades e rigidez matinal. Sempre que haja suspeita de artrite psoriásica, devem ser procuradas lesões cutâneas de psoríase nas regiões solicitadas mecanicamente (cotovelos e joelhos), dorso, couro cabeludo, unhas, umbigo, cavado axilar, sulco mamário e interglúteo; já que a expressão cutânea da psoríase pode ser mínima ou até inaparente, remetendo o médico para uma pesquisa a nível familiar - *arthritis psoriatica sine psoriasis*^{2,4,5}.

É clássico considerar cinco formas clínicas de apresentação da doença^{1,2,5}:

I - Oligoartropatia assimétrica - é a forma mais comum surgindo em cerca de 70% dos doentes, não havendo grande relação entre a actividade articular e a doença cutânea. Atinge preferencialmente os membros inferiores, é a simétrica e relativamente benigna.

II - Poliartropatia simétrica - surge em 15% dos doentes, é uma forma idêntica à artrite reumatoide embora menos erosiva e menos grave.

III - Espondilite psoriásica - atinge cerca de 5% dos doentes, com predomínio no sexo masculino (relação 3,5:1). Tem predomínio axial, com sacroileíte unilateral e parasindesmófitos (semelhantes aos sindesmófitos, mas com início na parte média do corpo vertebral apresentando a forma de parêntesis) apenas de um lado do ráquis, contrariamente à espondilite anquilosante.

IV - Artrite mutilante - surge em 5% dos doentes, sendo uma artrite destrutiva e reabsortiva que atinge preferencialmente as articulações das mãos, origina dedos em telescópio e é muito invalidante.

V - Doença ungueal psoriásica e atingimento das articulações interfalângicas distais - surge em 5% dos doentes, tem preferência pelos dedos das mãos, cujas unhas apresentam sinais de friabilidade, descolamento parcial e hiperqueratose do leito ungueal, sulcos ungueais transversos de Beau e coloração amarelo esverdeado do leito ungueal, associada a doença das articulações interfalângicas distais dando o aspecto de *dedo em salsicha*.

Além das manifestações clínicas já referidas, consideram-se como manifestações sistémicas mais frequentes: insuficiência cardíaca, insuficiência renal, uveíte, conjuntivite, amiloidose e síndrome miosítico^{1,2,5}.

Laboratorialmente, é uma artrite sero negativa para os factores reumatoides IgM, apresentando a halotipagem já referida, anemia, elevação da VS e da PCR, e segundo alguns autores uma redução da taxa do colesterol^{1,2,4,5}. Dado o elevado catabolismo da nucleoproteínas da pele há frequentemente hiperuricémia. O exame citológico do líquido sinovial tem as características de um derrame inflamatório comum.

O aspecto radiológico na fase inicial da doença pode ser inteiramente normal, sendo a tumefacção fusiforme dos tecidos moles o sinal mais precoce originando *dedos em salsicha*. Posteriormente, surge redução da interlinha articular e coexistência de erosões e produção óssea. É de realçar a manutenção da mineralização óssea até fases tardias da doença^{1,2,6}. As articulações mais lesadas são por ordem de frequência, as das mãos, pés, sacro-ilíacas e coluna vertebral.

FORMAS TOPOGRÁFICAS⁶:

Mãos

- São as mais atingidas, lesando classicamente as inter-falanges distais e proximais, sendo relativamente poupadas as metacarpo-falanges e rádio-cárpicas. É mais afectado o segundo dedo.

- A tumefacção dos tecidos moles é o sinal mais precoce originando o aspecto característico de *dedo em salsicha*.

- Erosões ósseas inicialmente marginais e depois medianas, com produção óssea adjacente às erosões com aspecto espiculado originando por vezes uma extremidade óssea muito afilada e a outra superfície articular com deformação em taça *pencil in cup*. A produção óssea pode causar periostite, anquilose e entesopatia⁶.

Pés

- Os locais e tipos de alterações são semelhantes aos descritos nas mãos. É característica a destruição interfalângica do dedo grande e a proliferação óssea em tomo da falange distal dando o aspecto de falange de marfim.

