

VALDERÍLIO FEIJÓ AZEVEDO

**ANÁLISE FUNCIONAL DAS MANIFESTAÇÕES ARTICULARES
NA SÍNDROME DE REITER EM PACIENTES COM SEGUIMENTO
NO HOSPITAL DE CLÍNICAS
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

*Dissertação apresentada como
requisito parcial à obtenção do
grau de Mestre no Curso de Pós-
Graduação em Medicina Interna
do Setor de Ciências da Saúde
da Universidade Federal do Paraná*

Orientador: Prof. Acir Rachid

**CURITIBA
1995**

*“A cirurgia foi um sucesso,
mas o paciente ... morreu! “*

Ditado popular

Dedico este trabalho

*À minha esposa e amiga, **Luciane,***

*Ao meu filho **Gianluca** que está chegando...*

*Aos pacientes que com boa vontade,
dispuseram-se a participar deste estudo.*

AGRADECIMENTOS

À **Dra. Helena Yasuko Thomo** pela amizade, interesse constante e valiosa colaboração em todos os momentos deste trabalho.

Aos **Professores da Disciplina de Reumatologia** do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Paraná, pelo incentivo e participação em minha formação profissional.

Ao **Dr. Albano Manuel de Almeida Chavez Luiz**, que precocemente deixou-nos o convívio, pelo seu grande estímulo, auxílio em muitos momentos de minha vida acadêmica, e por seu exemplo como profissional.

Ao **Dr. João Alceu Tilton** pelos gestos de amizade, e por suas qualidades humanas.

Ao **Dr. Andreas Funke**, pela compreensão, companheirismo e colaboração nas fotografias de pacientes.

Ao **Doutorando Hipólito Carraro Júnior** pela sua contribuição na aplicação dos questionários.

Ao **Dr. Gustavo Herdoiza-Leiva** pelas idéias e auxílio na confecção de gráficos.

Ao **Prof. José Sebastião Cunha Fernandes** do Departamento de Genética da UFPR, pela orientação estatística.

Ao **Prof. Roberto Pirajá Moritz de Araujo**, Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Medicina Interna do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, pela cooperação e estímulo.

Ao **Prof. Acir Rachid** por sua boa vontade, orientação, confiança, e estímulo à pesquisa.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas	ix
Resumo	X
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Considerações Gerais.....	1
1.2. Etiopatogenia	3
1.3. Características Clínicas.....	6
1.4 Diagnóstico.....	8
Quadro 1 - Critérios diagnósticos para SR - ARA 1981.....	9
1.5 Manifestações Radiológicas.....	11
1.6 Tratamento	14
1.7 Avaliação do estado funcional.....	16
Quadro 2 - Critérios básicos para determinar a eficácia dos instrumentos de avaliação funcional	18
Quadro 3 - Tópicos para avaliação clínica.....	19
Quadro 4 - Instrumentos de avaliação funcional.....	19
2. OBJETIVOS.....	23
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	24
3.1 - Amostra.....	24
Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo sexo, idade, estado civil e profissão.....	25
3.2 - Procedimentos.....	26
Quadro 5 - Classificação de STEINBROCKER.....	28
3.3 - Análise Estatística	28
4. RESULTADOS.....	29
4.1- Faixa etária, escolaridade, tempo de evolução, seguimento e afastamento do trabalho :..	29
A idade de início da sintomatologia também é apresentada na tabela 2.	29
Tabela 2 - Idade de início, tempo de seguimento e evolução.....	29
Tabela 3 - Distribuição de pacientes por faixa etária (sintomas iniciais)	30
Tabela 4 - Correlação entre escolaridade e afastamento do trabalho	30

4.2 - HLA B27 e Sexo.....	31
Tabela 5 - HLAB27 e Sexo	31
4.3 - Episódios precedentes.....	32
Tabela 6 - Episódio Precedente	32
4.4 - Avaliação das manifestações iniciais.....	33
Tabela 7 - Manifestações Clínicas Iniciais.....	33
Tabela 8 - Distribuição dos pacientes quanto ao envolvimento articular inicial.....	34
4.4.b - Avaliação Radiológica	35
Tabela 9 - Distribuição dos pacientes quanto às manifestações radiológicas iniciais.....	35
4.4.c - Manejo Terapêutico Inicial	36
Tabela 10 - Manejo medicamentoso inicial e atual	36
4.5 - Recorrências Ambulatoriais e Busca de Medicina Alternativa.....	37
4.5.a - Recorrências Ambulatoriais.....	37
Tabela 11 - Recorrências Ambulatoriais - História evolutiva do quadro articular.....	37
4.5.b - Medicina Alternativa	37
Tabela 12 - Medicina Alternativa.....	38
4.6 - Avaliação das manifestações atuais.....	38
4.6.a - Avaliação clínico articular.....	38
Tabela 13 - Quadro Clínico Atual	38
A Tabela 14 e Gráficos 12a, 12b demonstram que a maior parte dos pacientes apresenta alguma seqüela articular (51,9%). A calcanodínea foi um sintoma importante relatado por 37,0% dos pacientes como persistente, desde o início da sintomatologia, seguida por dor lombar (18,5%) e sacralgia (14,8%).	39
Tabela 14 - Quadro clínico articular atual	39
4.6.b - Avaliação Radiológica Atual	40
Tabela 15 - Distribuição dos pacientes quanto à alterações radiológicas. Quadro atual	40
Tabela 16 - Sacroilíte e Esporão de Calcâneo	41
4.6.c - Manejo Terapêutico.....	42
4.7 AVALIAÇÃO FUNCIONAL	42
4.7.a - HAQ.....	42
Tabela 17 - Média dos sub- escores resultantes do HAQ e HAQ-S.....	42
4.7.b - Correlação entre médias de HAQ-HAQ/S e outras variáveis.....	43
Tabela 18 - Apresentação das médias de HAQ,HAQ-S e outras variáveis	43
4.8 - ANÁLISE ESTATÍSTICA	44
Tabela 19 - Correlações entre médias.....	44

4.9 - CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL	44
.....	45
6. CONCLUSÕES	56
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
GRÁFICOS 1.....	65
GRÁFICO 2.....	65
GRÁFICO 3.....	66
GRAFICO 4.....	66
GRÁFICO 5A	67
GRÁFICO 5B	67
GRÁFICO 5C	68
GRÁFICO 6A	68
GRÁFICO 6B	69
GRÁFICO 7.....	69
GRÁFICO 8.....	70
GRÁFICO 9.....	70
GRÁFICO 10.....	71
GRÁFICO 11.....	71
GRÁFICO 12A	72
GRÁFICO 12B	72

GRÁFICO 13A	73
GRÁFICO 13B	73
GRÁFICO 14.....	74
ANEXO I.....	75
ANEXO I.....	76
ANEXO I.....	77
ANEXO II.....	78
ANEXO III.....	79
ANEXO IV	79

LISTA DE ABREVIATURAS

AINH	- Antiinflamatório não-hormonal
AR	- Artrite Reumatóide
ARA	- American Rheumatology Association
Are	- Artrite Reativa
BCG	- Bacilo de Calmette & Guérin
EA	- Espondilite Anquilosante
EAP	- Espondiloartropatia Soronegativa
FR	- Fator Reumatóide
HAQ	- Health Assessment Questionnaire
HAQ-S	- Health Assessment Questionnaire modificado para espondiloartropatias
HC	- Hospital de Clínicas da UFPR
HLA	- Human Leucocyte Antigen
HIV	- Human Immunodeficiency Virus
MTX	- Methotrexate
PCR	- Polimerase Chain Reaction
SR	- Síndrome de Reiter
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
VAS	- Visual Analogue Scale
VHS	- Velocidade de Eritrossedimentação

RESUMO

O objetivo deste estudo foi o de avaliar, do ponto de vista funcional, as manifestações articulares em pacientes portadores de Síndrome de Reiter em acompanhamento ambulatorial nos Serviços de Reumatologia e Clínica Médica da Universidade Federal do Paraná.

Submetemos vinte e sete pacientes a questionários de avaliação de saúde (HAQ e HAQ-S); escalas visuais para Dor e Rigidez, além de uma análise clínico-articular e radiológica.

Os escores obtidos nos questionários e nas escalas de análise visual foram correlacionados, demonstrando níveis estatisticamente significativos. Além disso, comparamos tais dados com os dados clínico-articulares, e demonstramos que a SR tem sido em nosso meio, uma doença de curso clínico limitado e de bom prognóstico, na maioria dos casos. A maior parte dos pacientes encontrou-se em classe funcional I e II, com incapacitação maior nos períodos de exacerbação clínica. Observamos que os piores prognósticos ocorreram em pacientes do sexo masculino, portadores de SR pós-venérea, e HLA B27 positivos. As manifestações articulares e entesopatias de pés e tornozelos foram as principais responsáveis pela incapacidade músculo-esquelética. Também demonstramos que o HAQ-S como método de avaliação funcional, não é completamente satisfatório na SR.

Introdução

1. INTRODUÇÃO

1.1. Considerações Gerais

A Síndrome de Reiter (SR), desde a sua descrição, tem sido foco de inúmeras discussões e controvérsias. Até o presente momento, sua patogênese não foi totalmente esclarecida e o tratamento ainda é predominantemente sintomático. Nestas últimas décadas, houve progressos importantes para tentar elucidar os mecanismos envolvidos na patogenia, buscando um melhor entendimento desta complexa doença.

HIPÓCRATES, cinco séculos Antes de Cristo, descreveu a associação da artrite após episódios de diarréia ou uretrite¹, e vinte séculos mais tarde, essa correlação também foi observada por MARTINIÉRE (1664) na França, MUSGRAVE (1703) na Inglaterra e Sir Benjamin BRODIE (1818), este último, em seu “*Traité des maladies des articulations*”, descreveu detalhadamente cinco casos de uma síndrome composta por uretrite sexualmente adquirida, seguida por artrite e conjuntivite ou irite, algumas vezes com inflamação de outras mucosas^{2,3,4,5}.

SALLE e SWEDIAUR (1781); HUNTER (1786) e COOPER (1824); observaram que a infecção genital, pode ocasionalmente causar artrite, envolvendo principalmente os membros inferiores. Em 1897, Guiard introduziu o termo “uretrite não gonocócica”, reconhecendo que nem sempre o gonococo está implicado em todos os casos de uretrite. O desenvolvimento de artrite como uma complicação da disenteria também foi reconhecido por SYDENHAM (1672); LIND (1753); STOLL (1776); HUETTE (1869) e

INTRODUÇÃO

Ilmar PARONEN (1948). Este último estudou 344 casos de artrite pós-infecciosa por *Shigella*, no final da segunda guerra mundial^{3,6}.

A primeira descrição de identificação de um agente infeccioso desencadeando artrite asséptica, foi feita durante a I Guerra Mundial por FIESSINGER e LEROY em 1916, na França. Eles registraram quatro casos de uma síndrome óculo-uretro-sinovial, após episódio de disenteria por *Shigella dysenteriae*. No mesmo ano, Hans REITER descreveu o caso de um jovem oficial prussiano, que após um episódio de disenteria, foi acometido por uma doença sistêmica constituída por poliartrite, conjuntivite e uretrite não-gonocócica^{2,3,4}.

Durante a II Guerra Mundial, também foram registrados vários casos de disenteria epidêmica seguida por artrite. BAUER e ENGELMAN (1942); PARONEN (1948); NOER (1966); entre outros, designaram tais casos como Síndrome de Reiter².

Em 1973, BREWERTON et al. e SCHLOSSTEIN et al. fizeram a associação entre antígenos HLA-B27 e Espondilite Anquilosante (EA) e, um ano mais tarde, AMOR et al. e BREWERTON et al. associaram HLA-B27 com SR ou ARe, após observações de dados clínicos^{2,5}.

Em 1973/74, AHO et al. registraram casos de artrite asséptica pós-infecção intestinal por *Yersinia enterocolitica*, principalmente em indivíduos HLA-B27 positivos, e introduziram o termo "Artrite Reativa" (Are), que conquistou amplo uso, mesmo que o termo não indicasse caráter sistêmico da doença^{2,6}.

Durante o mesmo período, a sobreposição das manifestações clínicas e a ligação genética entre Re, EA, SR e outras entidades similares estavam aumentando, e o termo ESPONDILOARTROPATIAS SORONEGATIVAS (EAP) foi introduzido por MOLL et al. em 1974. As características comuns ao grupo são: processos inflamatórios que comprometem principalmente o êntesis em indivíduos HLA-B27 positivos, na grande maioria dos casos, e soronegativos. Também são considerados no grupo das EAP, as artropatias associadas com doenças intestinais inflamatórias como: colite ulcerativa, doença de Crohn, doença de Whipple e síndrome artrite-dermatite pós-cirurgia bypass jejuno-cólico².

