

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA  
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

AVALIAÇÃO DAS MANIFESTAÇÕES ARTICULARES EM PACIENTES  
PORTADORES DE ESPONDILOARTRITES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO  
ARAÚJO LIMA

Bolsista: Renata Yasmin Cardoso Sousa (FAPEAM)  
Colaboradora: Gisele Cumape Gomes

MANAUS  
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA  
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL:  
AVALIAÇÃO DAS MANIFESTAÇÕES ARTICULARES EM PACIENTES  
PORTADORES DE ESPONDILOARTRITES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO  
ARAÚJO LIMA

Bolsista: Renata Yasmin Cardoso Sousa (FAPEAM)  
Colaboradora: Gisele Cumape Gomes  
Orientadora: Profa. PhD. Sandra Lúcia Euzébio Ribeiro

MANAUS  
2015

## **RESUMO**

As espondiloartrites compõem uma categoria de doenças reumatológicas que têm em comum alguns aspectos, como dor lombar de caráter inflamatório, alterações radiológicas, entesopatias, fator reumatoide negativo e presença do HLA-B27. As doenças classificadas nesse grupo são a Espondilite Anquilosante, Espondilite Anquilosante Juvenil, Artrite Psoriásica, Artrite Reativa, Artrites Enteropáticas e Espondiloartrites Indiferenciadas.

O objetivo deste estudo, retrospectivo e transversal, foi avaliar o perfil do envolvimento articular de pacientes portadores de espondiloartrites atendidos no serviço de Reumatologia do Ambulatório Araújo Lima (AAL) no período de Agosto de 2014 a Maio de 2015, na cidade de Manaus – Amazonas. Além disso, identificar a relação entre etnia e padrão de envolvimento articular.

Dentre as espondiloartrites, a de maior frequência é a Espondilite Anquilosante Primária, protótipo das espondiloartropatias, e está bastante relacionada a indivíduos jovens, de etnia parda e do sexo masculino.

Palavras-chave: Espondiloartrites, Comprometimento Articular, Etnia.

## INTRODUÇÃO

As espondiloartrites (EpA) constituem um grupo de doenças que tem em comum características: como dor lombar de caráter inflamatório, sacroileíte, entesopatias, ausência de fator reumatoide e outros autoanticorpos no soro e associação com HLA-B27. Os principais componentes deste grupo são: espondilite anquilosante (EA), espondilite anquilosante juvenil (EAJ), artrite psoriásica (APs), artrite reativa (ARe), artrites enteropáticas e espondiloartrites indiferenciadas (Moll et al., 1974). Por se tratar de um grupo de doenças que é prevalente e que pode trazer complicações severas a seus portadores, faz-se necessário traçar um estudo do perfil de envolvimento articular desses pacientes e correlacionar com a origem étnica, de modo que se possa realizar controle terapêutico efetivo e melhorar o prognóstico dos mesmos.

## **OBJETIVOS**

### Objetivo Geral

Avaliar os perfis epidemiológicos e de envolvimento articular de pacientes portadores de espondiloartrites, tais como espondilite anquilosante, espondilite anquilosante juvenil, artrite psoriásica, artrite enteropática e artrite reativa, atendidos no serviço de Reumatologia do Ambulatório Araújo Lima (AAL) no período de Agosto de 2014 a Maio de 2015, na cidade de Manaus – Amazonas.

### Objetivos Específicos

- Avaliação clínica do padrão de envolvimento articular periférico e axial, e enteses;
- Identificar a relação com etnia e padrão de envolvimento articular.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As Espondiloartrites (EpA) compreendem um grupo heterogêneo de doenças que compartilham características clínicas e genéticas, bem como alterações estruturais nos estudos de imagem. A positividade para o HLA-B27 e a ausência de fator reumatoide são comuns a esse grupo de doenças. A alta frequência de fenômenos inflamatórios na coluna vertebral, articulação sacroilíaca, articulações periféricas e enteses são considerados critérios para EpA (Da Costa et al., 2014).

Com a finalidade de conseguir englobar este amplo e heterogêneo grupo de doenças, vários critérios classificatórios foram propostos. Mais recentemente, foram desenvolvidos os critérios ASAS de classificação para espondiloartrites axiais, em que se utilizam dados de ressonância magnética e possibilitam um diagnóstico mais precoce (Rudwaleit et al., 2009).

A espondilite anquilosante (EA) é o protótipo das EpA e, como a maioria delas, é uma doença inflamatória crônica que acomete preferencialmente a coluna vertebral, podendo evoluir com rigidez e limitação funcional progressiva do esqueleto axial. Geralmente se inicia no adulto jovem (segunda a quarta décadas da vida), preferencialmente do sexo masculino, da cor branca e em indivíduos HLA-B27 positivos (Sampaio-Barros *et al.*, 2004). O acometimento axial costuma ser ascendente, envolvendo progressivamente a coluna dorsal e cervical, contribuindo para o desenvolvimento da “postura do esquiador“, composta pela retificação da lordose lombar, acentuação da cifose dorsal e retificação da lordose cervical. O acometimento periférico caracteriza-se pela presença de entesopatias e oligoartrite, que predominam em grandes articulações de membros inferiores, como tornozelos, joelhos e coxofemorais (Wang et al., 2006). A mudança radiográfica do paciente com EA é o marcador mais concreto da progressão da doença, mas os fatores preditores dessa progressão radiográfica ainda permanecem obscuros (Kim et al., 2015)

Já a Espondilite Anquilosante juvenil (EAJ) é caracterizada por se manifestar antes dos 16 anos de idade. Costuma iniciar-se com artrite e entesopatias periféricas, evoluindo, somente após alguns anos, para a característica lombalgia de ritmo inflamatório. A doença juvenil costuma ter diagnóstico mais tardio, e muitos destes pacientes podem ser diagnosticados como Artrite Idiopática Juvenil, no início dos sintomas. O comprometimento do quadril é mais frequente na criança do que no adulto, o que determina um pior prognóstico, pela necessidade de próteses totais de quadril em muitos pacientes (Sampaio-Barros et al., 2004).