- São frequentes as alterações da face posterior e superior do calcâneo sob a forma de erosões a nível da inserção aponevrótica do tendão de Aquiles e esporões ósseos na zona de inserção da aponevrose plantar⁶.

Sacro-ilíacas

- Atingidas em cerca de 30-50% dos casos, com erosões primeiro do lado do osso ilíaco (cartilagem mais fina) e posteriormente do sacro.

- Produção óssea frequente com possível evolução para anquilose na porção sinovial da articulação e calcificação ligamentar⁶.

Coluna vertebral

- A alteração mais típica é a espondilite dorsal ou lombar caracterizada por ossificação para-vertebral de distribuição assimétrica. Radiologicamente apresenta-se sob a forma de pontes ósseas, mais espessas que os sindesmófitos, que se estendem da parte média dos corpos vertebrais adjacentes e que se chamam parasindesmófitos⁶.

- A coluna cervical pode ser atingida sem que os restantes segmentos o sejam.

Outras articulações são eventualmente lesadas, com carácter bilateral e - assimétrico. As alterações são semelhantes às já descritas noutras localizações.

É discutível o emprego de radioisótopos no rastreio de uma forma inicial de doença bem como na avaliação da actividade e evolução do processo articular, uma vez que não nos dá mais dados além da clínica e da radiologia^{2,5}.

O diagnóstico é feito com base em elementos de ordem clínica, radiológicos e laboratoriais. Em 1980 Luna e colaboradores propuseram critérios de diagnóstico com vista a uma melhor caracterização do doente e uniformização de critérios em estudos clínicos e ensaios multicêntricos posteriores⁴ (Quadro II).

O tratamento depende da exuberância e duração dos sintomas. De uma maneira geral usam-se os mesmos fármacos utilizados nas outras formas reumáticas. As

Quadro II - Critérios de Diagnóstico (Luna et al)

Critérios major

Dor e tumefacção de pelo menos duas articulações interfalângicas distais e/ou de três articulações do mesmo lado com duração menos de seis semanas

Psoríase da pele e/ou unhas

Pelo menos três sinais radiológicos típicos:

Erosões das interfalângicas distais (IFD)

Periostite ossificante (carpo e pequenos ossos)

Fibrosteíte

Sacroileíte uni ou bilateral

Espondilartrite

Critérios minor

Pelo menos um sinal radiológico típico

Factor reumatoide IgM negativo

Artrite de duas IFD com duração de mais de duas semanas

Psoríase em familiares próximos do doente

Velocidade de sedimentação elevada

Exclusão

Restantes espondilartropatias seronegativas

Gota

Artrite reumatoide

Outras conectivites

Diagnóstico De certeza:

3 critérios major ou 2 major + 4 minor

De presunção:

2 critérios major ou 1 major + 3 minor

Adaptado de Arquivos de Reumatologia⁴

formas mono ou oligoarticulares beneficiam com a administração de AINE associado ou não a tratamento fisiátrico local; as formas poliarticulares podem necessitar de terapêutica de fundo com Sais de Ouro ou Metotrexato coadjuvados com AINE; as formas severas mutilantes justificam o emprego de fármacos imunossuppressores nomeadamente a Azatioprina; as formas axiais respondem bem ao uso de Sulfasalazina em associação com AINE^{1,2,7-9}.

O prognóstico da artrite psoriásica é geralmente mais benigno que o da artrite reumatoide e espondilite anquilosante, havendo todavia algumas formas clínicas cuja gravidade acaba por ser idêntica à daquelas duas entidades clínicas^{1,2,5}. São frequentes longos períodos de remissão com actividade inflamatória nula ou de pequena intensidade e em cerca de 30 a 50% dos casos o processo

mantém-se mono ou oligoarticular⁴.

São considerados factores de mau prognóstico: - o início da doença articular antes dos 20 anos, a associação da artrite com formas graves de psoríase, a presença de HLA-DR4, o grande número de articulações atingidas e o compromisso axial e periférico simultâneo^{2,4}.