A SR é composta por artrite reativa, isto é, por um processo inflamatório estéril, ocorrendo à distância do foco infeccioso primário, geralmente a partir do trato genitourinário ou gastrointestinal. O agente infeccioso não está presente nas articulações, e a sinovite resulta provavelmente de ação imunológica, ou dos mediadores tóxicos formados no sítio primário, e transportados às articulações pela circulação^{7,8,9,10,11}. Esta confirmação dependerá no futuro próximo, do exame da reação em cadeia da polimerase, que determinará através do estudo sequenciado do DNA, se as bactérias estão presentes nas juntas enfermas^{20,23}.

1.2. Etiopatogenia

A Síndrome de Reiter é de ocorrência mundial, sendo descrita desde os povos da Nova Guiné aos esquimós. A incidência

INTRODUÇÃO

exata é muito difícil de avaliar, porque não se tem dados suficientes. A doença é muito comum em indivíduos de 20 a 40 anos de idade, mas já foi documentada em crianças com mais de 5 anos, e em adultos mais velhos^{3,6,10}

Verificou-se que a frequência tende a ser aproximadamente a mesma para homens e mulheres após infecções entéricas (*Salmonella*, *Campylobacter* e *Yersinia*), enquanto que, infecções por *Shigella* e via venérea é maior no sexo masculino^{11,21,22}.

As pesquisas apontam consistentemente que a etiologia esteja relacionada a um processo infeccioso, associado a uma predisposição genética (HLA-B27). As bactérias mais comumente associadas são: *Chlamydia tracomatis*, sendo esta a mais prevalente; *Shigella*, *Salmonella*, *Yersinia*, *Campylobacter*, *Klebsiella* e *Mycoplasma*, a maioria gram-negativas^{6,12,13}. Estudos recentes apontaram o vírus HIV e a *Borrelia burgdoferi*, como possíveis agentes também envolvidos na etiologia da SR^{9,14}.

SR também tem sido descrita após terapia com BCG intravesical, para tratamento complementar de carcinoma de bexiga³⁴.

Várias hipóteses têm sido sugeridas para tentar explicar o(s) mecanismo(s) patogénico(s) da SR, porém, muitas questões permanecem não esclarecidas. Não está claro se o agente bacteriano causador da doença tem um fator artrítogênico, ou se as próprias bactérias estariam presentes na sinóvia em algum estágio da doença. Como esses organismos ou seus produtos atingem as articulações? Qual o mecanismo da associação com HLA-B27? Haverá maior suscetibilidade para um determinado e específico agente infeccioso,

em indivíduos geneticamente predispostos para desenvolverem artrite? São questões em resolução⁵³.

O antígeno de histocompatibilidade HLA-B27 é encontrado em 60-80% dos pacientes com SR, e em menos de 10% dos controles saudáveis. O HLA-B27 também aumenta a propensão para desenvolver infecções por *Yersinia*, *Salmonella* e *Gonococos*. Essa estreita relação, sugere que algum fator do hospedeiro e fatores ambientais estão envolvidos na patogênese^{10,15}.

Apesar de não ter sido totalmente esclarecido o mecanismo patogênico após infecções, admite-se que a resposta imune desempenhe um papel importante. Um estudo realizado com artrite desencadeada por *Yersinia*, mostrou uma resposta IgM inicial fraca, e uma resposta tardia mais forte e persistente, com níveis mais altos de anticorpos IgA anti-*Yersinia* com componente secretório, e respostas reduzidas às células T para antígenos *Yersinia*. Esses achados sugerem uma persistência incomum da resposta imune, e que os microorganismos podem persistir em algum lugar do organismo, por exemplo, na mucosa intestinal ou nos linfonodos mesentéricos, causando uma estimulação antigênica prolongada em indivíduos propensos a desenvolverem artrite reativa⁶.

A teoria do mimetismo molecular vem merecendo maior suporte, como um mecanismo para explicar a associação entre HLA-B27 e artrite reativa. A teoria é baseada na existência de regiões homólogas entre a estrutura dos microorganismos envolvidos e o HLA-B27, isto é, haveria uma reação cruzada, ao qual foi demonstrada "in vitro" entre HLA-B27 e antígenos de *Yersinia* e *Klebsiella* por técnicas imunológicas^{6,9,10}.

A *Borrelia burgdoferi*, espiroqueta responsável pela Doença de Lyme, vem sendo apontada como uma possível causa da SR. Numa população da República Federal da Alemanha onde a doença de Lyme é endêmica, as características clínicas e a alta incidência de antígenos HLA-B27, sugerem diagnóstico de SR, em vez de Lyme, em alguns casos. Há necessidade de melhor avaliação e confirmação⁹.

A associação entre o vírus HIV e SR foi sugerida como sendo um evento imuno específico. A teoria é centralizada em torno das células T-CD8⁺, e reforçada pela ausência de evidência da participação significativa das células T helper, bem como, pela falta de auto-anticorpos e achados de resposta imune tardia. O mecanismo dos eventos permanece obscuro¹⁵.

1.3. Características Clínicas

Manifestações clínicas da SR, geralmente se desenvolvem entre 1 e 3 semanas após os episódios de uretrite ou diarreia, e constituem um espectro que vai desde uma monoartrite transitória, até uma doença multissistêmica grave. Os sintomas constitucionais são discretos e incluem: fadiga, mal-estar, febre e perda de peso.

A uretrite geralmente é discreta e indolor, apresentando secreção não-purulenta. A piúria é melhor detectada na primeira urina da manhã. A prostatite também é comum. Nas mulheres, a cervicite e/ou a salpingite podem ser causadas pelo agente

INTRODUÇÃO

infeccioso, ou pelo processo reativo e, geralmente são assintomáticas ^{2,6}.

Os sintomas musculoesqueléticos como mialgia, lombalgia e artralgia, geralmente são de início agudo. A lombalgia piora com o repouso e inatividade, irradiando-se para nádegas e coxas. A artrite costuma ser assimétrica e aditiva. As articulações mais envolvidas são: joelhos, tornozelos, articulações subtalares, metatarsofalangeanas e interfalangeanas dos artelhos, embora punhos, dedos da mão e ombros possam ser acometidos. As inflamações geralmente são discretas, e comumente se manifestam com hipersensibilidade local, rigidez e limitação dos movimentos, porém nos joelhos, a manifestação inflamatória pode ser mais exuberante. A dactilite ou dedos “em forma de salsicha”, constitui uma característica da SR, bem como, da Artrite Psoriásica. A tendinite e a fasceíte são lesões características, produzindo dor, principalmente em região do tendão de Aquiles e da fáschia plantar ^{2,6}.

A queratodermia blenorrágica ou pustulose palmoplantar é a lesão cutânea mais característica. Esta lesão é composta por vesículas de base eritematosa, que progridem para pápulas e nódulos, tornando-se hiperkeratóticas. Atinge sobretudo as regiões palmares e plantares. Pode ocorrer em outros locais como pênis, tronco e couro cabeludo. As lesões são idênticas à pustulose psoriásica. As unhas se tornam espessadas e elevadas pelo material acumulado subunguealmente. A balanite circinada na glândula peniana ou meato uretral é formada por vesículas que se rompem, originando erosões superficiais indolores. O eritema nodoso é visto em infecção pós-*Yersinia*. É incomum em artrites reativas e não está associado ao HLA-B27 ^{2,6}.

As inflamações oculares são comuns. A conjuntivite com secreção estéril é mais frequente. Esta inflamação é geralmente assintomática e transitória, porém pode progredir para episclerite, ceratite ou ulceração de córnea. A uveíte anterior também é comum, podendo ser mais agressiva e refratária ao tratamento, com tendência à recorrências e resultando em dano visual permanente. As manifestações menos frequentes são: anormalidades da condução cardíaca, insuficiência cardíaca, lesões do sistema nervoso central ou periférico e infiltrados pleuropulmonares ⁶.

A diarréia frequentemente é leve, às vezes sanguinolenta e precede a artrite, por isso, raramente é vista em pacientes com artrite. No entanto, a diarréia pode ocorrer durante a evolução da doença, se a mucosa intestinal fizer parte do processo reativo inflamatório. Pode ocorrer dor abdominal ⁶.

1.4 Diagnóstico

Na Síndrome de Reiter o diagnóstico é essencialmente clínico, sendo os achados laboratoriais mais úteis para diagnóstico diferencial. Os achados radiográficos auxiliam devido a algumas peculiaridades, entretanto não são patognomônicos da doença.

WILLKENS et al.¹⁶ realizaram um estudo retrospectivo e comparativo, avaliando casos de SR clássica ou típica, composta pela tríade, com outras doenças da mesma categoria (Espondilite Anquilosante, Artrite Psoriásica, Artrite Reumatóide seronegativa e Artrite Gonocócica). A análise dos dados demonstrou que a SR consiste “em um episódio de artrite periférica”, com mais de um mês

INTRODUÇÃO

de duração, ocorrendo em associação com uretrite e/ou cervicite (sensibilidade de 84,3%). Quando os dados foram analisados levando em consideração a clássica tríade, a sensibilidade decresceu para 50,6%. Portanto, demonstrou-se que não haveria necessidade da tríade para fazer o diagnóstico da doença, sendo denominada de **Forma Incompleta da SR**, que é hoje amplamente aceita e a mais comumente observada^{2,4,5,6,11,16}.

Em 1981, a ARA (American Rheumatology Association) elaborou critérios diagnósticos para a SR (Quadro 1), que consiste em poliartrite assimétrica, predominantemente em membros inferiores, com pelo menos um mês de duração, acompanhada de uma ou mais das seguintes características: uretrite e/ou cervicite, doença ocular inflamatória, úlceras orais, balanite circinada, keratoderma blenorrágica, alterações ungueais, disenteria, calcanodínea, evidência radiográfica de sacroileíte, periostite ou esporão de calcâneo^{10,16}.

Quadro 1 - Critérios diagnósticos para SR - ARA 1981

MÉTODO DE CLASSIFICAÇÃO	SENSIBILIDADE	ESPECIFICIDADE
Episódio de artrite periférica com mais de um mês de duração associado à uretrite e/ou cervicite	84,3%	98,2%

Em 1986, LEE et al.⁴ propuseram quatro critérios maiores e seis menores para diagnóstico da SR, baseados na frequência e especificidade das várias manifestações da doença. Os critérios maiores são: poliartrite, lesões oculares (conjuntivite ou iridociclite); uretrite e lesões de pele ou mucosas (queratodermia

blenorrágica ou balanite circinada). Os critérios menores são: alterações articulares (fasceíte plantar, tendinite aquiliana, lombalgia, sacroileíte e espondilite); alterações oculares (ceratite); alterações genito-urinárias (cistite, prostatite); alterações de pele (envolvimento indolor da mucosa oral, erupções psoriasiformes e alterações ungueais); alterações gastrointestinais (diarréia associada a outros sintomas); achados laboratoriais (HLA-B27 positivo, leucocitose, aumento de alfa 1-, alfa 2-, ou gamaglobulinas na eletroforese de proteínas e líquido sinovial inflamatório). Para diagnóstico definitivo, 3 ou mais critérios maiores; diagnóstico provável, 2 maiores e 3 ou mais menores; possível diagnóstico, 2 maiores e 1 menor⁴.

A velocidade de hemossedimentação (VHS) e a proteína C-reativa, estão elevadas na fase aguda e normalizam na fase tardia. Pode ocorrer anemia discreta e leucocitose moderada. Pode ser detectada uma piúria asséptica em função da uretrite^{2,6}.

O líquido sinovial é inflamatório e inespecífico, mostrando predominância de neutrófilos. A biópsia sinovial mostra alterações inflamatórias com congestão vascular, e infiltração celular perivascular, principalmente de neutrófilos. A cultura do líquido sinovial é negativa, porém é útil para diagnóstico diferencial. A observação de componentes microbianos na membrana ou líquido sinovial, tem sido demonstrada com técnicas especiais como: imunofluorescência, imunoeletromicroscopia, "imunoblotting" e "Polymerase Chain Reaction"^{2,6}.

Os testes sorológicos mais comumente utilizados são a imunofluorescência direta ou indireta e radioimunoensaio. Uma sorologia positiva pode ser útil, principalmente porque é incomum que

INTRODUÇÃO

o agente desencadeante persista até a época do início da artrite. Entretanto, uma sorologia negativa não exclui diagnóstico de artrite reativa. A tipagem do HLA-B27 não é necessária em casos claros, mas tem significado prognóstico em termos de gravidade, cronicidade e propensão para EA e uveíte ^{2,6}.

