

ARTRITE PSORIÁSICA E COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS

PSORIATIC ARTHRITIS AND SYSTEMIC COMPLICATIONS

Eurípedes Barsanulfo de Rezende Sobrinho¹, Ana Paula Silva Servato¹, Taynara Barros de Oliveira¹, Vitória Ribeiro de Sousa Cardoso¹, Marla Cristina Costa de Moraes¹, Kamila Moreira de Freitas Guardini¹, Edicarlo André Cavalcante Araújo¹, Frederico Barra de Moraes¹

Resumo

A Artrite Psoriásica é uma doença articular inflamatória associada a psoríase cutânea ou ungueal, sendo classificada como uma espondiloartropatia. Essa doença afeta articulações, ligamentos, tendões e fáscias, sendo responsável por consequências clínicas importantes, uma vez que está associada a maiores chances de eventos cardiovasculares, osteoporose e doenças psicológicas, porém com etiopatogenia ainda desconhecida. Reportou-se um caso de paciente de 78 anos, sexo feminino, com queixa de dor poliarticular há dezoito anos, com dificuldade para deambular e diminuição na qualidade de vida. Após realização de exames clínicos, e detalhados exames complementares, obteve-se além do diagnóstico de artrite Psoriásica, detecção de algumas de suas complicações: osteoporose, depressão, dissecação de aorta e comprometimento cardíaco. Diante de uma doença com grande implicação clínica, faz-se necessário que novas propostas de intervenções sejam traçadas, visando melhora em longo prazo da qualidade de vida de pacientes com esse diagnóstico.

Descritores: Artrite Psoriásica; Espondiloartropatia; Complicação.

Abstract

Psoriatic Arthritis is an inflammatory joint disease associated with cutaneous or nail psoriasis, being classified as a spondyloarthropathy. Also compromises ligaments, tendons and fasciae diseases, being responsible for important clinical consequences, since it is associated with greater chances of cardiovascular diseases, osteoporosis and psychological aspects, however with still unknown etiopathogenesis. We report a case of a 78-year-old female patient with a complaint of polyarticular pain for eighteen years, with difficulty walking and an increase in quality of life. After performing clinical exams and detailed complementary exams, in addition to the diagnosis of psoriatic arthritis, detection of some complications: osteoporosis, depression, cardiac dissection and impairment. Faced with a disease with great clinical implications, is necessary that new proposals for interventions are outlined, aiming at long-term improvement in the quality of life of patients with this diagnosis.

Keywords: Psoriatic Arthritis; Spondyloarthropathy; Complication.

INTRODUÇÃO

A Artrite Psoriásica (AP) é classificada como espondiloartropatia, pertencente a um grupo de doenças que tem em comum marcador genético semelhante HLA-B27, na qual a artrite inflamatória envolve esqueleto axial, com fator reumatoide negativo, inflamação em tendões e fáscias, sendo mediada pela ação de linfócitos CD-81.

Estima-se que 3% da população possua essa doença e até 42% destes apresentem acometimento articular. Ainda, 75% tem acometimento cutâneo que precede o articular, em 15% a

psoríase cutânea é posterior ao quadro articular, e em apenas 10% dos casos os acometimentos são simultâneos. A incidência dessa doença é maior entre a terceira e quinta década de vida, e não possui predileção por sexo, sendo mais comum em indivíduos brancos².

Estudos mostram complicações prevalentes relacionadas a esse diagnóstico, como a osteoporose, principalmente em mulheres pós menopausa, idosos ou indivíduos em uso de corticoide e o aumento do risco de eventos cardiovasculares. Porém pouco se sabe sobre a associação dessas doenças com a fisiopatogenia da AP^{3,4,5}.

¹Liga Acadêmica da Faculdade de Medicina – UNIFAN

Diante disso, o objetivo do presente trabalho é relatar um caso de AP em paciente do sexo feminino, idosa, obesa, em polifarmácia e complicações articulares, além de osteoporose, depressão e acometimento cardiovascular.

RELATO DE CASO

Paciente, 78 anos, feminino, caucasiana, aposentada, sedentária e obesa. Possui diagnóstico de ansiedade, depressão maior, hipertensão arterial, e gota. Uso de medicamentos contínuos: losartana (50 mg de 12 em 12 horas), hidroclorotiazida (25 mg uma vez ao dia), Enalapril (20 mg uma vez ao dia), somalgin cardio (100mg uma vez ao dia), paracetamol (750 mg uma vez ao dia), colchicina (0,5 mg uma vez ao dia), Alopurinol (100 mg uma vez ao dia), duloxetina (60mg uma vez ao dia), complexo B (5000 UI uma vez ao dia). Nega etilismo e tabagismo.