A artrite psoriásica (APs) é uma artrite inflamatória, soronegativa para o fator reumatoide, associada à psoríase cutânea (Moll et al., 1973). Cerca de 6 a 42% dos pacientes com psoríase desenvolvem algum tipo de acometimento articular (Gladman et al., 2005). O acometimento da pele costuma preceder a artrite em 75% dos casos, havendo ocorrência simultânea em 10% dos pacientes. Nos outros 15% de pacientes, a artrite pode preceder a lesão de pele (Espinoza et al., 1998). Embora, por muitos anos, a APs tenha sido considerada uma forma mais branda de artrite inflamatória, os pacientes com APs podem ter destruição da articulação, limitação funcional, redução da

qualidade de vida e incapacidade psicossocial a uma extensão comparável à de pacientes com artrite reumatóide (AR) (McHugh et al., 2003).

O envolvimento articular na APs possui cinco apresentações clínicas: a forma oligoarticular assimétrica, que é a forma clínica mais frequente, acometendo grandes e/ou pequenas articulações; tenossinovites são comuns, caracterizando os "dedos em salsicha" (dactilite); a forma poliarticular simétrica apresenta quadro articular muito semelhante à artrite reumatoide; pode acometer as articulações interfalangeanas distais, comumente não afetadas na artrite reumatoide; a forma clássica acomete exclusivamente as articulações interfalangeanas distais e geralmente pode estar associada à lesões ungueais típicas da psoríase ("unha em dedal"); a forma mutilante é a forma clínica menos frequente e mais grave, acometendo geralmente indivíduos jovens, na segunda e terceira décadas de vida; afeta as pequenas articulações das mãos e dos pés, evoluindo para deformidades importantes, com encurtamento dos dedos; e a forma espondilítica compreende o envolvimento do esqueleto axial os sintomas clínicos costumam ser indistinguíveis daqueles apresentados pela espondilite anquilosante.

A Artrite Enteropática está comumente associada às doenças intestinais inflamatórias (DII) como a Doença de Crohn e a Retocolite Ulcerativa, seguindo um curso independente da doença intestinal (Taurog, 2013). O envolvimento articular em pacientes com DII tem uma prevalência que varia entre 17 e 39%. É frequentemente caracterizada por um envolvimento das articulações axiais, mas pode também estar associado com a artrite periférica tal como sinovite e / ou dactilite e / ou entesopatia (Peluso *et al.*, 2013).

O envolvimento articular na Artrite Enteropática pode ser subdividido em três apresentações clínicas: oligoartrite periférica, poliartrite periférica e espondilite enteropática. A oligoartrite periférica acomete preferencialmente grandes articulações de membros inferiores, associada à entesopatias periféricas. Não há predileção por gênero e sua evolução está associada à atividade da doença intestinal. (Taurog, 2013). O espectro do envolvimento axial varia de dor lombar inflamatória com ou sem evidência radiológica de sacroileíte (às vezes assintomática) até espondilite caracterizada pelos aspectos clínicos e radiológicos clássicos da EA. O aparecimento de envolvimento axial precede frequentemente o aparecimento da DII e não é influenciada por cirurgia intestinal (Baeten et al., 2002).

A Artrite Reativa (ARe) faz referência a uma artrite que se desenvolve logo após ou durante uma infecção bacteriana; geralmente geniturinária ou gastrointestinal, desencadeada por patógenos os quais não se consegue isolar nas articulações acometidas (Inman, 2004). É, pois, uma artrite asséptica que ocorre subsequentemente a uma infecção extra-articular (Chudomirova, 2008). A artrite reativa é composta da tríade clínica de artrite, uretrite e conjuntivite pós-infecciosas (Inman, 2004). O envolvimento extra-articular da artrite reativa pode também cursar com vulvite, balanite, lesões mucocutâneas, dactilites e entesites diversas (Lassila et al., 2003).

É uma doença pouco frequente e, entre as EpA, constitui a minoria dos casos. A sua incidência é provavelmente subestimada, já que casos leves podem não ser diagnosticados. A artrite reativa é uma condição que ocorre globalmente, afetando predominantemente adultos jovens entre 20 e 40 anos. Acomete mais homens do que

mulheres, numa taxa de 3:1 quando a infecção inicial é gênito-urinária (Handulay et al., 2006). Já a artrite reativa pós-entérica atinge igualmente ambos os sexos. Na ARe, em indivíduos geneticamente predispostos, o agente infeccioso representa o “fator gatilho” para o desenvolvimento da doença. Os gatilhos mais comuns são patógenos urogenitais (*Chlamydia spp.*) e entéricos (*Shigella*, *Salmonella*, *Yersinia* e *Campylobacter spp.*) (Toivanen et al., 1999).

O intervalo entre a infecção sintomática e início da artrite costuma ser de alguns dias a 8 semanas.. O quadro articular costuma ter um padrão da artrite mono ou oligoarticular assimétrica, predominantemente de membros inferiores.

As espondiloartrites indiferenciadas representam um grupo de pacientes com características clínicas e/ou radiológicas sugestivas de uma espondiloartrite, no entanto sem preencher critérios diagnósticos para nenhuma das doenças específicas do grupo. Muitas vezes é apenas um diagnóstico provisório, pois pode tratar-se de um estágio precoce ou uma forma frustra de uma espondiloartrite definida (Zeidler et al., 1992).

Ainda que não tenham uma etiologia definida (com exceção da Artrite Reativa), sabe-se que fatores genéticos, ambientais e hormonais podem modular a prevalência e o fenótipo das EpA (Skare et al., 2012). Além disso, aspectos socioeconômicos podem influenciar na exposição a possíveis fatores desencadeadores e na busca por assistência médica e tratamento.

As EpA acometiam primariamente indivíduos do gênero masculino. Todavia, sua expressão tem crescido entre mulheres e vêm sendo reconhecidas como importante causa de disfunção nesse grupo também (De Carvalho et al., 2012).

Além de o gênero ser um fator reconhecido no surgimento de EpA, a etnia também se faz presente. Na população brasileira, percebe-se que, devido ao alto grau de miscigenação por conta do processo de colonização, pacientes com EpA mostram diferentes padrões de envolvimento articular de acordo com sua origem étnica, estando associada a aspectos clínicos distintos na de EpA em pacientes brasileiros. Estudos mostram que pacientes portadores de EpA afro-brasileiros têm uma pior qualidade de vida e apresentam uma doença pior em comparação com os da raças caucasianos tendo em visto o fator socioeconômico associado a este fato. Pacientes que não dispõem de acesso aos meios de saúde apresentam um prognóstico ruim da doença, o que ocorre principalmente entre os indivíduos afro-brasileiros (Skare et al., 2012).



## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Desenho de Estudo**

Estudo retrospectivo e transversal realizado em série de casos de pacientes com diagnóstico de Espondiloartrites atendidos no ambulatório de Espondiloartrites do serviço de Reumatologia do Ambulatório Araújo Lima, na cidade de Manaus, Amazonas.

### **Local de Estudo**

O estudo foi realizado no Ambulatório Araújo Lima (AAL), vinculado à Universidade Federal do Amazonas (UFAM), localizado em Manaus, estado do Amazonas, que recebe pacientes desta capital, de cidades do interior e de estados vizinhos.

### **Critérios de Inclusão**

Pacientes com diagnóstico de espondiloartrites que foram classificados de acordo com critérios de Nova York modificados (1984) e com critérios do ASAS (Sociedade Internacional de Avaliação das Espondiloartrites) (2009).

Idade igual ou superior a 18 anos.

Ambos os sexos.

Concordância em participar do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após esclarecimento verbal e escrito sobre os objetivos e a metodologia da pesquisa.

### **Critérios de Exclusão**

Pacientes que não preencham critérios para o diagnóstico de Espondiloartrites.

### **Dos Procedimentos**

Os pacientes que compareceram e concordaram em participar do estudo, foram avaliados e submetidos à anamnese e exame físico detalhado, para caracterizar o tipo de comprometimento articular, e investigados a história clínica de EpA, juntamente com a avaliação de seu prontuário. As informações na história clínica incluíram idade, gênero, etnia, altura, peso, história patológica pregressa, uso de medicamentos, desenvolvimento psicomotor e perfil psicossocial. Ao exame físico, foi feita a avaliação do quadro articular detalhada para caracterizar o tipo de comprometimento articular (articulações, coluna vertebral e ênteses) dos pacientes. Todos os pacientes responderam a um questionário atual completo.

Dados referentes à EpA, foram obtidos por meio de entrevista e revisão de prontuários, e baseado no protocolo oficial do Registro Brasileiro de Espondiloartrites, já previamente preenchidas e em anexo nos prontuários dos pacientes portadores de Espondiloartrites do Serviço de Reumatologia do Ambulatório Araújo Lima, na cidade de Manaus.

O diagnóstico de EA foi considerado quando os pacientes preencheram os critérios de Nova York modificados (1984) e ASAS (2009); APs quando preencheram os critérios de Moll e Wright (1973); ARe quando oligoartrite inflamatória assimétrica de membros inferiores esteve associada à entesopatia e/ou dor lombar inflamatória após infecções entérica e/ou urogenital; e artrite associada à doenças inflamatórias intestinais (DII) nos casos de dor axial inflamatória e/ou acometimento articular periférico associado à DII (Doença de Crohn ou Retocolite Ulcerativa). EA juvenil foi considerada quando os pacientes iniciaram os sintomas de uma EA antes dos 16 anos de idade. Os pacientes foram avaliados quanto aos diagnósticos clínicos (EA, AP, ARe, artrite associada à DII, EI e EA juvenil) e quanto às formas clínicas (axial, periférica, entesítica e mista).

Os dados obtidos por meio de entrevista e da revisão do prontuário, assim como os achados do exame articular foram anotados em ficha-protocolo, que serviu também como formulário para a pesquisa, e incluídos em um banco de dados informatizado (programa Excel, 2003, Microsoft).

#### Riscos e Benefícios do Estudo

O estudo proposto apresentou riscos mínimos e controlados para os sujeitos da pesquisa, os pesquisadores e às instituições envolvidas visto que o mesmo se baseia na coleta de história clínica, exame físico e análise de prontuários dos participantes.

Para evitar a possibilidade do estudo em questão levar os pacientes ao constrangimento ou desconforto às perguntas da anamnese e exame físico aplicados, a pesquisa foi esclarecida aos mesmos e dúvidas foram respondidas. A entrevista com os sujeitos da pesquisa foi realizada em ambiente reservado, apenas com o participante e os pesquisadores, após a assinatura do TCLE em duas vias.

O principal benefício proporcionado por esta pesquisa foi o de levantar e analisar dados que podem estar relacionados às diversas formas de acometimento articular nos diferentes grupos de pacientes portadores de espondiloartrites, de tal forma a se buscar meios que possibilitem melhor acesso ao serviço de saúde e tomadas de novas abordagens terapêuticas.

#### **Análise Estatística**

Para a análise descritiva dos dados quantitativos foram utilizados a média, mediana, desvio-padrão (DP) e proporções para variáveis categóricas. Para as variáveis categóricas foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson. Valores de  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significantes. Os dados foram digitalizados na planilha Excel 2010, Microsoft®. As análises estatísticas foram feitas no software EpiInfo 7.0.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 73 pacientes, sendo a média de idade de  $46 \pm 12$  anos. Mais de 86% dos pacientes estavam com idade inferior a 58 anos, ou seja, 10/73 pacientes estavam com idade acima de 58 anos, sendo que 50/73 pacientes (30,14%) estavam com idade entre 42 e 50 anos de idade.