MATERIAL E METODOS

Foi efectuado um estudo retrospectivo num período de sete anos em que foram analisados os processos clínicos dos doentes com diagnóstico de artrite psoriásica, seguidos na Consulta Externa de Medicina - Reumatologia do Hospital Distrital da Figueira da Foz.

Foi elaborada uma grelha para colheita de dados incluindo: identificação, idade, sexo, história familiar, idade de aparecimento da doença cutânea e reumática, manifestações clínicas, índices laboratoriais, avaliação radiológica, tratamento e evolução clínica.

RESULTADOS

No total foram analisados os processos clínicos de 19 doentes com artrite psoriásica, sendo 8 do sexo masculino e 11 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 24 e os 68 anos para o sexo feminino e 40 e 80 anos para o sexo masculino. A idade de aparecimento de Psoríase cutânea oscilou entre os 6 e 50 anos para o sexo feminino e entre os 21 e 46 anos para o sexo masculino. O aparecimento das artralguas variou entre os 17 e 60 anos no sexo feminino e entre os 34 e 59 anos no sexo masculino. O tempo que mediou o aparecimento das lesões cutâneas e o envolvimento articular oscilou entre os 2 e os 40 anos na mulher e 1 e 15 anos no homem. (Quadro III) O aparecimento de lesões cutâneas precedeu as queixas articulares em 15 doentes (78%), tendo o envolvimento articular surgido antes das lesões cutâneas somente em 4

Quadro III - Amostra de Doentes com Artrite Psoriásica

Artrite Psoriásica	Feminino	Masculino	Total
Nº de doentes	11	8	19
Idade	24-68 A (média 43 A)	40-80 A (média 54 A)	
Idade de aparecimento da Psoríase cutânea	6-65 A (média 19 A)	21-46 A (média 25 A)	
Idade de aparecimento das artralguas	17-60 A (média 35 A)	34-59 A (média 44 A)	
Tempo que medeia o aparecimento das lesões cutâneas e sintomas articulares	2- 40 A	1-15 A	

doentes (21%). Não houve aparecimento simultâneo de lesões cutâneas e articulares na amostra estudada.

Do ponto de vista clínico o envolvimento oligoarticular assimétrico isolado surgiu em dois doentes; a poliartropatia simétrica em um doente; a artrite mutilante em um doente; a espondilite psoriásica isolada em três doentes; a doença ungueal psoriásica com atingimento das articulações interfalângicas distais surgiu em 16 doentes, mas em associação com o envolvimento de outras áreas. Na amostra estudada 12 doentes apresentavam envolvimento simultâneo da região axial e articulações periféricas. (Quadro IV)

Quadro IV - Manifestações clínicas

Oligoartropatia assimétrica	2
Poliartropatia simétrica isolada	1
Artrite mutilante	1
Espondilite Psoriásica isolada	3
Doença axial e oliarticular	12
Doença ungueal e IFD	16

As manifestações sistémicas limitaram-se ao aparecimento de conjuntivite em dois casos (10%) e de estomatite aftosa em um caso (5%).

Análiticamente constatámos seronegatividade para o factor reumatoide e aumento moderado da velocidade de sedimentação eritrocitária em cinco doentes (26%), proteína C reactiva positiva em quatro doentes (21%), anemia normocrómica normocítica em seis doentes (31%), hiperuricémia em apenas cinco doentes (26%). O doseamento das imunoglobulinas não evidenciou alterações. A tipagem HLA apenas foi efectuada em três doentes, sendo o HLA B27 negativo.

Quadro V - Alterações Laboratoriais Observadas

Alterações Laboratoriais	Nº de Doentes
ANN	6
VS elevada	5
PCR positiva	4
F.R. negativo	19
Ácido úrico elevado	5
Imuno lobulinas normais	19

Os achados radiológicos encontrados limitaram-se aos locais enumerados no quadro VI. Realizou-se o estudo isotópico em três doentes que revelou hiperfixação a nível das sacro ilíacas e interfalângicas proximais e distais, não trazendo dados de novo além da clínica e dos padrões radiológicos.