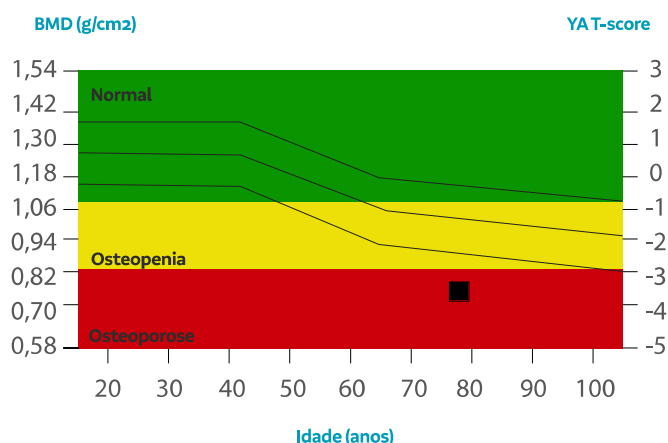
Refere que há 18 anos iniciou quadro de dor poliarticular pelo corpo, principalmente em região sacro ilíaca, com dificuldade de deambular. Relata que a dor melhora cerca de 90% quando usa corretamente medicamentos supracitados, mas que descontinuou o somalgin e a colchicina pois iniciou quadro alérgico a essas medicações.

No exame físico: Placas de psoríase em couro cabeludo, dactilite em mãos e psoríase ungueal (figura 1), Patrick-Fabere positivo e Gaenslen positivo, bilateral, indicando acometimento de articulação sacroilíaca.

Queixa atual é de dorsalgia importante EVA 9 há 2 dias sem trauma ou esforço, com leve dispnéia mesmo em repouso, e que foi encaminhada ao ortopedista pelo clínico pois o mesmo identificou que a causa da dor seria da osteoporose (figura 2).



Figura 1. Placas de psoríase em couro cabeludo, dactilite em mãos e psoríase ungueal, respectivamente.



Referência de Densitometria: Coluna AP L1-L4 (BMD)



Figura 2. Densitometria óssea demonstrando diagnóstico de osteoporose secundária e VFA (vertebral fracture assessment) sem evidência de fraturas vertebrais.

Porém a paciente não apresentava dor a palpação dos processos espinhosos vertebrais e estava com flexo-extensão total e indolor da coluna. Além disso a osteoporose não causaria a dispnéia a não ser que houvesse fratura vertebral ou de costelas. Foi então solicitada uma tomografia de tórax para avaliar essa dorsalgia aguda atípica, sendo diagnosticada uma dissecação aguda de aorta torácica (figura 3) e comprometimento de articulação sacro ilíaca na tomografia da pelve (figura 4), além de alterações no ecocardiograma e Doppler cardíaco (figura 5), demonstrando hipertrofia miocárdica concêntrica; disfunção diastólica grau um; calcificação focal da valva aórtica e estenose discreta.

Paciente foi então encaminhada ao pronto atendimento da angiologia e cirurgia vascular, sendo realizado tratamento com uma endoprótese aórtica o que salvou a vida da paciente. O tratamento da osteoporose foi realizado com denosumabe 60 mg subcutâneo, semestralmente, já em uso por 8 anos sem evidência de fraturas, e o da psoríase com adalimumabe 40 mg subcutâneo de duas em duas semanas, com regressão total dos sintomas dolorosos e cutâneos.



Figura 3. Tomografia computadorizada de tórax, corte coronal em janela de partes moles, com contraste, demonstrando dissecação aguda de aorta torácica, além de corte axial evidenciando a grande extensão da dissecação.

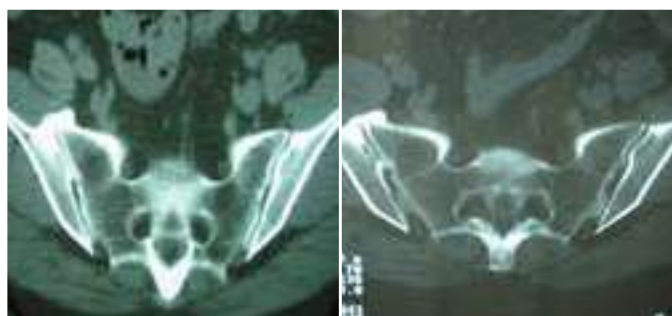


Figura 4. Tomografia computadorizada de pelve em corte axial evidenciando comprometimento da articulação sacro ilíaca.