**Tabela 1.** Número de pacientes correspondente às faixas etárias.

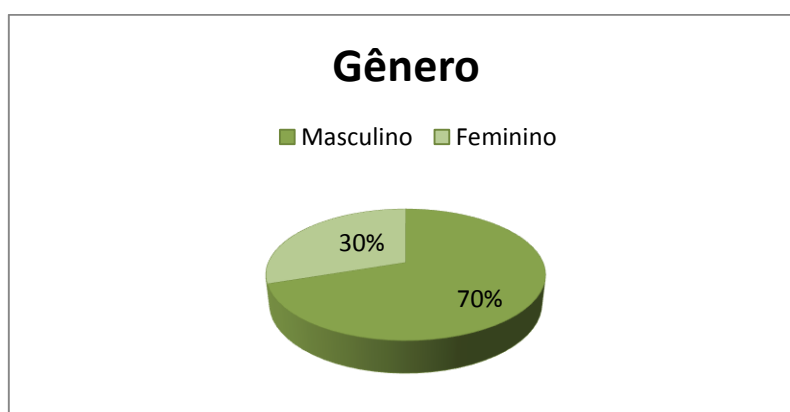
Idade	Número de pacientes	(%)
18 a 26 anos	4	5,48%
26 a 34 anos	6	8,22%
34 a 42 anos	16	21,92%
42 a 50 anos	22	30,14%
50 a 58 anos	15	20,55%
58 a 66 anos	5	6,85%
66 a 74 anos	3	4,11%
74 a 82 anos	2	2,74%
<b>Total Geral</b>	<b>73</b>	<b>100,00%</b>

Em relação ao gênero do pacientes, 51(69,86%) do gênero masculino e 22 (30,13%) feminino.

**Tabela 2.** Número de pacientes por gênero.

Gênero	Número de pacientes
Masculino	51
Feminino	22

**Figura 1.** Gráfico ilustrando o gênero dos pacientes e suas porcentagens.

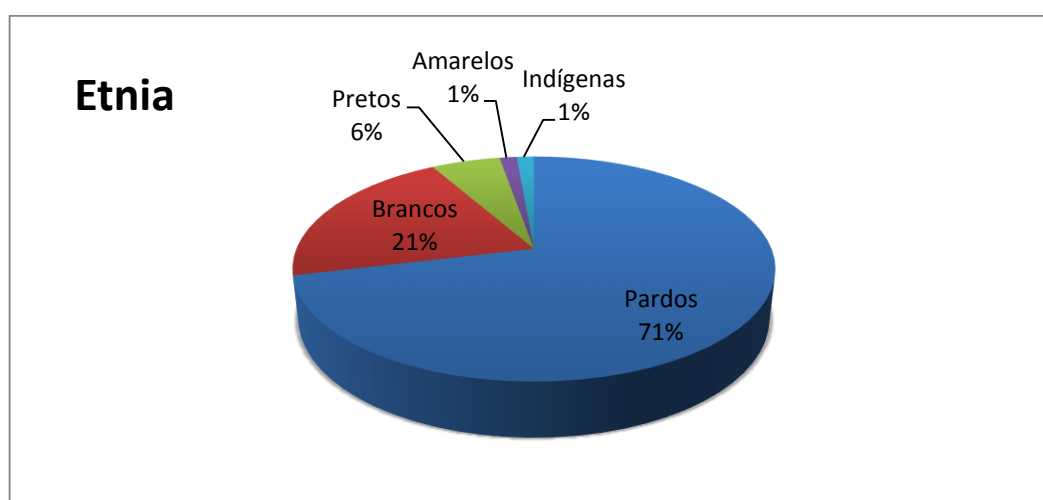


Em relação à etnia dos pacientes, 52 (71,2%) identificaram-se como pardos, 15 (20,5%) como brancos; quatro (5,5%) pretos, um (1,4%) amarelo e um (1,4%) indígena.

**Tabela 3.** Número de pacientes em relação às etnias.

Etnia	Pardos	Branco	Pretos	Amarelos	Indígenas
Número de pacientes	52	15	4	1	1

**Figura 2.** Gráfico sobre as etnias e suas porcentagens.



### Diagnóstico e etnia

Em relação à etnia e ao diagnóstico dos pacientes avaliados, observamos que a maioria era parda e o diagnóstico mais frequente foi de EA e APs. Dos 15 pacientes que se declararam brancos, 10 (66,7%) foram diagnosticados com EA e cinco (33,3%) com APs. Dos 46 pardos, 34 (65,4%) tiveram diagnóstico de EA, 15 (28,9%) de APs e três (5,8%) de artrite relacionada à DII. Sobre os pacientes que declararam-se pretos, dois (50%) tiveram diagnóstico de EA e dois (50%) de APs. Sobre os indígenas: um (100%) teve diagnóstico de APs. E os pacientes amarelos, um (100%) teve diagnóstico de artrite enteropática.

Nenhum paciente foi diagnosticado com Artrite Reativa, EAJ ou Artrite Indiferenciada. Portanto, estas foram desconsideradas para a análise dos resultados.

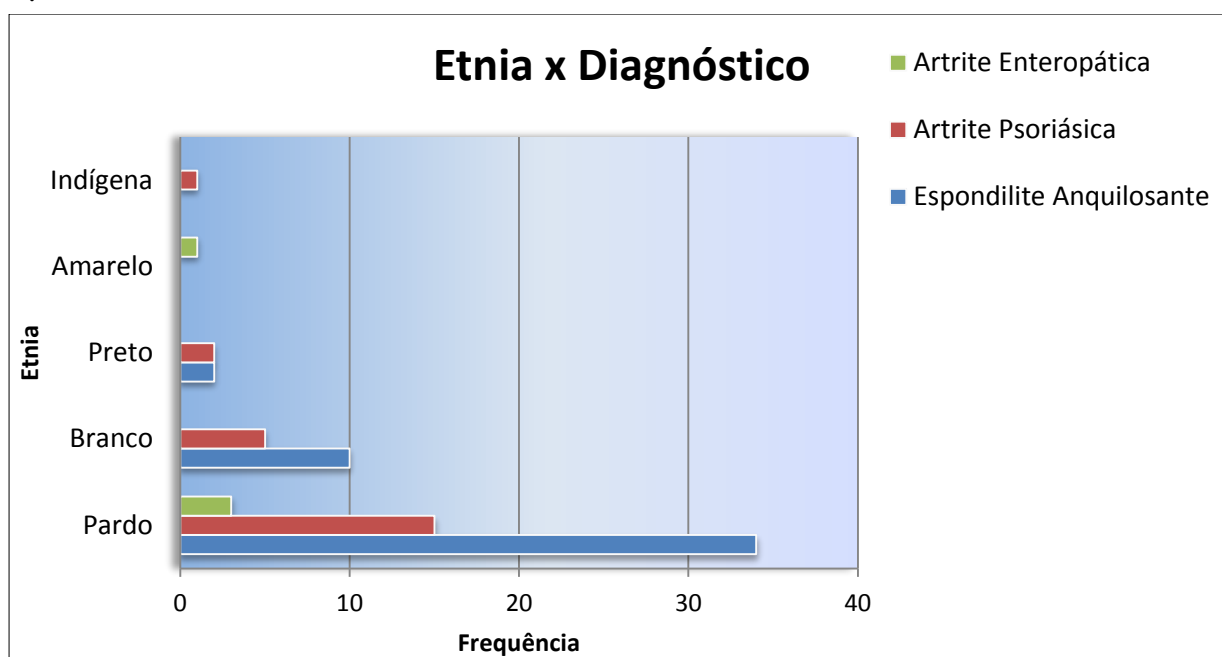
A Tabela 4 apresenta a relação entre diagnóstico e etnia dos pacientes. Podemos observar que o diagnóstico de Artrite Enteropática é o diagnóstico menos presente e que a EA foi o diagnóstico que apresentou maior frequência