Quadro VI - Alterações radiológicas

Localização	Nº de doentes
Mãos	9
Pés	5
Coluna cervical	6
Coluna lombar e dorsal	2
Sacro-ilíacas	7
Joelhos	2

O tratamento iniciou-se com AINES em todos os doentes. Em sete doentes (36%) em que a sintomatologia era pouco aparatosa e os marcadores inflamatórios inexistentes não foram necessários outros fármacos; 12 doentes (64%) foram medicados com Auranofina na dose de 3 e 6 mg por dia. Dois destes doentes não obtiveram melhoria clínica, sendo medicados com Metotrexato na dose de 7,5 mg por semana.

A evolução de uma forma global foi favorável, havendo melhoria da sintomatologia clínica e dos valores laboratoriais nos dez doentes tratados com Auranofina, no entanto apenas quatro entraram em remissão clínica e laboratorial durante o *follow up* efectuado. Os doentes tratados com Metotrexato obtiveram melhoria clínica e dos valores laboratoriais mas não entraram em remissão clínica total. Também é de referir que não foi necessário suspender a terapêutica por efeitos secundários e que durante a terapêutica efectuada não houve agravamento das lesões cutâneas de Psoríase.

Os doentes mantêm-se em vigilância clínica e laboratorial de acordo com o protocolo terapêutico instituído.

DISCUSSÃO

1 - O número limitado de casos impede que sejam extrapoladas quaisquer conclusões, que não sejam

coincidentes com estudos alargados e constando na bibliografia disponível.

2 - Servirá este estudo para avaliação da importância da Artrite Psoriásica numa consulta de Medicina de um Hospital Distrital, realçando-se a necessidade de ter presente a possibilidade de diagnóstico desta entidade numa doença reumatismal sero negativa.

3 - Permitiu ainda aferir os critérios de tratamento por nós utilizado e avaliar os seus resultados.

4 - Julgamos oportuno defender a sectorização da consulta de Reumatologia, com a finalidade de concentrar experiência. Os quadros clínicos das designadas doenças reumatismais são proteiformes na sua apresentação mas com pontos comuns entre todos eles.

Os seus diagnósticos são difíceis em muitas circunstâncias, porém deverá exigir-se a acuidade possível para selecção das medidas terapêuticas que podem ser múltiplas e que podem minorar e sustentar a evolução da doença e os consequentes danos ao doente contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida do mesmo.

BIBLIOGRAFIA

1. QUEIROZ MV: Artrite Psoriásica - Reumatologia clínica, Lidel - Edições técnicas Limitada 1996:296-298
2. MIEHLE W: Rhumatisme psoriasique. Compendia Rheumatologica, Editions Eurolar 1980:11-85
3. FIGUEIRAS J, CATITA C: Epidemiologia do Reumatismo Psoriásico, Acta Reuma Port 1983;VIII (3):125-140
4. COELHO PC; SANTOS R A, GOMES JAM: Artrite Psoriásica, Arq. Reumatologia 1990;12: 417-432
5. SCHUR PH: Arthritis Psoriasica. Jean D. Wilson, Eugene Braunwald, Kurt J. Isselbacher, Robert G. Petersdorf, Joseph B. Martin, Anthony S. Fauci, Richard K. Root eds. Harrison Princípios de Medicina Interna, 12ª Edición, Vol 2, Inter Americana McGraw -Hill, Madrid 1991;1718-1719
6. CRUZ L: Artropatia psoriásica, 20 Terna de Imagiologia Osteo Articular, Editor J.C.C. Telo Morais, Coimbra 1991:377-382
7. GAUPILLE P, VALAT JP: Le Traitement du Rhumatisme Psoriasique. Ann Med Interne 1994:145-147
8. MAHRNOUD ABU-SHAKRA, DAFNA D. GRADMAN, J. CARTER THORNE et al: Longterm Methotrexate Therapy in Psoriatic Arthritis: Clinical and radiological Outcome - J Rheumatol 1995:241-245
9. ADITYA K. GUPTA, JAMES S. GROBER, TED A. HARNILTON et al: Sulfasalazine Therapy for Psoriatic Arthritis: a Double Blind Placebo Controlled Trial - J Rheumatol 1995:894-897