A SR deve ser diferenciada de outras causas de artrites como: Artrite Gonocócica (principalmente mulheres); artrite associada com HIV (geralmente ocorre na fase precoce da doença, porém a artrite pode piorar com reinfecção por HIV); Doença de Behçet (ulcerações aftosas dolorosas em mucosa oral ou genital, uveíte posterior); Artrite Psoriásica (principalmente membros superiores); Espondilite Anquilosante (principalmente coluna vertebral); Gota ou Pseudogota (análise do líquido sinovial) ^{2,6}.

1.5 Manifestações Radiológicas

Na fase inicial, as alterações radiológicas podem estar ausentes ou limitar-se à osteoporose justa-articular. Erosões marginais e estreitamento do espaço articular são vistos em fases crônicas. Os esporões de calcâneo são raros. A sacroileíte da SR é semelhante a da EA e, frequentemente, unilateral ⁶.

INTRODUÇÃO

Na fase precoce da doença pode não haver alteração radiológica. As crises agudas são geralmente acompanhadas por aumento de volume de partes moles e discreta osteopenia. Esses achados podem desaparecer completamente sem deixar vestígios. Com o advento de crises repetidas, as alterações se tornam permanentes e comuns. Cerca de 60 a 80% dos pacientes possuem anormalidades radiológicas, embora a incidência possa variar com os critérios usados para o diagnóstico, cronicidade e o método de avaliação¹⁷.

As erosões ósseas inicialmente são marginais, depois envolvem o osso subcondral na porção central das articulações, e são mais comuns em pequenas articulações dos pés, mãos, punhos e também nos joelhos e sacroilíacas. A proliferação óssea é característica das espondiloartropatias seronegativas e há duas formas: a primeira é linear ou periostite "fluffy", sendo mais comum em pequenas articulações e joelhos, sendo semelhante à osteoartropatia hipertrófica. A segunda forma ocorre nos tendões e ligamentos, principalmente na superfície plantar do calcâneo e na área justaposta da articulação sacroilíaca. Esclerose subcondral, eburneação e periostite, estão associadas à proliferação óssea. A osteoporose geralmente ocorre na fase aguda, e tende a diminuir com a evolução da doença. O estreitamento do espaço articular é frequente em pequenas articulações, sendo característica a diminuição simétrica ou difusa¹⁷.

As pequenas articulações dos pés são as mais afetadas. Particularmente o acometimento das articulações metatarsofalangeanas e interfalangeanas do primeiro pododáctilo, sugere diagnóstico de SR ou Artrite Psoriásica, embora a artrite da Gota e Artrite Reumatóide também possam produzir alterações

similares. O envolvimento do calcâneo é característico da SR; geralmente são bilaterais, e estão associados com sinais e sintomas clínicos. A bursite retrocalcânea cria uma imagem radiodensa, obliterando uma região geralmente radiotransparente, dando uma imagem em sombra, mal-definida na parte posterior e póstero-superior. O tendão de Aquiles geralmente se torna espessado. O esporão de calcâneo é raro em comparação com Artrite Psoriásica e Espondilite Anquilosante, talvez isso se deva ao fato de que os pacientes portadores da SR encontram-se em uma faixa etária mais jovem.)

A sacroileíte é muito frequente, sendo que na fase precoce geralmente é unilateral, e na fase crônica é mais comum o envolvimento bilateral. A ossificação paravertebral na região toracolombar é um achado precoce. Em incidência frontal, aparece como uma imagem alongada em ponte óssea vertical, que tem várias denominações como: "lágrima", "virguliforme", "sindesmófitos não-marginais". O reconhecimento da ossificação paravertebral é importante, porque pode ser manifestação inicial da doença, e essa alteração sugere diagnóstico de SR ou Artrite Psoriásica, ao invés da clássica Espondilite Anquilosante. As características da ossificação são: distribuição assimétrica (direito ou esquerdo), natureza volumosa das áreas radiodensas e distância relativa do eixo da coluna ¹⁶.

A alteração mais comum nos joelhos e tornozelos é a efusão intra-articular, embora possam ocorrer outras alterações. O acometimento das articulações metacarpofalangeanas e punhos é infrequente.

SHOLKOFF et al. estudaram o envolvimento simultâneo das articulações na SR, através de estudos radiográficos e cintilográficos em 42 pacientes portadores da síndrome. Demonstraram que os sítios mais frequentemente afetados foram: joelhos, artelhos, sacroilíacas, tornozelos e ossos do tarso¹⁸.

1.6 Tratamento

A Síndrome de Reiter tem cura improvável até o presente momento, porém pode ter remissão espontânea. O tratamento visa aliviar os sintomas decorrentes da doença e prevenir as complicações. O repouso é aconselhável na fase aguda da doença, porém a imobilização prolongada das articulações deve ser evitada, devido ao fato de poder haver desenvolvimento de fibrose e, conseqüentemente, anquilose. A fisioterapia também pode trazer algum alívio⁴.

Estudos recentes demonstraram alguma evidência da persistência do antígeno bacteriano na membrana, ou no líquido sinovial dos pacientes com SR. Este fato tem sido foco de inúmeras discussões sobre a possibilidade de uma antibioticoterapia mais agressiva e prolongada, principalmente em pacientes com uretrite e riscos para desenvolverem complicações, particularmente naqueles HLA-B27 positivos. Ainda há muita controvérsia porque alguns estudos falharam em demonstrar benefícios e outros descreveram melhora do prognóstico^{6,10,20}.

O grande problema do tratamento é em relação ao quadro evolutivo da doença. Há tendência à recorrências, com

intervalos variáveis de remissões e períodos de exacerbações. Torna-se difícil assim, avaliar a eficácia das drogas. O antibiótico geralmente é administrado quando o agente infeccioso é isolado, entretanto, pode-se iniciar um tratamento empírico pela frequência das bactérias mais envolvidas como desencadeantes da doença. A

tetraciclina associada à eritromicina, demonstrou ser eficaz em diminuir os episódios de recorrência e exacerbações da artrite, bem como, a frequência das infecções pós-venéreas. A sulfasalazina é indicada para casos de artrite associada à doença intestinal inflamatória. Outros antibióticos como doxiciclina e outros macrolídeos, ainda não apresentam resultados concretos ^{6,13,19,20}.

Os antiinflamatórios não-hormonais (AINH) são as drogas de escolha para tratamento dos sintomas articulares. A indometacina é a mais utilizada, porém, diclofenaco, naproxeno e piroxicam também são eficazes. A dose inicial da indometacina geralmente é de 100 mg/dia, podendo chegar até 200 mg/dia. Os sintomas desaparecem entre 1 e 2 semanas de tratamento. Nos casos de artralguas crônicas, os corticosteróides são indicados em baixas doses, caso os AINH sejam ineficazes. O tratamento sistêmico geralmente é indicado, quando muitas articulações estão envolvidas. Prednisolona, na dose de 30-50 mg/dia pode ser iniciada e reduzida gradativamente de acordo com o quadro clínico. Não se deve ultrapassar 2 a 4 meses de tratamento. Em inflamações localizadas, como na região plantar, injeções locais de corticosteróides trazem alívio dos sintomas. Se houver suspeita de secreção purulenta, evitar infiltrações ^{6,13}.

Em casos severos e não remitentes com AINH e corticosteróides, os citotóxicos são a alternativa. O MTX e a azatioprina são os mais empregados. Em pacientes com infecção

pelo HIV, estes podem provocar deterioração do quadro clínico com febre, mal-estar intenso e fadiga profunda. Sais de ouro, anti-maláricos e penicilamina não são aceitos para tratamento da SR. Corticoesteróides tópicos são utilizados para inflamações oculares. Geralmente, pacientes com lesões de pele são encaminhados ao dermatologista^{6,14}.

Em relação ao prognóstico, os relatos são controversos. Em alguns casos a evolução é benigna e auto-limitada, enquanto em outros, a morbidade é prolongada e mais grave. Essas variações podem ser, em parte, explicadas pela própria história natural da doença, avaliações ineficazes, critérios diagnósticos inadequados, diferenças na predisposição genética e em fatores ambientais¹¹.

1.7 Avaliação do estado funcional

Nos últimos anos, tem surgido uma grande variedade de instrumentos de avaliação do estado funcional na área reumatológica, em resposta à necessidade de mensurar parâmetros não-médicos, tais como: sintomas de carácter psicológico e comprometimento das atividades diárias dos pacientes, entre outros. Essa necessidade é explicada pelo fato da doença ser de etiologia multifatorial, e o simples exame físico e laboratorial não ser capaz de detectar tais alterações²⁴. Nós, médicos, não somos treinados a ver o doente como um todo, isto é, enfatizamos somente a doença. Consequentemente, negligenciamos suas principais preocupações e aflições.

Queixas como dor e desconforto, entre outras, são dados subjetivos, pouco reprodutíveis e que variam amplamente, ao

qual FRIES²⁴ denominou de dados “soft”, enquadrando-os como ciência social. Por outro lado, chamou de dados sólidos (“hard”), quando são precisos, reprodutíveis de forma acurada, e permitem quantificar sem gerar grandes variações inter-examinadores, enquadrando-os como ciência física.

Os instrumentos de avaliação foram desenvolvidos após minuciosos estudos, e pelo reconhecimento da necessidade de uma documentação sólida das queixas subjetivas, pois as mesmas são muito relevantes aos pacientes. Somente parâmetros laboratoriais não podem prever o estado funcional dos indivíduos. Entretanto, parâmetros funcionais e clínico-laboratoriais são positivamente correlacionados^{24,26}.

O enfoque principal desses instrumentos é a avaliação da capacidade funcional. O final comum das doenças que acometem as articulações e muitas outras doenças músculo-esqueléticas é a incapacitação física²⁴.

Os questionários primeiramente desenvolvidos foram direcionados à artrite reumatóide. Esses instrumentos foram idealizados com o objetivo maior de detectarem incapacidade, e como a mesma ocorre somente ao longo da evolução desta doença, conseqüentemente é melhor avaliada em fases mais tardias. Sendo assim, esses instrumentos são mais sensíveis na fase crônica²⁶.

LIANG e JETT²⁴ fizeram uma análise crítica dos instrumentos de avaliação funcional utilizados em reumatologia, e propuseram que para obterem maior eficácia, necessitariam preencher os seguintes critérios básicos (Quadro 2): permitir quantificação dos dados; confiabilidade (erro ao acaso mínimo);

INTRODUÇÃO

validade (medir aquilo que propõe medir); precisão (distinguir alterações) e finalmente, assegurar que os procedimentos de coleta de dados sejam específicos. Após essas considerações, concluíram que nenhum instrumento preenche completamente todos os critérios, e poucos descrevem adequadamente os resultados com confiabilidade e validade. Nenhum possui precisão suficiente para detectar pequenas alterações funcionais. Tais instrumentos necessitam ser sensíveis e reprodutíveis, ou seja, dar os mesmos resultados, nos mesmos indivíduos em tempos diferentes²⁵.

Quadro 2 - Critérios básicos para determinar a eficácia dos instrumentos de avaliação funcional

Quantificação Validade Confiabilidade Precisão Especificidade de procedimento da coleta de dados

LIANG & JETTE, 1981

Algumas definições são necessárias para maior compreensão do assunto, e ao mesmo tempo, indicam-se os instrumentos mais apropriados para avaliação dos mesmos²⁴ (Quadro 3).

Quadro 3 - Tópicos para avaliação clínica

- **Estado de saúde:** é o bem-estar físico, mental e social. The Index of Well-Being, Sickness Impact Profile (SIP), Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS) e Health Assessment Questionnaire (HAQ).

- **Doença em atividade:** refere-se ao estado biológico da doença. The Systemic Index (SI) e Activity Index of Lansbury.

- **Estado funcional:** distingue-se das duas anteriores, por ser de nível individual a realização das atividades diárias da vida. Deve ser avaliado pela noção de "pode" ou "não pode" realizar certas atividades, devido à dor ou dificuldade. HAQ e AIMS.

LIANG & JETT 1981

A maioria dos instrumentos pode ser utilizada para todas as doenças reumáticas, embora algumas modificações sejam requeridas de acordo com o objetivo proposto. Há três classes maiores de instrumentos (Quadro 4).

Quadro 4 - Instrumentos de avaliação funcional

1. os derivados de Health Assessment Questionnaire (HAQ)
2. os derivados do Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS)
3. MAC Master (Toronto-Canadá).