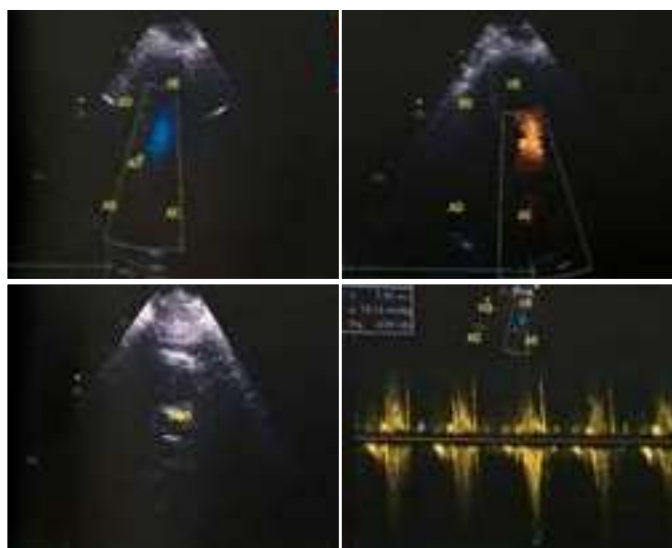


Figura 5. Ecocardiograma e Doppler demonstrando hipertrofia miocárdica concêntrica; disfunção diastólica grau um; calcificação focal da valva aórtica e estenose discreta.

DISCUSSÃO

A Artrite Psoriásica (AP) é definida como uma artrite inflamatória associada a psoríase cutânea ou ungueal. É classificada como espondiloartrite, fazendo parte de um grupo de doenças que tem em comum marcador genético semelhante HLA-B27, na qual a artrite inflamatória envolve esqueleto axial, com fator reumatoide negativo e inflamação em tendões e fáscias¹. A AP se inicia em sua maioria entre trinta e cinquenta anos, sem predomínio por sexo, exceto em subtipos específicos como na forma poliarticular simétrica com predomínio no sexo feminino, e na forma espondilítica, com predomínio no sexo masculino⁶.

A etiologia da doença é idiopática, porém sabe-se da influência de fatores ambientais, infecciosos, imunológicos e genéticos. Além disso, a presença de antígenos HLA parecem predispor o aparecimento de manifestação articular. Em indivíduo geneticamente predisposto, fatores como infecções, traumas, estresse emocional condicionam gatilho a doença. Porém a patogênese exata da doença ainda não é esclarecida⁷.

O histórico familiar do indivíduo também é fator preponderante, já que pessoas com parentes de primeiro grau com diagnóstico de Artrite Psoriásica apresenta risco até cinquenta vezes maior quando comparado a população geral. A grande maioria das manifestações articulares surgem após quadro de psoríase cutânea ou concomitantemente a esse quadro^{2,8}.

A AP pode ser subdividida em cinco categorias clínicas: Clássica, quando acomete articulações interfalangeanas distais de mãos e pés; Artrite Mutilante, com deformidades articulares importantes em mãos e pés; Oligoartrite Assimétrica, tendo como característica dactilite; Poliartrite Simétrica, similar à artrite reumatóide; Espondilítica, com presença do antígeno HLA-B27 e de envolvimento axial². Os critérios para o diagnóstico (CASPAR) são demonstrados na Tabela 1.

1. Evidência de Psoríase

Atual	2 pontos
História Pessoal	1 ponto
História Familiar	1 ponto

2. Distrofia Ungueal Psoriásica

Depressões puntiformes, onicólise, hiperqueratose	1 ponto
---	---------

3. Fator Reumatoide Negativo

	1 ponto
--	---------

4. Dactilite

Inflamação atual de um dedo em sua totalidade	1 ponto
História de Dactilite	1 ponto

5. Evidência Radiológica de Neoformação Óssea Justa-articular

Ossificação bem definida próxima às margens articulares à radiografia simples de mãos e pés	1 ponto
---	---------

Tabela 1. Critérios CASPAR para artrite psoriásica.

Fonte: Goldenstein-schainberg, Favarato e Ranza (2012).