**Tabela 4.** Comparação entre o Diagnóstico x Etnia dos 73 pacientes portadores de EpA .

Diagnóstico	Etnia					Total
	AMARELO	BRANCO	INDÍGENA	PARDO	PRETO	
Artrite Enteropática	1	0	0	3	0	4
Artrite Psoriásica	0	5	1	15	2	23
Espondilite Anquilosante	0	10	0	34	2	46
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>52</b>	<b>4</b>	<b>73</b>

Valor-p = 0,1781

**Figura 3.** O Gráfico de Frequências observadas da tabela Etnia x Diagnóstico dos 73 pacientes portadores de EpA .



### Diagnóstico x Gênero

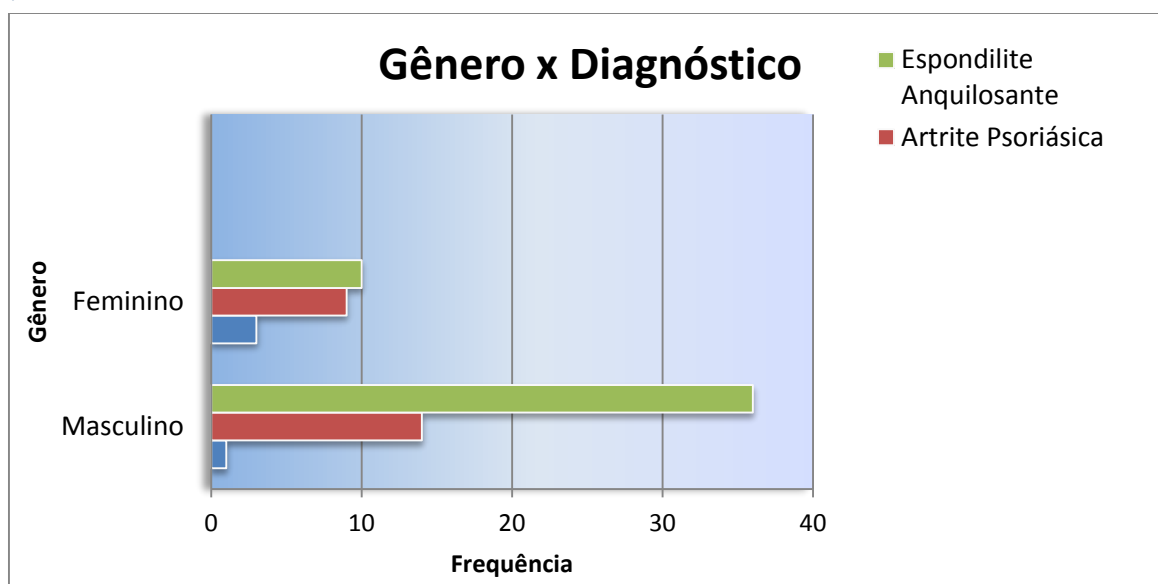
Em relação ao diagnóstico e o gênero dos 73 pacientes portadores de EpA avaliados, não se observou correlação entre o sexo dos indivíduos com o tipo de diagnóstico dos pacientes ( $p = 0,0354$ ), como pode ser observado na tabela 5.

**Tabela 5.** Relação do Diagnóstico x Gênero dos 73 pacientes portadores de EpA .

Diagnóstico	Gênero		Total
	Feminino	Masculino	
Artrite Enteropática	3	1	4
Artrite Psoriásica	9	14	23
Espondilite Anquilosante	10	36	46
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>51</b>	<b>73</b>

$p = 0,0354$

**Figura 4.** Gráfico de Frequências observadas da tabela Diagnóstico x Gênero dos 73 pacientes portadores de EpA .



### Forma clínica e etnia

Dos que 73 pacientes, 31 (42,46%) apresentaram comprometimento de esqueleto axial, sendo 21(28,8%) da etnia parda, 9 (29,03%) de etnia branca e 1 (3,25%) de etnia amarela. Em relação ao comprometimento articular periférico, observou-se uma amostra de 15 (20,54%) pacientes, sendo a maioria também de etnia parda, ou seja, 12 (80%) pacientes, 2 (13,33%) de etnia branca e 1 (6,66%) de etnia preta. E quanto ao comprometimento misto, tanto axial quanto periférico, foram observados 27 (36,98%) pacientes, em sua maioria indivíduos de etnia parda, isto é, 19 (70,37%) pacientes, além de 4 (14,81%) de etnia branca, 3 (11,11%) de etnia preta e 1 (3,70%) indígena.

Na Tabela 6, observamos a relação entre Forma clínica e Etnia. Nota-se que o valor-p é de 0,3099, indicando que podemos afirmar que há correlação entre a forma clínica do paciente e sua etnia.