O HAQ foi primariamente desenvolvido para a Artrite Reumatóide, porém tornou-se amplamente utilizado para outras doenças reumáticas com algumas modificações necessárias. É um instrumento que avalia principalmente a incapacidade, e foi idealizado por FRIES que o caracterizou em cinco parâmetros

fundamentais, designados pelos 5 "D" (death, disability, discomfort, drug side-effects e dollars)²⁶.

Pela necessidade de maior objetividade na prática clínica, foram elaborados questionários mais curtos, a partir dos tradicionais, porém tentando preservar a mesma qualidade. Por exemplo, perguntas redundantes e altamente correlacionadas foram eliminadas, e permaneceram apenas as mais essenciais, que contêm a maioria das informações desejadas. Desta forma, tornaram-se menos complexas, mas com alguma perda da sensibilidade^{26,27}. Esses novos questionários vieram auxiliar amplamente, porque são mais práticos; facilmente aplicados; tomam pouco tempo; requerem baixo ônus para o paciente e para o médico; são compreensíveis; refletem a necessidade do investigador e avaliam a maioria dos pontos propostos²⁷.

O HAQ completo foi reduzido, necessitando de poucos minutos para ser aplicado. É adequado para uso clínico, bem como, para pesquisas. Enfoca as atividades diárias da vida e ocupacionais e é composto por oito domínios (vestir, levantar, comer, caminhar, higiene, alcançar, preensão e outras atividades). Possui 24 questões, sendo os escores dados de acordo com o grau de dificuldade de realização: 0 (nenhuma dificuldade); 1 (alguma dificuldade); 2 (muita dificuldade) e 3 (incapaz)^{25,27}. Também há uma correlação com o prognóstico, verificando-se que os pacientes capazes de realizar mais de 80% das atividades diárias, tinham uma expectativa de vida em 5 anos de 90%, e aqueles com menos de 80%, sobrevida menor que 50%

²⁵.

A versão brasileira do HAQ foi realizada pelo Dr. M.B. FERRAZ et al.²⁵. Algumas modificações foram necessárias, de acordo com a condição social de nosso país, porém a sua validade mantém-se inalterada. O índice de incapacidade é obtido, somando-se a pontuação total dos escores e dividindo por oito.

Atualmente, devido à grande variabilidade dos instrumentos de avaliação, alguns aspectos importantes são discutidos, principalmente, quanto à necessidade de questionários mais específicos e adequados apenas para um grupo de doenças. A grande vantagem é o aumento da sensibilidade e precisão, mas com alguns inconvenientes como, por exemplo, não permitir comparação com diferentes formas de artrite ou com outras doenças crônicas degenerativas^{24,27}.

DALTROY et al. acrescentaram duas subescalas com cinco itens ao HAQ reduzido, denominando de HAQ-S, numa tentativa de torná-lo mais adequado para as espondiloartropatias, particularmente a Espondilite Anquilosante, porque esta doença é o protótipo do grupo. Como o HAQ enfatiza principalmente as funções das extremidades tanto superiores como inferiores, com pouca ênfase à coluna vertebral, então DALTROY et al. introduziram questões referentes à flexibilidade da coluna vertebral^{25,27,2}

O estudo de DALTROY et al. faz uma correlação dos dados antropométricos de flexibilidade da coluna vertebral (dedos ao chão, teste de Smythe, rotação cervical) e expansão torácica, com o instrumento de avaliação. Observou-se que a rotação cervical é altamente associada a vários aspectos funcionais da escala, tanto do HAQ quanto do HAQ-S²⁹.

Essas subescalas são derivadas de estudos isolados de **pacientes com EA**, onde identificou-se seus maiores problemas na vida **diária**. Porque a EA é mais comum no sexo masculino, acomete jovens e **envolve** principalmente a coluna vertebral, os itens adicionais proporcionaram **maior eficácia** para captar estas limitações funcionais. A sensibilidade do **HAQ-S** ainda é desconhecida, não permitindo inferências antecipadas, principalmente para outras espondiloartropatias⁷.

Objetivos

2. OBJETIVOS

A) Analisar funcionalmente as manifestações articulares em pacientes portadores de Síndrome de Reiter, com seguimento ambulatorial no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

B) Comparar nossa experiência com a relatada na literatura mundial, e discutir métodos viáveis de avaliação funcional desta população em nosso meio.

Métodos

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 - Amostra

Trinta e três pacientes foram selecionados a partir dos registros de prontuários, do Serviço de Documentação Científica do Hospital de Clínicas da UFPR, como portadores de Síndrome de Reiter, entre 1981 e 1994.

Os critérios para seleção foram os de 1981 definidos pela ARA: poliartrite assimétrica com mais de um mês de evolução associada à uretrite e/ou cervicite (Quadro 1)¹⁶.

Os pacientes deveriam apresentá-los rigorosamente na primeira abordagem ambulatorial, facilitando suas inclusões no estudo. Todos foram recrutados a partir de chamadas telefônicas e envio de cartas com informações básicas sobre a finalidade do estudo. Cinco pacientes não foram localizados (alterações de endereço, telefone, etc.), e um paciente não consentiu em participar por motivos pessoais, restando 27 (vinte e sete) para a análise, dos quais 5 eram mulheres e 22 homens, variando de 14 a 58 anos (média 29,3). Todos pertenciam à raça branca, sendo procedentes de diversas regiões do Estado do Paraná (Tabela 1).

MÉTODOS

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo sexo, idade, estado civil e profissão

<u>Nº do paciente</u>	<u>Sexo</u>	<u>Idade atual</u>	<u>Estado Civil</u>	<u>Profissão</u>
1	M	32	casado	Militar
2	M	33	solteiro	Motorista
3	M	27	casado	Garçon
4	M	29	casado	Militar
5	M	14	solteiro	Estudante
6	M	21	solteiro	Estudante
7	M	16	solteiro	Estudante
8	M	17	solteiro	Estudante
9	M	23	solteiro	Estudante
10	M	37	casado	Serralheiro
11	M	40	casado	Eletricista
12	M	25	casado	Chapeador
13	M	21	solteiro	Comerciante
14	M	28	casado	Comerciante
15	F	27	solteira	Estudante
16	M	25	solteiro	Comerciante
17	F	39	solteira	Professora
18	M	58	casado	Comerciante
19	M	21	casado	Desempregado
20	M	54	casado	Vendedor
21	M	21	casado	Estudante
22	M	25	solteiro	Serv.Pedreiro
23	F	29	solteira	Secretária
24	F	37	casada	Do lar
25	M	35	casado	Frentista
26	M	32	solteiro	Serv.Pedreiro
27	F	26	solteira	Vendedora

05 F = 18,5%

22 M = 81,5%

13 casados = 48,2%

14 solteiros = 51,8%

Média de idade durante a aplicação do protocolo

FAIXA ETÁRIA	Nº DE PACIENTES	(%)
<20	3	11,1
20-25	5	18,5
25-30	9	33,4
30-35	3	11,1
>35	7	25,9

O Gráfico 1 correlaciona sexo e estado civil.

3.2 - Procedimentos

Um protocolo desenvolvido a partir da literatura e da experiência do Serviço de Reumatologia do HC (Anexo I), foi desenvolvido com grande ênfase à análise funcional, portando as seguintes características:

1) **Análise Inicial:** Documentada pelo prontuário e informação dos pacientes, envolvendo manifestações clínicas iniciais, principalmente articulares, terapêutica empregada, e estudo radiológico quando presentes.

2) **Análise do processo de desenvolvimento:** Onde constaram informações dos pacientes sobre recorrências clínicas de artrite; dor lombar; calcanodínea; dor em tornozelos; uretrite; manifestações oculares e dermatológicas; informações sobre busca de métodos alternativos de tratamento; número de reconsultas ambulatoriais e período de afastamento do trabalho.

3) **Análise da situação atual:** Aqui, os pacientes foram submetidos a uma anamnese rigorosa e a uma avaliação radiográfica de pés; tornozelos; sacroilíacas; joelhos e coluna lombar; por serem estas as articulações mais frequentemente atingidas, e a critério em outras articulações, quando houvesse comprometimento¹¹.

As alterações radiológicas foram julgadas quando ausentes ou presentes em: edemas, erosões, tenossinovite, periostites e ancilose, segundo o padrão radiográfico na SR, desenvolvido por SHOLKOFF et al.¹⁸.

O laudo radiográfico foi desenvolvido independente, por radiologistas do Departamento de Clínica Médica, não envolvidos diretamente no estudo.

Quinze pacientes foram submetidos à avaliação do Serviço de Oftalmologia do HC e doze tiveram avaliação ocular em outros serviços.

Todos os pacientes foram analisados laboratorialmente, incluindo: hemograma, VHS, dosagem de HLA B27 e FR. Pesquisa direta para *chlamydia* e provas de imunofluorescência foram realizadas na maioria dos casos.

No que tange à avaliação funcional, o HAQ em sua versão brasileira, foi aplicado à todos os pacientes no momento da avaliação clínica (Anexo II), enfatizando-se o tempo de uma semana como limite para o tempo questionado sobre as perguntas^{35,36}. O HAQ-S modificado por DALTROY et al. (Anexo III) foi adicionado ao HAQ como método de avaliação funcional alternativo, por ser a SR uma forma de espondiloartropatia²⁹.

Os pacientes ainda foram submetidos à uma escala de Análise Visual para Dor e Rigidez (Anexo IV), descrevendo um ponto em uma reta de 10 (dez) cm (variando de 0 a 100 mm) que melhor representasse seu estado na última semana, sendo o "0" a extremidade da ausência completa de dor e rigidez, e 100 mm a extremidade representativa do quão severas poderiam ser dor e rigidez.

Utilizamos a classificação funcional de STEINBROCKER para AR como índice para definir pacientes com incapacidade para atividades de lazer e/ou trabalho (Quadro 5).

Quadro 5 - Classificação de STEINBROCKER

CLASSE	DEFINIÇÃO
I	Capaz de efetuar todas as atividades de vida diária (cuidar de si próprio), profissionais e de lazer
II	Capaz de cuidar de si próprio e de trabalhar, porém limitado nas atividades de lazer
III	Capaz de cuidar de si próprio, mas limitado nas atividades profissionais e de lazer
IV	Limitado para cuidar de si próprio, e para as atividades profissionais e de lazer

3.3 - Análise Estatística

Os dados obtidos foram traduzidos em gráficos e tabelas. As médias de escore para o HAQ foram correlacionadas com as médias dos escores do VAS para Dor e Rigidez. Também correlacionamos a média dos escores para o HAQ-S com as médias dos escores do VAS para Dor e Rigidez. Para isto utilizamos o teste "t" de Student para observações pareadas.

O teste "t" foi aplicado também na comparação entre o HAQ e a variável de acréscimo do HAQ-S, obtida pela diferença das somas entre HAQ e HAQ-S divididas por HAQ.

Resultados

4. RESULTADOS

4.1- Faixa etária, escolaridade, tempo de evolução, seguimento e afastamento do trabalho :

Tivemos um seguimento de pacientes variando de 2 a 13 anos (média 4,8 anos).

Obtivemos uma média de 129,4 dias (cerca de 4 m) entre o desencadeamento da sintomatologia e a procura do nosso serviço hospitalar.

A idade de início da sintomatologia também é apresentada na tabela 2.

Tabela 2 - Idade de início, tempo de seguimento e evolução

Nº paciente	Idade de Início (anos)	Tempo de Seguimento (Anos)	Tempo de evolução entre sintomatologia e procura do Serviço (HC) (dias)
1	28	4	30
2	25	8	45
3	23	4	60
4	24	5	30
5	10	4	30
6	18	3	60
7	13	3	60
8	14	3	35
9	18	5	120
10	32	5	30
11	35	5	60
12	17	8	1095
13	17	4	60
14	24	4	60
15	24	3	365
16	19	6	60
17	36	3	60
18	53	5	180
19	18	3	90
20	49	5	180
21	18	3	30
22	23	2	365
23	25	4	90
24	33	4	60
25	25	10	30
26	19	13	120
27	22	4	90
Média	24,5	4,81	129,4

RESULTADOS

A tabela 3 demonstra o número de pacientes e sua porcentagem por faixa etária, durante o início da sintomatologia.

Tabela 3 - Distribuição de pacientes por faixa etária (sintomas iniciais)

FAIXA ETÁRIA	Nº DE PACIENTES	(%)
<20	11	41
20-25	6	22
25-30	4	14,8
30-35	2	7,4
>35	4	14,8

A tabela 4 correlaciona a escolaridade e o tempo de afastamento do trabalho durante o seguimento.