Essa doença tem como característica a inflamação de tendão, ligamentos e inserção articular ao osso. A dactilite tem como manifestação edema, sinovite e inflamação de tendões e ligamentos, e está presente na grande maioria dos casos. Exames laboratoriais são inespecíficos, e mesmos provas inflamatórias como VHS e PCR não são utilizados para avaliar atividade e resposta terapêutica da doença, já que não são fidedignos⁸. Apesar disso, alguns autores^{6,9}, relatam que o aumento de VHS pode se correlacionar com um estado de piora da artrite e mortalidade precoce.

O tratamento para essa condição clínica depende da gravidade da Artrite Psoriásica. Drogas como anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) melhoram os sintomas de dor, edema e diminuem perda da função temporariamente. Anti-inflamatórios esteroidais devem ser evitados devido a piora posterior do quadro cutâneo. Em quadros mais graves, medicamentos como leflunomida, sulfassalazina e metotrexato são considerado drogas com eficácia para controle de forma articulares e cutâneas da doença².

Fatores emocionais como estresse e ansiedade, devem ser controlados, visto que são fatores agravantes das manifestações clínicas da doença, sendo o suporte psicológico fundamental para o tratamento da doença¹⁰.

Alguns estudos demonstram alterações radiográficas frequentes em pacientes com AP, como aumento de partes moles, reabsorção das falanges distais, diminuição de espaço articular, e osteoporose em pacientes pós menopausa, idosos ou em uso de corticosteroides, porém a associação desses achados com a doença ainda não é compreendida³.

Outras complicações descritas associada a AP, são as relacionadas com eventos cardiovasculares. Estudos observacionais^{4,5} relatam que as artrites inflamatórias crônicas promovem aumento do risco cardiovascular, como aterosclerose, infarto agudo do miocárdio, angina, sendo um importante causa de morte em pacientes com psoríase e artrite Psoriásica, porém não se sabe a relação desse risco com a patogênese da doença.

Por conseguinte, este estudo evidencia um relato de caso de paciente com Artrite Psoriásica e complicações como osteoporose, depressão e acometimentos cardiovasculares, além da presença de transtorno ansioso/depressivo adjunto a doença, acometimentos prevalentes em pacientes com esse diagnóstico. Faz-se necessário para que novas propostas de intervenções sejam traçadas, visando melhora em longo prazo da qualidade de vida de pacientes com esse diagnóstico, como tratamento com medicamentos imunobiológicos anti TNF-alfa ou anti interleucina¹⁷.

REFERÊNCIAS

1. Louie GH, Bingham CO. Artrite Psoriática. in: Imboden J, Hellmann DB, Stone JH. Current: diagnóstico e tratamento. 3. ed. Porto Alegre: Lange, 2014. cap. 19, p. 171-176.
2. Goldenstein-Schainberg C, Favarato MHS, Ranza R. Conceitos atuais e relevantes sobre artrite psoriásica. Revista Brasileira de Reumatologia, São Paulo, v.52, n.1, p. 98-106, 2012.
3. Carneiro SCS. Psoríase: mecanismos de doença e implicações terapêuticas. 2007. tese de doutorado. Universidade de São Paulo.
4. Cooksey R et al. Os fatores de risco cardiovascular que predizem eventos cardíacos são diferentes em pacientes com artrite reumatoide, artrite psoriática e psoríase. Seminários em artrite e reumatismo. WB Saunders, 2018. p. 367-373.
5. Haroon M et al. Alta prevalência de síndrome metabólica e de resistência à insulina na artrite psoriática está associada à gravidade da doença de base. The Journal of Rheumatology, 2014 v. 41, n. 7, pág. 1357-1365.
6. Goldman Lee, Ausiello DA, Schafer AI. (ed.). Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna. Elsevier Health Sciences, 2021.
7. Ritchlin CT. et al. Biomarcadores em psoríase e artrite psoriática: Grappa 2008. The Journal of Rheumatology, 2010, v. 37, n. 2, pág. 462-467.
8. Cipriani LM. Avaliação da ansiedade e depressão em pacientes com artrite psoriásica e seu impacto na qualidade de vida. 2021.
9. Mease F, Goffe BS. Diagnóstico e tratamento da artrite psoriática. Jornal da Academia Americana de Dermatologia, 2005, v. 52, n. 1, pág. 1-19.
10. Sampaio-Barros PD. et al. Consenso Brasileiro de espondiloartropatias: espondilite anquilosante e artrite psoriásica diagnóstico e tratamento-primeira revisão. Revista Brasileira de Reumatologia, 2007, v. 47, n. 4, p. 233-242.