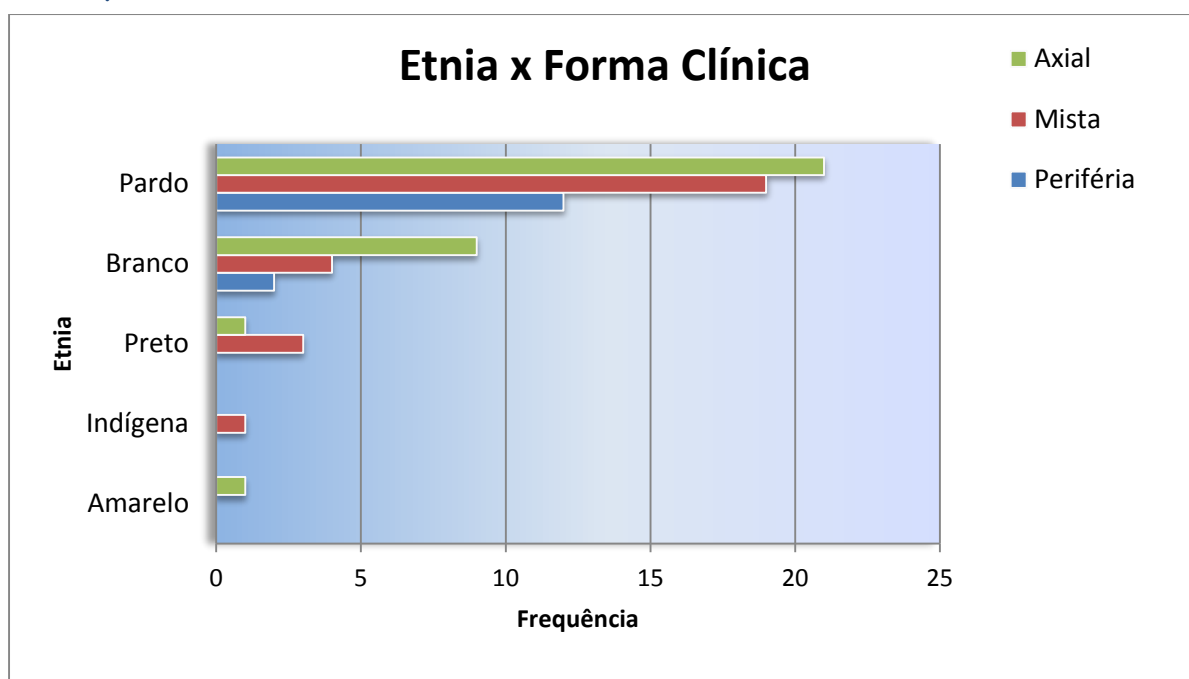
**Tabela 6.** Comparação entre Forma clínica x Etnia dos 73 pacientes portadores de EpA.

Forma clínica	Etnia					Total
	AMARELO	BRANCO	INDÍGENA	PARDO	PRETO	
AXIAL	1	9	0	21	0	31
MISTA	0	4	1	19	3	27
PERIFÉRICA	0	2	0	12	1	15
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>52</b>	<b>4</b>	<b>73</b>

Valor-p = 0.3099

A Figura 5 mostra a forma gráfica da Tabela 6, onde é possível observar que a forma clínica axial possui a maior frequência entre as etnias.

**Figura 5.** Gráfico de frequências observadas na tabela Forma Clínica x Etnia dos 73 pacientes portadores de EpA .



### Forma Clínica e Gênero

Dos 31 pacientes da população de estudo que apresentam a forma axial, observou-se que 22 (70,96%) do gênero masculino e 9 (29,03%) do feminino. Em relação aos que apresentaram comprometimento periférico, 8 (53,33%) masculino e 7 (46,66%) feminino. E dos que tem a forma clínica mista, 21 (77,77%) masculino e 6 (22,22%) feminino.

A Tabela 7 apresenta a comparação entre forma clínica e gênero dos pacientes. O valor-p observado foi de 0,2506. Logo, a forma clínica do indivíduo possui correlação com o seu gênero.

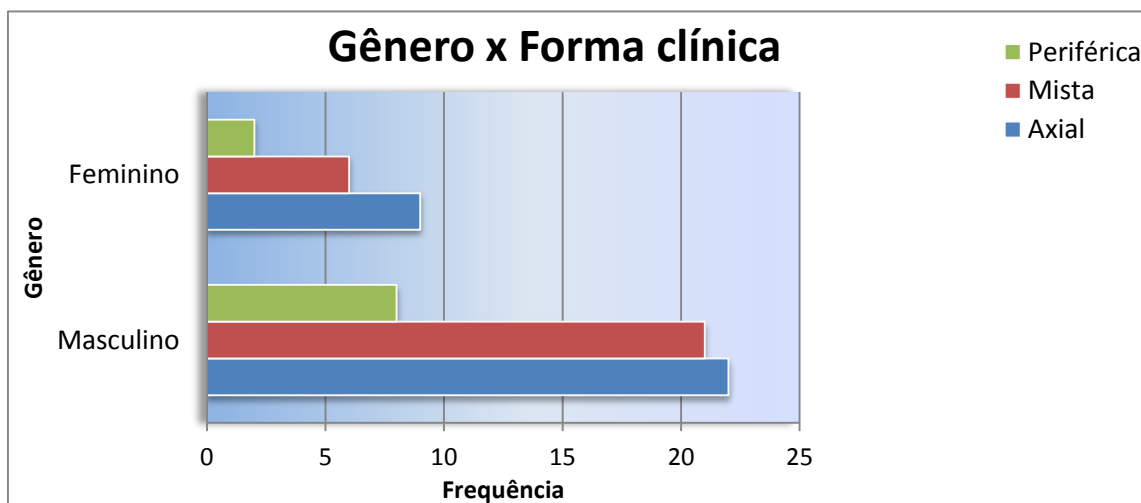
**Tabela 7.** Comparação da Forma clínica x Gênero dos 73 pacientes portadores de EpA

Forma clínica	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
AXIAL	9	22	31
MISTA	6	21	27
PERIFÉRICA	7	8	15
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>51</b>	<b>73</b>

Valor-p = 0,2506

A Figura 6 mostra a distribuição de frequências da forma clínica dos pacientes segundo o gênero, onde se pode notar que para o sexo masculino as formas mista e axial são as mais frequentes.

**Figura 6.** Gráfico da relação Gênero x Forma Clínica dos 73 pacientes portadores de EpA .





## CONCLUSÃO

A partir dos dados obtidos na população de estudo avaliada no AAL, observa-se que a maioria dos pacientes avaliados foi do gênero masculino, porém, o gênero não possui correlação com o tipo de diagnóstico dos pacientes. Já, a forma clínica do indivíduo possui correlação com o seu gênero.