Tabela 4 - Correlação entre escolaridade e afastamento do trabalho

Escolaridade	Afastamento do trabalho (dias)	Nº Pacientes (nº da ficha)
Iº Grau Incompleto	0	10,26
	7	13
	28	22
	365	19
Iº Grau Completo	0	11,14,15
	10	07
	14	01
	15	03,16
	60	05
IIº Grau Incompleto	0	12,18,21,14,25
	15	08,20
	30	02
	60	04
IIº Grau Completo	0	27
	10	23
	20	09
IIIº Grau	0	17
	03	06

4.2 - HLA B27 e Sexo

O HLA B27 foi positivo em 20 pacientes (74%) e negativo em 7 (26%) (Gráfico 2).

A Tabela 5 correlaciona sexo e HLA B27.

Tabela 5 - HLAB27 e Sexo

Paciente	HLA B27	Sexo
1	pos.	masc.
2	pos.	masc.
3	pos.	masc.
4	pos.	masc.
5	pos.	masc.
6	pos.	masc.
7	neg.	masc.
8	pos.	masc.
9	pos.	masc.
10	neg.	masc.
11	neg.	masc.
12	neg.	masc.
13	neg.	masc.
14	pos.	masc.
15	pos.	fem.
16	pos.	masc.
17	pos.	fem.
18	pos.	masc.
19	pos.	masc.
20	pos.	masc.
21	pos.	masc.
22	pos.	masc.
23	pos.	fem.
24	pos.	fem.
25	neg.	masc.
26	pos.	masc.
27	neg.	fem.

4.3 - Episódios precedentes

A tabela 6 e o gráfico 3 demonstram a análise de episódios precedentes. Seis pacientes (22,2%) apresentaram um quadro diarreico variando de 1 a 4 semanas antes do início da sintomatologia. 15 pacientes (55,6%) do sexo masculino apresentaram uretrite, 2 a 4 semanas antes dos sintomas.

3 mulheres (11,1%) tiveram cervicite sendo *Clamydia* o fator desencadeante (demonstrada posteriormente por pesquisa direta do esfregaço do colo uterino).

3 pacientes (11,1%) apresentaram um quadro infeccioso não definido semanas antes do início das queixas.

Tabela 6 - Episódio Precedente

Quadro	Nº Paciente	(%)
PD*	6	22,2
PV*	18	66,6
ND*	3	11,1

PD* = pós-disentérica

PV* = pós-venérea → sendo 15 uretrites e 3 cervicites.

ND* = não definido

4.4 - Avaliação das manifestações iniciais

4.4a- Avaliação clínico-articular

A Tabela 7 correlaciona a frequência dos sintomas iniciais com o nº de pacientes que os apresentaram.

Tabela 7 - Manifestações Clínicas Iniciais

SINTOMAS	Nº PACIENTE	(%)
Dor articular	27	100
Febre	8	29,6
Anorexia	3	11,1
Dor Lombar	11	40,7
Calcanodínea	14	51,9
Alt. ocular	6	22,2
Alt. dermatológica	6	22,2
Tríade clássica	1	3,7
Cervicite ou uretrite	22	81,5
Disúria	27	100

Cinco pacientes não foram avaliados inicialmente para alterações do trato genitourinário. Cervicite foi evidenciada em 4 pacientes, sendo em 3 demonstrado *Chlamydia* por imunofluorescência direta do esfregaço cervical.

Uretrite não infecciosa foi demonstrada em 14 pacientes do sexo masculino e uretrite por *Chlamydia* em 4 pacientes conforme demonstra o gráfico 4.

Na avaliação do quadro articular inicial, demonstrado na Tabela 8, a poliartrite assimétrica periférica foi a alteração mais relatada.

RESULTADOS

Houve comprometimento monoarticular em 22,2% dos pacientes, pauciarticular em 40,7%, e poliarticular em 37%. Artrite com envolvimento simultâneo axial e periférico ocorreu em 11 pacientes .

A dor lombar ocorreu em 40,7% dos pacientes e as articulações periféricas mais acometidas foram por ordem de frequência: metatarsofalangeanas (77,8%); joelhos (59,3%); tornozelos (51,8%) e ombros (18,5%), seguidas por punhos e mãos (Gráficos 5a,5b e 5c).

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes quanto ao envolvimento articular inicial.

Nº do pac.	Mono	Pauci	Poli	Periférico	Axial	MTF	Torn.	Joel.	Dor Lombar	Omb.
1	x			x	x	x			x	
2		x		x		x		x		
3			x	x	x	x	x	x	x	x
4		x		x		x				x
5			x	x	x	x	x	x	x	x
6		x		x			x	x		
7	x			x			x			
8	x			x		x				
9		x		x		x	x			
10		x		x	x	x			x	
11	x			x				x		
12		x		x		x	x			
13	x			x				x		
14		x		x			x	x		
15		x		x		x		x		
16			x	x	x	x	x		x	
17	x			x		x				
18			x	x		x	x	x		
19			x	x	x	x	x	x	x	x
20		x		x	x	x	x		x	
21		x		x	x			x	x	
22			x	x	x	x		x	x	
23			x	x		x	x			
24			x	x		x	x	x		
25			x	x	x	x		x	x	
26			x	x	x	x	x	x	x	x
27		x		x		x		x		
Total	6	11	10	27	11	21	14	16	11	5
%	22,2	40,7	37,0	100	40,7	77,8	51,8	59,3	40,7	18,5

4.4.b - Avaliação Radiológica

Nenhuma alteração radiológica inicial foi demonstrada em 33,3% dos pacientes conforme a Tabela 9 e os Gráficos 6a e 6b. As alterações mais comumente demonstradas, foram edema de partes moles, seguido por erosões ósseas em 7,4% dos casos.

Tabela 9 -
Distribuição dos pacientes quanto às manifestações radiológicas iniciais.

Nº do pac.	SI	MTF	Tor.	Joe.	Pun.	Cot.	SC	Ero.	Ede.	Esp.	SA
1		x	x						x		
2		x						x	x	x	
3		x	x	x					x		
4		x							x		
5							x				x
6			x					x			
7							x				x
8		x							x		
9		x			x	x			x		
10		x							x		
11							x				x
12							x				x
13							x				x
14			x						x		
15	x						x				x
16							x				x
17							x				x
18		x							x		
19		x	x	x	x	x			x		
20		x							x		
21				x					x		
22				x					x		
23			x						x		
24		x							x	x	
25							x				x
26	x		x					x	x		
27		x		x					x		

SI - Sacroileite; SC - Sem constatação; - SA - sem alterações

SI (2) 7,4% MTF(12) 44,4% Tor (7) 25,9% Joe (5) 18,5%

Cot (2) 7,4% SC (9) 33,3% Erosão (2) 7,4% Edema (18) 66,6%

Pun (2) 7,4% Esporão (3) 11,1% SA (9) 33,3%

4.4.c - Manejo Terapêutico Inicial

Mais da metade dos pacientes (85,2%), exigiu tratamento inicial com AINH, enquanto prednisona foi iniciada em 33,3% (gráfico 7).

Pequena porcentagem de pacientes exigiu uso de antibioticoterapia e methotrexate no controle da sintomatologia, conforme demonstra a Tabela 10.

Tabela 10 - Manejo medicamentoso inicial e atual

Nº do pac.	MANEJO INICIAL					MANEJO ATUAL			
	AINH	Analg.	Pred.	ATB	MTX	AINH	Analg.	Pred.	MTX
1	x						x		
2	x	x				x	x		
3	x	x	x			x			
4	x	x		x		x			
5	x		x			x			
6									
7	x	x				x			
8	x		x			x		x	
9	x					x		x	
10	x								
11	x					x			
12							x		
13	x								
14						x			
15	x		x						
16	x								
17	x						x		
18	x		x			x		x	x
19	x	x	x	x		x	x	x	x
20	x					x			
21	x								
22	x		x			x			
23	x								
24	x	x	x		x				
25	x								
26						x		x	x
27	x		x			x		x	

<p>MANEJO INICIAL - MTX (1) = 3,7%</p> <p>AINH(23) = 85,2%</p> <p>Analg (6) = 22,2%</p> <p>Predn (9) = 33,3%</p> <p>ATB (2) = 7,4%</p>	<p>MANEJO ATUAL</p> <p>AINH (15) = 55,6%</p> <p>Analg (5) = 18,5%</p> <p>Predn (6) = 22,2%</p> <p>MTX (3) = 11,1%</p>
--	---

RESULTADOS

4.5 - Recorrências Ambulatoriais e Busca de Medicina Alternativa

4.5.a - Recorrências Ambulatoriais

As recorrências ambulatoriais são descritas na Tabela 11 e nos gráficos 8 e 9.

O nº de pacientes com recorrências articulares são descritas no primeiro, segundo e terceiro ano e acima de 3 anos.

Tabela 11 - Recorrências Ambulatoriais - História evolutiva do quadro articular.

Evolução (anos)	Artrite Periférica	Dor nos Joelhos	Dor nos Tornozelos	Dor Lombar	Calcanodínea
1	96,3% (26)	70,4% (19)	74,1% (20)	77,8% (21)	51,9% (14)
2	55,5% (15)	44,4% (12)	44,4% (12)	51,9% (14)	44,4% (12)
3	25,9% (7)	14,8% (4)	29,6% (8)	25,9% (7)	37,0% (10)
>3	18,5% (5)	11,1% (3)	11,1% (3)	7,4% (2)	25,9% (7)

4.5.b - Medicina Alternativa

A busca de medicina alternativa é apresentada na Tabela 12 e no gráfico 10. A homeopatia foi o meio mais procurado, sendo mais comum o uso concomitante desta forma, associada à terapêutica convencional.

Tabela 12 - Medicina Alternativa

SIM	6	22,2%
NÃO	21	77,8%

4.6 - Avaliação das manifestações atuais

4.6.a - Avaliação clínico articular

Doze pacientes (44,4%) em estudo apresentaram remissão completa do quadro clínico. O restante, ainda apresentava alguma recorrência articular e/ou extra-articular. Dos 56% em atividade da doença, mais da metade (10 casos), estava entre 02 e 04 anos de evolução clínica. Tabela 13 e Gráfico 11.

Tabela 13 - Quadro Clínico Atual

Remissão (12)	44,4%
Ocular (2)	7,4%
Uretrite (2)	7,4%
Balanite	nenhum
Cervicite (1)	3,7%
Lesões mucocutâneas (2)	7,4%

RESULTADOS

A Tabela 14 e Gráficos 12a, 12b demonstram que a maior parte dos pacientes apresenta alguma sequela articular (51,9%). A calcanodínea foi um sintoma importante relatado por 37,0% dos pacientes como persistente, desde o início da sintomatologia, seguida por dor lombar (18,5%) e sacralgia (14,8%).

Tabela 14 - Quadro clínico articular atual

Nº do pac.	Artr	Perif.	Axial	MTF	Torn	Joel	Sac.	DLo	Calc
1									
2	x	x	x	x		x		x	
3	x	x	x					x	x
4	x	x		x		x			
5							x	x	x
6									
7	x	x		x					x
8	x	x		x		x			x
9	x	x			x	x			
10									
11	x	x				x			
12									x
13									
14									x
15	x	x				x			
16									
17	x	x		x					
18	x	x		x					
19	x	x	x	x	x	x	x	x	x
20									x
21									
22	x		x				x	x	
23									
24	x	x		x					x
25									
26	x	x	x				x		x
27	x	x		x					

Com artrite (15) = 55,6%
 Periférica (14) = 51,9%
 Axial (5) = 18,5%
 MTF (9) = 33,3%
 Tornozelos (2) = 7,4%
 Joelhos (6) = 22,2%

Sacralgia (4) = 14,8%
 Dor Lombar (5) = 18,5%
 Calcanodínea (10) = 37,0%

RESULTADOS

4.6.b - Avaliação Radiológica Atual

As metatarsofalangeanas foram as articulações mais envolvidas, seguidas por tornozelos, joelhos, punhos e cotovelos. Sendo a erosão óssea a apresentação mais comum, seguida por edema e periostite. Uma paciente do sexo feminino apresentou artrite erosiva de punho. Tabela 15 (Gráficos 12a, 12b).

Tabela 15 - Distribuição dos pacientes quanto a alterações radiológicas. Quadro atual

Nº do pac.	Sem Artr.	Tor	MTF	Joe	Pun	Cot	Sem Alt	Ero	Ede	Ten.	Pot	Anc
1	x						x					
2			x					x	x			
3	x						x					
4			x					x	x		x	x
5	x						x					
6	x						x					
7	x						x					
8			x					x				
9		x	x		x			x		x		
10	x						x					
11				x				x	x			
12				x					x			
13	x						x					
14	x						x					
15	x						x					
16	x						x					
17	x						x					
18			x					x			x	
19		x	x	x		x		x	x		x	
20	x						x					x
21	x						x					
22	x						x					
23	x						x					
24			x					x				
25	x						x					
26		x	x				x					
27			x									x

Sem artrite (16) = 59,3%
 Tornozelos (3) = 11,1%
 MTF (9) = 33,3%
 Joelhos (3) = 11,1%
 Punhos (1) = 3,7%
 Cotovelos (1) = 3,7%

Sem alterações (17) = 63 %
 Erosão (8) = 29,6%
 Edema (5) = 18,5%
 Tenossinovite (1) = 3,7%
 Periostite (3) = 11,1%
 Ancilose (2) = 7,4%

RESULTADOS

10 pacientes apresentaram sacroileíte, sendo que, em 01 paciente, a forma bilateral foi aliada à critérios de New York para Espondilite Aquilosa.

Pouco mais da metade dos pacientes apresentou esporão de calcâneo. A apresentação plantar foi a mais comum (11 pacientes). Tabela 16 (Gráfico 14).

Tabela 16 - Sacroileíte e Esporão de Calcâneo

Nº do pac	Sacroileíte		Esporão de Calcâneo	
	Unilateral	Bilateral	Plantar	Posterior
1			x	
2	x			
3			x	x
4				
5	x			
6				
7				
8	x		x	
9				
10				
11			x	
12	x			x
13			x	
14			x	
15	x		x	
16				
17				
18	x		x	
19	x		x	
20				x
21				x
22	x			
23				
24				x
25	x			
26		x	x	
27			x	

Sacroileíte	Uni (9) = 33,3%	Sem Sacroileíte (17) = 63,0%
	Bi (1) = 3,7%	
Esporão de calcâneo	Plantar (11) = 40,7%	Sem Esporão (12) = 44,4%
	Posterior (5) = 18,5%	

4.6.c - Manejo Terapêutico

As drogas mais comumente prescritas aos pacientes, atualmente são os AINH, seguidos por corticóides, analgésicos e methotrexate. Vide Tabela 10.

4.7 AVALIAÇÃO FUNCIONAL

4.7.a - HAQ

Os escores do HAQ (Health Assessment Questionnaire) onde os pacientes obtiveram a maior soma de pontos, foram os relacionados às provas de caminhar, levantar e atividades gerais, seguidas pela mobilidade cervical no ato de dirigir ou na tentativa de olhar para trás em um veículo (Tabela 17).

Tabela 17 - Média dos sub- escores resultantes do HAQ e HAQ-S

Domínios	Média
C1 - Vestir	0,41
C2 - Levantar	1,15
C3 - Comer	0,15
C4 - Caminhar	1,07
C5 - Higiene	0,26
C6 - Alcançar	0,48
C7 - Preensão	0,11
C8 - Atividades	1,00
HAQ score total	0,57
C9 - Atividades	0,30
C10- Dirigir	0,59
HAQ-S score total	0,54

HAQ - Health Assessment Questionnaire

HAQ-S - Questionário modificado para espondiloartropatias

RESULTADOS

4.7.b - Correlação entre médias de HAQ-HAQ/S e outras variáveis

A Tabela 18 correlaciona as médias dos escores resultantes do HAQ, HAQ-S, Rigidez, Dor, variável de acréscimo, sexo e fator desencadeante.

Tabela 18 - Apresentação das médias de HAQ,HAQ-S e outras variáveis

Paciente	Sexo	FD*	HAQ score total	HAQ-S score total	Rigidez	Dor	Acréscimo (%)
P1	M	PD	0.125	0.100	0	5	-20.000
P2	M	PD	0.875	0.900	10	35	2.857
P3	M	PV	1.000	1.000	10	15	0.000
P4	M	PD	0.250	0.200	4	0	-20.000
P5	M	PD	0.750	0.900	15	30	20.000
P6	M	PV	0.000	0.000	0	0	0.000
P7	M	PD	0.500	0.400	5	5	-20.000
P8	M	PV	0.875	0.800	5	25	-8.750
P9	M	PV	0.500	0.400	20	0	-20.000
P10	M	PV	0.000	0.000	0	0	0.000
P11	M	PV	0.125	0.100	0	5	-20.000
P12	M	ND	0.125	0.100	0	20	-20.000
P13	M	ND	0.375	0.300	0	10	-20.000
P14	M	PV	1.125	1.000	0	40	-11.100
P15	F	PV	0.250	0.200	5	0	-20.000
P16	M	PV	0.000	0.000	0	0	0.000
P17	F	PV	0.000	0.100	10	0	0.000
P18	M	PV	1.625	1.300	25	10	-20.000
P19	M	PV	2.375	2.100	50	70	-11.600
P20	M	PV	0.375	0.300	0	5	-20.000
P21	M	PV	0.000	0.000	0	6	0.000
P22	M	PV	0.875	0.900	8	15	2.857
P23	F	PV	0.125	0.100	6	8	-20.000
P24	F	ND	1.370	1.600	35	30	16.790
P25	M	PV	0.000	0.000	0	0	0.000
P26	M	PV	1.375	1.500	40	15	9.091
P27	F	PD	0.375	0.300	20	5	-20.000
MÉDIA			0.569	0.541	10	13	-8.136

* FD (Fator Desencadeante)

PD - pós-disenteria PV - pós-venérea

ND - quadro infeccioso não definido

4.8 - Análise Estatística

Os índices de HAQ-S, HAQ, Dor e Rigidez tiveram correlações estatisticamente significativas, como demonstrados na tabela 19.

Tabela 19 - Correlações entre médias

Correlação dos índices	Correlação (r)	P
HAQ-S x Dor	0,7965	6,6820E - 07 ***
HAQ-S x Rigidez	0,8345	6,2645E - 08 ***
HAQ x Dor	0,7953	0,7153E - 07 ***
HAQ x Rigidez	0,8135	2,4785E - 07 ***

*** nível altamente significativo

O teste "t" de Student também foi aplicado para a correlação de HAQ e a variável de acréscimo de HAQ-S, obtida pela diferença da soma do HAQ e HAQ-S, dividida pelo HAQ.

$$t = \frac{-8,136}{2,424} = 3,356 \text{ ** onde o erro padrão da média} = 2,424$$

** muito significativo

4.9 - Classificação Funcional

A distribuição dos pacientes segundo o grau de limitações (Steinbrocker), ficou representada conforme a tabela abaixo:

Tabela 20- Classificação dos pacientes segundo critérios de Streinbrocker

Classe Funcional	Características	Número de Pacientes
I	Sem limitações	20
II	Limitados para o lazer mas não para o trabalho	04
III	Limitados para o lazer e para o trabalho	03
IV	Incapacitados totalmente	0

Discussão

5. DISCUSSÃO

A Síndrome de Reiter tem características peculiares de evolução e manifestação clínica. Embora o curso clínico possa ser extremamente variável, a maioria dos autores concorda que a doença é autolimitada e só numa pequena porcentagem de casos a doença adquire cronicidade, podendo evoluir com grande dano articular, a ponto de levar à incapacitação física em suas diversas gradações.

A incapacidade funcional é uma via comum em artrites não controladas e em muitas outras doenças musculoesqueléticas. Muito se tem escrito sobre as manifestações articulares na Síndrome de Reiter, porém pouco sobre as repercussões que estas alterações podem causar à qualidade de vida desses pacientes.

Avaliar a capacidade funcional mais do que a extensão da disfunção, é não somente útil, mas também preferível do ponto de vista humano, pois enfatiza as habilidades residuais positivas, e não apenas o que foi danificado no paciente.

Não há sentido realizar análise estatística ao compararmos nossa experiência institucional com outras, devido ao pequeno número de casos. Entretanto, uma análise crítica dessa experiência se faz necessária, na medida em que delineando um subgrupo populacional de portadores da SR em nosso meio, obtemos conhecimento mais aprofundado sobre o mesmo.

Uma grande dificuldade já no início, foi a de selecionar pacientes portadores da SR. Os critérios da ARA permitem recrutar pacientes com significativa sensibilidade e especificidade, ao distingui-los de outras artrites crônicas e de outras formas de espondiloartropatias. Entretanto, exclui cerca de 2/3 de pacientes que não preenchem a clássica tríade, portadores da forma denominada incompleta, como citado por KHAN; Van der LINDEN e ARNETT^{46,47}

Nosso estudo demonstrou uma grande prevalência de pacientes do sexo masculino, cerca de 4:1, mesmo em pacientes possivelmente com síndrome pós-disentérico, corroborando parcialmente com recentes estudos epidemiológicos^{3,22,50}.

Na avaliação inicial somente um paciente portador de SR possuía a tríade uretro-óculo-sinovial, enquanto 27 apresentaram uretrite e 6 apresentaram alterações oculares.

Obtivemos uma média de idade de 24,5 anos de início dos sintomas (um pico de início na terceira década de vida), assim como nos estudos de Robert FOX et al, e BUTLER et al^{43,44}.

A alta porcentagem de pacientes HLA-B27 positivos em nossa amostra (74%) reflete a conhecida associação entre este antígeno do Complexo Maior de Histocompatibilidade e as diversas formas de espondiloartropatias^{2,5}.

As articulações mais acometidas por ordem de decréscimo foram: metatarsofalangeanas, joelhos, tornozelos e

DISCUSSÃO

ombros. Também são citadas nessa ordem por RESNICK, em seu "Tratado de desordens ósseas e articulares"¹⁷.

A recorrência de artrite periférica, dor nos joelhos e tornozelos, distribuída no Gráfico 8 e Tabela 11. é de explicação controversa e deve-se em parte, a um importante, mas pouco entendido aspecto da SR associada a *clamydia*, na ausência de infecção superimposta ou reinfecção com o organismo^{5,40}.

As implicações de uma infecção persistente porém inaparente, causada por *clamydia*, têm atualmente sido reconhecidas, e de fato, têm sido indicativas para uma forma de tratamento agressivo com antibioticoterapia na SR induzida por essa bactéria⁴⁰.

As recorrências de dor lombar e calcanodíneas são bem menos explicadas. A recorrência de calcanodínea foi a alteração mais incidente em pacientes com mais de 03 anos de evolução da doença (7 pacientes), quase todos portadores de uma forma articular mais branda.

Aqui, ressalta-se a necessidade de correlacionar o quadro infeccioso e a recorrência articular ou extra-articular nesta amostra, o que foge completamente de nosso intuito inicial.

Destaca-se neste estudo a não observação de pacientes portadores do HIV, como prévia e amplamente descritos¹⁵. Talvez, estes pacientes estejam sendo subdiagnosticados, pelo fato de serem portadores de doença de potencial muito mais maligno, ou

mesmo, por não estarem sendo referenciados para o Serviço de Reumatologia do HC.

O fato de uma porcentagem razoável de pacientes 6 (seis) terem recorrido às medicinas ditas “alternativas” deve-se, em parte, à cronicidade articular, que quatro deles apresentaram, além de manifestações extra-articulares de difícil controle, como: lesões mucocutâneas (01 caso); inconformismo com as manifestações clínicas (03 casos); baixo grau de entendimento da etiopatogenia (todos), mau relacionamento médico-paciente (3) e efeitos colaterais de drogas como AINH, methotrexate e prednisona, principalmente intolerância gástrica².

Parece que a SR pós-venérea carrega um prognóstico pior provavelmente por causa da exposição contínua ao agente ambiental⁵⁰. Pudemos constatar em nossa amostra, os piores prognósticos, em termos de cronicidade em pacientes com SR pós-venérea (05 casos), chegando a atingir em um paciente no questionário de incapacitação do HAQ, índices tão altos quanto 2.375 (entre muita dificuldade e incapacidade total), demonstrado na Tabela 18.

Um paciente portador de sacroileíte bilateral e HLA-B27 positivo, preencheu critérios de Nova Iorque (ARA) para espondilite anquilosante. A EA tem sido considerada um desfecho clínico evolutivo em alguns pacientes HLA-B27 positivos⁴⁹. O fato de termos encontrado somente um paciente apresentando critérios de classificação para Espondilite Anquilosante, pode dever-se em parte, ao tamanho da nossa amostra, e sobretudo, pelo fato do

DISCUSSÃO

tempo de seguimento não ser adequado para avaliar tal evolução (média de 4,8 anos).

Seria facultativo, em nosso estudo, submeter os pacientes à algum índice articular quantitativo como: CSSRD (Cooperative Systematic Studies of Rheumatic Diseases), RAI (Ritchie Articular Index), JAM (Joint Alignment and Motion) ou EPM-ROM (Escola Paulista de Medicina - Range of Motion), que incluem medidas de contagem e exame físico articular. Além disso, nenhum índice articular descrito na literatura parece ser completamente satisfatório para SR, provavelmente isso se deve à grande diferença entre AR e SR. Tais índices foram desenvolvidos tendo como protótipo aquela doença, e esta tem grande assimetria de envolvimento, acomete principalmente membros inferiores e possui variabilidade de envolvimento axial.