De acordo com a análise, nota-se que a etnia está correlacionada com o tipo de diagnóstico do paciente. A maior parte dos pacientes observados na EA é parda. No entanto, dentre as etnias em estudo, apenas um paciente se identificou como “indígena”, assim como apenas um “amarelo”. Esta pequena amostra pode não exprimir a realidade do diagnóstico e comprometimento articular mais comuns nessas etnias.

É possível considerar, ainda, uma correlação entre a forma clínica do paciente e sua etnia. Pode-se afirmar que dentre a forma clínica, a axial é a de maior ocorrência. Ou seja, as espondiloartrites acometendo as articulações da coluna vertebral e suas enteses. Ainda pode-se notar que para o sexo masculino as formas mista e axial são as mais frequentes.

Em suma, pode-se inferir que dentre as espondiloartropatias, a de maior frequência é a Espondilite Anquilosante Primária, protótipo das espondiloartropatias, com predomínio axial e está bastante relacionada a indivíduos jovens, de etnia parda e do sexo masculino.

Ainda que seja uma afecção muitas vezes de difícil diagnóstico, e que alguns fatores como gênero, idade e etnia, não sejam modificáveis, o acompanhamento adequado dos pacientes através da explanação a respeito de sua doença e da importância da adesão ao tratamento da mesma faz-se necessário naqueles com diagnóstico já definido.

## REFERÊNCIAS

1. ARORA, S; ARORA, G.Reiter's disease in a six-year-old girl. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* v.4, Jul.2005
2. BAETEN, D; De KEYSER F; MIELANTS H; VEYS EM. Ankylosing spondylitis and bowel disease. *Best Pract Res Clin Rheumatol* v. 16, pág 537–549, Set.2002
3. BAKLAND, G; NOSSENT, HC. Epidemiology of spondyloarthritis: a review. *Curr Rheumatol Rep.*, v.15, pág 351, Set.2013;
4. CALIN, A; ELSWOOD, J. The natural history of juvenile-onset ankylosing spondylitis: a 24-year retrospective case-control study. *Br J Rheumatol.*, v.27, pág 91-93, Jan.1988.
5. CASTRO, RO; FONT, PU; CASTRO , MCV; CALVO, JG; MUÑOZ, EG; ZARCO , PM; ALMODÓVAR, R; MULERO, JM; TORRE-ALONSO, JC; GRATACÓS, JM; JUANOLA, XR; ARIZA, RA; FERNÁNDEZ, PD; LINARES, LFF; BRITO , MEB; CUENDE, EQ;VÁZQUEZ, CG;MORENO, MJR; GIMÉNEZ, EU; RODRÍGUEZ, JCL; FERNÁNDEZ, MP; QUEIRO, RS; MORENO, ER; JÚDEZ, EN; MÁZ, AJ; MEDRANO Le QUEMENT, C; ORNILLA, E; MONTILLA, CM; PUJOL, MB; CLAVAGUERA, TP; FERNÁNDEZ-ESPARTERO, MC; CARMONA, LO; COLLANTES, EE. Different Clinical Expression of Patients With Ankylosing Spondylitis According to Gender in Relation to Time Since Onset of Disease. Data From REGISPONSER. *Reumatol Clin.*, v.9, pág 221-225, Jul.2013;
6. CHUDOMIROVA, K; ABADJIEVA, TS, YANKOVA, R. Clinical tetrad of arthritis, urethritis, conjunctivitis and mucocutaneous lesions (HLA-B27-associated spondyloarthropathy, Reiter syndrome): report of a case. *Dermatol Online J*, v.12. Dez.2008
7. DA COSTA, IP; BORTOLUZZO, AB; GONÇALVEZ, CR; BRAGA Da SILVA, JÁ; XIMENES, C; MB, BÉRTOLO; RIBEIRO, SLE; KEISERMANH,M; MENINI ,R; SKAREJ, TL; , CARNEIRO, S; AZEVEDO, VF; VIEIRA, WP; ALBUQUERQUE, EM; BIANCHI, WA; BONFIGLIOLI, R; CAMPANHOLO, C; CARVALHO, HMS; DUARTE, ALBP; KOHEMT ,CL; LEITE, NH; LIMA, SAL; MEIRELLES, ES; PEREIRA, IA; PINHEIRO, MM; POLITO, E; RESENDE, GG; ROCHA, FAC; SANTIAGO, MB; SAUMA, MFLC; VALIM,V; SAMPAIO-BARROS, PD. Evaluation of performance of BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) in a Brazilian cohort of 1,492 patients with spondyloarthritis: data from the Brazilian Registry of Spondyloarthritides (RBE). *Rev Bras Reumatol.*, v.55, Jan.2014;
8. DE CARVALHO, HMS; BORTOLUZZO, AB; GONÇALVEZ, CR; BRAGA Da SILVA, JÁ; XIMENES, C; MB, BÉRTOLO; RIBEIRO, SLE; KEISERMANH,M; MENINI ,R; SKAREJ, TL; , CARNEIRO, S; AZEVEDO, VF; VIEIRA, WP; ALBUQUERQUE, EM; BIANCHI, WA; BONFIGLIOLI, R; CAMPANHOLO, C; CARVALHO, HMS; DUARTE, ALBP; KOHEMT ,CL; LEITE, NH; LIMA, SAL; MEIRELLES, ES; PEREIRA, IA; PINHEIRO, MM; POLITO, E; RESENDE, GG; ROCHA, FAC; SANTIAGO, MB; SAUMA, MFLC; VALIM,V; SAMPAIO-BARROS, PD. Gender characterization in a large serie of Brazilian patients with spondyloarthritis. *Clin Rheumatol*, v.31, pág 687-695, Abr.2012;

9. DUARTE, AP; MARQUES, CDL; BORTOLUZZO, AB; GONÇALVEZ, CR; BRAGA Da SILVA, JÁ; XIMENES, C; MB, BÉRTOLO; RIBEIRO, SLE; KEISERMANH,M; MENINI ,R; SKAREJ, TL; , CARNEIRO, S; AZEVEDO, VF; VIEIRA, WP; ALBUQUERQUE, EM; BIANCHI, WA; BONFIGLIOLI, R; CAMPANHOLO, C; CARVALHO, HMS; DUARTE, ALBP; KOHEMT ,CL; LEITE, NH; LIMA, SAL; MEIRELLES, ES; PEREIRA, IA; PINHEIRO, MM; POLITO, E; RESENDE, GG; ROCHA, FAC; SANTIAGO, MB; SAUMA, MFLC; VALIM,V; SAMPAIO-BARROS, PD. Epidemiologic profile of juvenile-onset compared to adult-onset spondyloarthritis in a large Brazilian cohort. *Rev Bras Reumatol*, v.54, pág 424-430, Dez.2014
10. ESPINOZA, LR, CUELLAR, ML. Psoriatic arthritis and spondylitis: a clinical approach. In Calin A, Taurog JD (editors). *Spondylarthritides*. Oxford: Oxford University Press, 1998, pág 97-111;
11. GLADMAN, DD; ANTONI, C; MEASE, P; CLEGG,D; NASH, P . Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Ann Rheum Dis*, v.64, pág 64, Mar.2005
12. HANDULAY, SS; GLYNNE, SJ; KEAT, A. When is arthritis reactive? *Postgrad Med J*. v. 969, pág 446-53, Jul.2006
13. INMAN, R.D. The Spondyloarthropathies. In: GOLDMAN AND AUSIELLO. *Cecil Textbook of Medicine*. 22.ed.Philadelphia: Saunders.2012. pág 1654-60.
14. KINGSLEY, G, SIEPER, J. Third International Workshop on Reactive Arthritis, 23-26 September 1995, Berlin, Germany. *Ann Rheum Dis*, v.55,pág 564-584, Ago.1996
15. KRAWCZYK-WASIELEWSKA, A; SKORUSPKA, E W, SAMBORSKI. Sacroiliac joint pain as an important element of psoriatic arthritis diagnosis. *Postepy Dermatol Alergol*, v.30, pág 108–112, Abr.2013
16. LAASILA, K; LAASONEN, L, LEIRISALO-REPO, M. Antibiotic Treatment and long term prognosis of reactive arthritis. *Ann Rheum Dis*, v.62, pág 655-658, Jan.2003
17. McHUGH, N; BALACHRISHNAN, C, JONES, SM. Progression of peripheral joint disease in psoriatic arthritis: a 5-yr prospective study. *Rheumatology Oxford*, v.42, pág 778-783, Mar.2003
18. MOLL, JHM; HASLOCK, I; MACRAE, IF; WRIGHT, V. Associations between ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, Reiter's disease, the intestinal arthropathies, and Behcet's syndrome. *Medicine*,v.53, pág 343-64; Set. 1974;
19. MOLL, JMH, WRIGHT, V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum* (1973);
20. PELUSO,R et al. Enteropathic spondyloarthritis: from diagnosis to treatment. *Clin Dev Immunol*, (2013);
21. RODRIGUEZ-REYNA, TS; MARTÍNEZ-REYES, C; YAMAMOTO-FURUSHO, JK . Rheumatic manifestations of inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*, v.15, pág 173–180, Nov.2009;
22. RUDWALEIT, M; VAN der HEIJDE D; LANDEWÉ, R; LISTING, J. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis*, v.68, pág 777-783, Jun.2009;

23. SAMPAIO-BARROS, PD; CARVALHO, MAP; AZEVEDO, VF; CAMPOS, WR; CARNEIRO, SCS; GIORGI, RDN; GONÇALVES, CR; HILÁRIO, MOE; KEISERMAN, MW; LEITE, NH; PEREIRA, IA; VIEIRA, WP; VILELA, EG; XAVIER, RM; XIMENES, AC. Espondiloartropatias: espondilite anquilosante e artrite psoriásica. Rev. Bras. Reumatol. v.44. Dec. 2004
24. SAMPAIO-BARROS, PD; AZEVEDO, VF; BONFIGLIOLI, R; CAMPOS, WR; CARNEIRO, SCS; CARVALHO, MAP; GONÇALVES, CR; HILÁRIO, MOE; KEISERMAN, MW; LEITE, NH; MALLMAN, K; MEIRELLES, E; VIEIRA, WP; XIMENES, AC. First update on the Brazilian consensus for the diagnosis and treatment of spondyloarthropathies: ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. Rev Bras Reumatol, v.47. pág 233-234, Jul.2007;
25. SELMI, C, GERSHWIN, ME. Diagnosis and classification of reactive arthritis. Autoimmun Ver, v.13, pág 546-549, Abr.2014
26. SKARE, TL; BORTOLUZZO, AB; GONÇALVEZ, CR; BRAGA Da SILVA, JÁ; XIMENES, C; MB, BÉRTOLO; RIBEIRO, SLE; KEISERMANH,M; MENINI ,R; CARNEIRO, S; AZEVEDO, VF; VIEIRA, WP; ALBUQUERQUE, EM; BIANCHI, WA; BONFIGLIOLI, R; CAMPANHOLO, C; CARVALHO, HMS; DUARTE, ALBP; KOHEMT ,CL; LEITE, NH; LIMA, SAL; MEIRELLES, ES; PEREIRA, IA; PINHEIRO, MM; POLITO, E; RESENDE, GG; ROCHA, FAC; SANTIAGO, MB; SAUMA, MFLC; VALIM,V; SAMPAIO-BARROS, PD. Ethnic influence in clinical and functional measures of Brazilians patients with spondyloarthritis. J Rheumatol, v.39, pág 141-147, Jan.2012;
27. TAUROG, Joel D. Espondiloartrites. In: LONGO, Dan L et al. Medicina Interna de Harrison. 18. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 325. pág 2774-2783;
28. TOIVANEN, P, TOIVANEN, A. Two forms of reactive arthritis?. Ann Rheum,v.58, pág 737-74, Dez.1999;
29. VAN DER HEIJDE, D, MAKSYMOWYCH. Spondyloarthritis: state of art and future perspectives. Ann Rheum,v.69, pág 949-954, Jun.2010;
30. VAN DER LINDEN, S, VALKENBURG, H; CATS, A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. Arthritis Rheum, v.27, pág 361-368, Abr.1984;
31. YU, D,T. Reactive Arthritis (formerly Reiter syndrome) 2009 UpToDate.