Medidas simples como tempo de caminhada de 50 pés, que avaliam a função das extremidades inferiores, sugerem algum valor prognóstico e se correlacionam melhor com o estado funcional do que alguma medida de inflamação. Isso se deve à relativa insensibilidade em alterar-se ao longo do curso de um estudo clínico^{51,52}. Uma crítica ao nosso estudo pode ser bem fundamentada pela ausência de um teste simples e facilmente aplicável como este, que possui um índice de correlação positiva com as alterações articulares inflamatórias dos membros inferiores.

No estudo radiográfico pudemos constatar que as erosões ósseas foram as alterações mais frequentes, principalmente em pacientes com formas crônicas da doença, embora em 01 caso

DISCUSSÃO

isolado, tenha ocorrido precocemente (6 semanas) erosão de punho. A paciente é HLA-B27 positivo e curiosamente portadora de SR pós-venérea, tendo apresentado quadro de cervicite por *clamydia*.

KAYE ³² fez uma revisão de alguns métodos de avaliação radiológica e concluiu que os mesmos possuem vantagens e desvantagens. Quando são simples e rápidos de serem aplicados, fornecem apenas um escore grosseiro do estado do paciente, e ao contrário, quando são mais sensíveis, levam maior tempo para serem realizados.

A análise de dados qualitativos descritos em nosso estudo como: erosões ósseas, periostite e ancilose podem tornar-se deficientes quando um maior número de pacientes são avaliados, enquanto dados quantitativos são mais fidedignos. Não submetemos nossos pacientes a nenhum índice radiográfico quantitativo. Evidenciamos grande número de alterações radiológicas em membros inferiores, de forma que isto sugere uma forte associação com disfunção destes membros, demonstrada numa pequena parcela de doentes.

A correlação entre estado funcional e alterações radiológicas não pode ser realizada dentro de parâmetros cientificamente rígidos, simplesmente pelo fato de não termos utilizado critérios quantitativos ("hard") no estudo radiológico. Estudos de comparação entre alterações radiológicas e estado funcional foram realizados principalmente em artrite reumatóide, onde os aspectos radiológicos são bem mais exuberantes. Na SR poucos estudos foram realizados nesta área e os existentes

DISCUSSÃO

ressaltam as alterações peculiares das radiografias, e conforme sua distribuição, permitem um diagnóstico presuntivo, além de predizerem o prognóstico^{17,18,32}.

Não pudemos estabelecer correlação clínica entre dor lombar e alteração radiológica significativa em nossos pacientes, entretanto em 01 caso, constatamos tal sintoma ligado à ossificação para-vertebral.

A calcanodínea, por outro lado, correlacionou-se muito com esporão de calcâneo plantar em 05 pacientes. Todavia, na ausência deste, aquela foi atribuída à entesopatia inflamatória sem repercussão radiológica.

O HAQ (Health Assessment Questionnaire) foi escolhido como método de avaliação funcional, pela sua praticidade, baixo tempo necessário para ser respondido e permitir auto-aplicação pelos pacientes, além de possuir uma versão adaptada à língua portuguesa e aos nossos costumes^{25,27,35}.

Nas atividades da vida diária questionadas no HAQ, levantar e caminhar exigem um bom apoio plantar e possivelmente pela nossa amostra apresentar grande incidência de esporões de calcâneo plantares e acometimento de metatarsofalangeanas e tornozelos, estas foram as atividades que obtiveram altos escores médios de incapacitação, juntamente com domínio C8 que avalia as atividades gerais. A questão nº 19 do C8, modificada para a versão brasileira, pergunta sobre a dificuldade de entrar e sair de um ônibus. Esta questão foi a que mais contribuiu para o alto índice neste subescore do questionário.

DISCUSSÃO

Curiosamente, os pacientes que obtiveram piores resultados na classificação funcional, foram os que tiveram os maiores subescores nos domínios C2, C4 e C8 do HAQ.

As atividades que exigem mais intensamente os membros superiores, contribuíram para os mais baixos subescores nos domínios C1, C3, C5, C6 e C7, sendo plausível, a explicação de que estes membros foram pouco afetados em nossos pacientes.

DALTROY et al. sugeriram utilizar o HAQ-S (HAQ modificado para espondiloartropatias), para outras formas de espondiloartropatias, além da Espondilite Anquilosante, como a Artrite Psoriásica e SR. Podemos entretanto, questionar os dois subescores adicionados (C9 e C10) para SR. DALTROY et al. basearam-se particularmente nas manifestações da coluna cervical e lombar, tão comuns na espondilite anquilosante, porém pouco evidentes na SR ²⁹.

Observamos que embora tenha havido uma correlação efetiva do ponto de vista estatístico, entre HAQ e HAQ-S (haja vista a aplicação do teste “t” de Student para a variável de acréscimo sobre a diferença das somas entre os índices dos questionários), esta mesma correlação foi de ordem negativa e, nos leva à uma interrogação sobre a capacidade dos escores C9 e C10 para captar limitações funcionais nestes pacientes.

A boa correlação da análise visual para Rigidez e Dor entre HAQ e HAQ-S já havia sido descrita anteriormente para a espondilite anquilosante no mesmo trabalho de DALTROY ²⁹.

A dor em qualquer doença crônica é um parâmetro de difícil análise, por ser de forma complexa e multifatorial. Em nosso estudo, como procuramos instrumentos que permitissem quantificação; confiabilidade e validade de conteúdo e de critérios; a análise visual por escala foi o índice escolhido e obteve correlação altamente significativa com a incapacitação funcional articular. O VAS (Visual Analogue Scale) para Rigidez e Dor, não foi questionado sobre o quanto de rigidez ou dor o paciente vem apresentando desde o início do quadro, mas sim na última semana, simplesmente para aumentar a sensibilidade do teste ^{51,54}.

Em nosso estudo, uma falha na comparação dos parâmetros funcionais foi a obtenção dos dados somente pelo estado prévio dos pacientes e não pela analogia de outros pares.

Os critérios de STEINBROCKER foram revisados em 1991 pelo Colégio Americano de Reumatologia ⁵⁵, que os classificou igualmente como aquele autor o fez originalmente em 1949. Embora tenhamos utilizado esta classificação revisada, acreditamos que não possua detalhes suficientes e sensibilidade acurada para identificar alterações no que tange à assistência e planejamento de tratamento neste grupo de pacientes. A classificação possui uma fraqueza de medida ordinária de função, pois a distância entre alguém com função normal e alguém limitado para certas atividades de lazer, não é a mesma como entre alguém numa cadeira de rodas e alguém acamado, bem questionado por LIANG e JETT ²⁴.

DISCUSSÃO

Na classificação de STEINBROCKER o fato de termos encontrado a maioria dos pacientes em classes funcionais I e II, qualifica a SR como doença de pequena incapacitação após 02 anos em nosso seguimento, isto pode ser devido ao curso clínico ter sido autolimitado numa grande porcentagem de casos.

Em alguns casos pudemos observar um pior prognóstico do estado funcional articular, relacionado ao nível de escolaridade Tabela 4. Isso pode ser, em parte, devido à uma complexa relação entre melhores cuidados à saúde, acesso a serviços médicos e medicamentos, educação para saúde; tendo peso maior em indivíduos com mais anos de escolaridade.

PINCUS et al.⁴⁸ observaram que indivíduos portadores de AR com menos de oito anos de escolaridade, tinham um decréscimo de 60% no seu estado funcional, enquanto que, doentes com mais de doze anos de escolaridade tinham déficit funcional da ordem de 20%; doentes com escolaridade entre 9 e 12 anos, ocupavam uma posição intermediária, com déficit da ordem de 30%.

Cerca de 90% dos indivíduos em nosso estudo, tiveram em alguma fase de sua doença, afastamento de suas atividades profissionais, principalmente nos primeiros anos. Em 01 caso, o afastamento se prolongou em torno de 01ano, e em 02 casos os pacientes perderam o emprego em função das alterações articulares, demonstrando dessa forma, a repercussão sócio-econômica que esta doença pode levar a seus portadores.

A constante reavaliação de indivíduos portadores de dor lombar e calcaneodínea recorrente, em juntas médicas de trabalho, tornaram tais indivíduos desacreditados profissionalmente, como citado por um paciente, balconista de comércio: “O patrão não acredita mais em mim. Diz que não tenho nada e vivo faltando ao Serviço!”. Isso torna o “handicap” destes pacientes, elevado. Se um prejuízo representa um problema específico de um tecido a nível orgânico, o “handicap” representa um problema de nível social⁵⁶.

A SR atinge jovens em faixa etária de plena produção e vigor físico. Embora tais jovens possuam grande reserva funcional, pequenas alterações da função articular são tidas por eles como alterações maléficas e incapacitantes. A analogia pode ser feita com a diminuição da capacidade funcional de um nadador de 100 m rasos, que declina seu desempenho em 01 segundo, uma vez que sua performance é medida em centésimos de segundo.

Vale lembrar a dificuldade de integração social relatada por quase todos os pacientes e a diminuição da auto-suficiência econômica, embora somente um paciente tenha perdido o emprego em função de sua doença e permaneça desempregado desde então. Se considerássemos a incapacitação geral relacionada às alterações oculares e mucocutâneas, provavelmente alguns de nossos pacientes poderiam obter escores mais altos na pontuação de sua classificação funcional, deduzindo-se portanto, que as manifestações articulares na SR originam uma importante contribuição para a incapacitação, porém, não a única.

Conclusões

6. CONCLUSÕES

1) A SR é uma doença de curso clínico limitado, embora em alguns casos possa evoluir de forma crônica, com diversos graus de incapacitação. Provavelmente por essa diversidade, aliados a critérios de classificação ainda ineficazes, vários estudos mostram resultados conflitantes.

2) Do ponto de vista músculo-esquelético, o acometimento de pés e tornozelos, através de artrite e entesopatias inflamatórias, são os grandes responsáveis pela incapacitação nos portadores de SR.

3) A SR atinge principalmente jovens em faixa de grande produção, quase sempre normais antes do acometimento e as manifestações articulares são percebidas como altamente maléficas, por estes pacientes, mesmo quando o curso é benigno.

4) Serão necessários estudos para designar melhores instrumentos de avaliação funcional na SR, por ser esta uma doença com características articulares extremamente peculiares.

5) O HAQ-S como método de avaliação funcional não é completamente satisfatório na SR.

Referências Bibliográficas

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. LLOYD, G.E., ed. Hippocratic writings (Translated by Chadwick J. Mann WN.) New York: Pelican Books, 1978: 229.
02. AMOR, B.A. & TOUBERT, A.A. Reactive arthropathy, Reiter's Syndrome and enteric arthropathy in adults. In: MADDISON, P.J. et al. Oxford Textbook of Rheumatology, New York, Ed. Oxford University Press, 1993, p. 699-709.
03. KEAT, A. Reiter's Syndrome and reactive arthritis in perspective. *New Engl.J.Med.*, London, v. 309, n.26, p. 1606-1615, 1983.
04. LEE, D.A. et al. The clinical diagnosis of Reiter's Syndrome - Ophthalmic and nonophthalmic aspects. *Ophthalm.*, Rochester, v.93, p.350-356, 1986.
05. AMOR, B.A. *Chlamydia* and Reiter's Syndrome. *Brit.J. Rheum.*, v. 22, n.2, p. 156-160, 1983.
06. TOIVANEM, A. Reactive Arthritis. In: KLIPPEL, H.J. & DIEPPE, P.A. *Rheumatology*, London, Ed. MOSBY, 1994, p. 9.1.-9.8.
07. MARTIN. D.H. et al. *Chlamydia tracomatis* infections in men with Reiter's Syndrome. *Ann.Intern.Med.*, Seattle (Washington), v. 100, p.207-213, 1984.
08. KEAT, A. et al. *Chlamydia tracomatis* and reative arthritis: The missing link. *Lancet*, London, v.10, p.72-74, jan. 1987.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

09. ARNETT, F.C. The Lyme spirochete: another cause of Reiter's Syndrome? *Arthr.Rheum.* Houston, v.32, n.9, p.1182-1184, 1989.
10. RAHMAN, M.U.; HUDSON, A.P.; SCHUMACHER, Jr., H.R. *Chlamydia* and Reiter's Syndrome (Reactive arthritis). *Rheum.Dis.Clin.N.Am.*, Philadelphia, v.18, n.1, p.67-79, 1992.
11. KHAN, M.A. & Van der LINDEN, S.M. Ankylosing Spondylitis and other Spondyloarthropathies. *Rheum.Dis.Clin.N.Am.*, Cleveland, v.16, n.3, p. 551-578, 1990.
12. WILLIAMS, R. et al. Chlamydial infection and arthritis. *The Jour. Rheum* San Antonio (Texas), v.16, n.6, p. 846-847, 1989.
13. MAKI-IKOLA, O & GRANFORS, K. *Salmonella*-triggered reative Arthritis. *Scand.J.Rheum.*, Turku (Finland), v.21, p. 265-267, 1992.
14. KEAT, A. & ROWE, I. Reiter's Syndrome and associated arthritides. *Rheum.Dis.Clin.N.Am.*, London, v.17, n.1., p.25-42, 1991.
15. WINCHESTER, R. et al. Implications from the occurrence of Reiter's Syndrome and Related Disorders in Association with Advanced HIV infection. *Scand.J.Rheum.*, New York, suppl. 74, p. 89-93, 1988.
16. WILLKENS, R.F. et al. Reiter's Syndrome - Evaluation of preliminary criteria for definite disease. *Arthr.Rheum.*, Washington, v.24, n. 6, p. 844-849, 1981.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

17. RESNICK, D. Reiter's Syndrome. In: RESNICK, D. & NIWAYAMA, G. **Diagnosis of Bone and Joint Disorders, U.S.A., V.2**, Ed. W.B. Saunders Company, 1981, p. 1130-1147.
18. SHOLKOFF, S.D.; GLICKMAN, M.G.; STEINBACH, H.L. The radiographic pattern of polyarthritis in Reiter's Syndrome. **Arthr.Rheum.**, San Francisco, v.14, n.4, p. 551-555, 1971.
19. BARDIN, T. & LATHROP, G.M. Postveneral Reiter's Syndrome in Greenland. **Rheum.Dis.Clin.N.Am.**, Paris, v.18, n.1, p. 81-93, 1992.
20. HUGHES, R.A. & KEAT, A.C. Reiter's Syndrome and reactive arthritis: A current view. **Semin.Arthr.Rheum.**, London, v.24, n.3, p. 190, 1994.
21. HAY, E.M. Reiter's Syndrome and reactive arthritis. **Brit.Jour.Rheum.**, Manchester, v.30, p. 474-475, 1991.
22. ROTHSCHILD, B. Reactive arthritis and Reiter's Syndrome. **Compr.Ther.**, Youngstown, v.20, n.8, p. 441-444, 1994.
23. HERMANN, E. Enterobacterial antigens with tropism for joint structures and HLA-B27 restricted cytotoxic-T cells in reactive arthritis. **Scand.J.Rheum.**, Mainz, v.24, suppl. 101, p. 203-206, 1995.
24. LIANG, M.H. & JETTE, A.M. Measuring functional ability in chronic arthritis. **Arthr.Rheum.**, Boston, v.24, n.1, p. 80-86, 1981.
25. QUEIROZ, M.V. Avaliação da artrite reumatóide. **Rev.Bras.Reum.**, v.33, n.5, p. 174-180, set./out. 1993.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

26. FRIES, J.F. Toward and understanding of patient outcome measurement. *Arthr. Rheum.*, Stanford, p. 26, n.6, p. 697-704, 1983.
27. WOLFE, F. Health Status Questionnaires. *Rheum.Dis.Clin.N.Am.*, Wichita, v.21, n.2, p.445-464, 1995.
28. HAWLEY, D.J. & WOLFE, F. Pain, disability and pain/disability relationship in seven rheumatic disorders: a study of 1522 patients. *The Jour.Rheum.*, Wichita, v.18, n.10, p. 1552-1557, 1991.
29. DALTRY, L.H. et al. A modification of the Health Assessment Questionnaire for the spondyloarthropathies. *The Jour.Rheum.*, Boston, v.17, n.7, p. 946-950, 1990.
30. FUCHS, H.A. Joint counts and physical measures. *Rheum.Dis.Clin.N.Am.*, Nashville, v.21, n.2, p.429-444, 1995.
31. RITCHIE, D.M. et al. Clinical studies with and articular index for the assessment of joint tenderness in patients with Rheumatoid Arthritis. *Quart.J.Med.*, Glasgow, v.37, n.147, p.393-406, 1968.
32. KAYE, J.J. Radiographic assessment of Rheumatoid Arthritis. *Rheum.Dis.Clin.N.Am.*, New York, v.21, n.2, p. 395-406, 1995.
33. SHARP, J.T. et al. Methods of scoring the progression of radiologic changes in Rheumatoid Arthritis. *Arthr. Rheum.*, Houston, v.14, n.6, p. 706-720, 1971.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

34. NESHER, G. Reiter Syndrome after intravesical BCG therapy (letter). *Rev.Rhum.Ed.Fr.*, dec. 60(12), 941, 1993.
35. FERRAZ, M. et al. Crosscultural reability of the physical ability dimension of the Health Assessment Questionnaire: *J.Rheumatol.* 17:813-817, 1990.
36. EKDAHL, C. et al. Assessing disability in patients with rheumatoid arthritis. *Scand J.Rheum.* 17: 263-271, 1988.
37. KIRWAN, J.R. & REEBACK J.S.. Stanford health assessment questionnaire modified to assess disability in british patients with rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, London, vol. 25, pags. 206-209, 1986.
38. BARDLEY, E.M. et al. Measures of functional ability (disability) in arthritis in relation to impairment of range of joint movement. *Annals of Rheumatic.diseases*, Manchester, vol. 43, pag. 563-569, 1984.
39. BAKKER, C.; BOERS, M.; Van der LINDEN S. Measures to assess ankylosing spondylitis: taxonomy, review and recommendations. *The Journal of Rheumatology*. Maastricht, vol. 20 - nº 10 - 1724-1730, 1993.
40. RAHMAN, M.U.; SCHUMACHER, H.R.; HUDSON, A.P. Recurrent arthritis in Reiter's Syndrome: a function of inapparent chlamydial infection of the synovium? *Seminars in arthritis and Rheumatism*. vol. 21, nº 4, pag.259-266, 1992.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

41. BARDIN, T.; SCHUMACHER. H.R.: Should we treat post venereal Reiter's syndrome by antibiotics? (editorial). *J.Rheumatol.* 1991; 18:1780-2.
42. HIDDING, A.; De WITTE, L.; Van der LINDEN. Determinants of self-reported health status in Ankylosing Spondylitis. *J.Rheumatol.* 21(2) pag. 275-278, 1994.
43. FOX, R.; CALIN A.; GERBER, R.C.; GIBSON, D. The chronicity of symptoms and disability in Reiter's syndrome. *Ann.Intern.Med.* 91 pag. 190-93, 1979.
44. BUTLER, M.J.; RUSSELL, A.S.; PERCY, J.S., LENTLE, B.C. A follow-up study of 48 patients with Reiter's syndrome. *The American Journal of Medicine*, vol. 67 pag. 808-810, 1979.
45. THE, H.S.G.; STEVEN, M.M., Van der LINDEN, S.M., and CATS, A: Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: A comparison of the Rome, New York, and Modified New York Criteria in patients with a positive clinical history screening test for ankylosing spondylitis. *Br.J.Rheumatol.*, 24: 242-249, 1985.
46. KHAN, M.A., Van der LINDEN, S.M.: A wider spectrum of spondyloarthropathies. *Semin.Arthritis Rheum.* 20: 107-113., 1990.
47. ARNETT, F.C.: Incomplete Reiter's syndrome: Clinical comparisons with classic triad. *Ann.Rheum.Dis*, 38 (suppl.), 73-78, 1979.
48. PINCUS et al: Formal education as a marker for increased mortality and morbidity in Rheumatoid arthritis. *J.Chronic.Dis.* 38: 973-984, 1985.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

49. CUSH, J.J.; LIPSKY, P.E. Reiter's syndrome and Reactive Arthritis, in: **Arthritis and Allied Conditions**. McCarty D.J., Koopman W.J. Ed. Lea & Febiger, Philadelphia, 12ª edição. pag. 1061-1078, 1993.
50. HELLWELL, P.; WRIGHT, V.; Seronegative spondarthritides, in: **Clinical Rheumatology**, vol. 1, nº 3, Ed. Ballière T, London, pag. 491-523, 987.
51. BELLAMY, N.; BUCHANAN, W.W. Clinical Evaluation in Rheumatic Diseases. in: **Arthritis and Allied Conditions**. McCarty D.J., Koopmann, W.J., Ed. Lea & Febiger, 12ª Edição, Philadelphia pag. 151-178, 1993.
52. GRACE, E.M. et al: 50-foot walking time: a critical assessment of an outcome measure in clinical therapeutic trials of antirheumatic drugs. **British Journal of Rheumatology**, 27: 372-374, 1988.
53. FELTKAMP, T.E.W. Factors involved in the patogenesis of HLA-B27 Associated Arthritis. **Scand.J.Rheumatol.** 24(suppl. 101): 213-217, 1995.
54. PARKER, J.C., WRIGHT,G. Psychologic Assessment in Rheumatology. **Rheumatic Diseases Clinics of North America**. vol. 21(2):465-480, 1995.
55. HOCHBERG, M.C. The American College od Rheumatology 1991 Revised criteria for the classification of global functional status in rheumatoid arthritis. **Arthritis Rheum.** 35:498-502, 1992.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

56. KIRBY, R.L.; Strategies to improve activities of daily living (ADL) function and quality of life. in: Rheumatology, Klippel, H.J. & Dieppe, P.A., Ed. Mosby, London, p. 6-1, 6-9, 1994

Anexos

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	- Sexo e Estado Civil
GRÁFICO 2	- HLA B27
GRÁFICO 3	- Episódio precedente
GRÁFICO 4	- Complicação genitourinária - Quadro inicial
GRÁFICO 5a	- Envolvimento articular inicial
GRÁFICO 5b	- Envolvimento articular inicial
GRÁFICO 5c	- Envolvimento articular inicial
GRÁFICO 6a	- Manifestação radiológica inicial
GRÁFICO 6b	- Manifestação radiológica inicial
GRÁFICO 7	- Manejo farmacológico inicial
GRÁFICO 8	- Recorrência articular
GRÁFICO 9	- Recorrência de dor lombar e calcanodínea
GRÁFICO 10	- Medicina Alternativa
GRÁFICO 11	- Remissão clínica
GRÁFICO 12a	- Artrite
GRÁFICO 12b	- Artrite
GRÁFICO 13a	- Manifestações radiológicas atuais
GRÁFICO 13b	- Alterações radiológicas atuais
GRÁFICO 14	- Esporão de calcâneo e sacroileíte

GRÁFICO 1: SEXO E ESTADO CIVIL

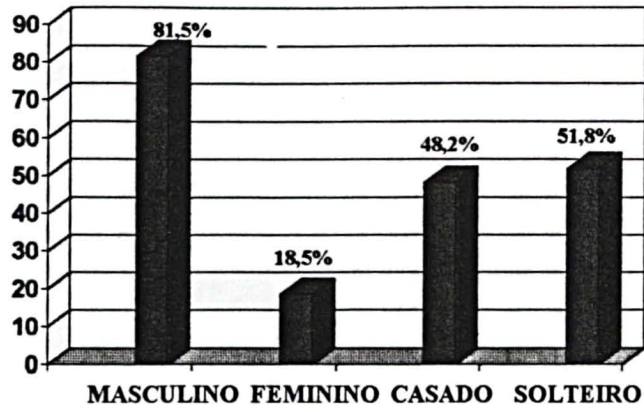


GRÁFICO 2: HLA -B27

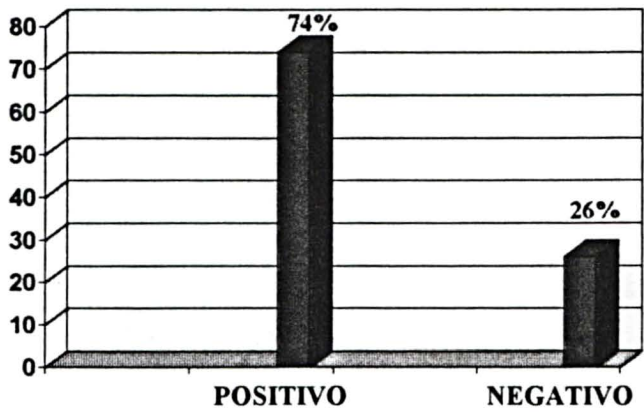


GRÁFICO 3: EPISÓDIO PRECEDENTE

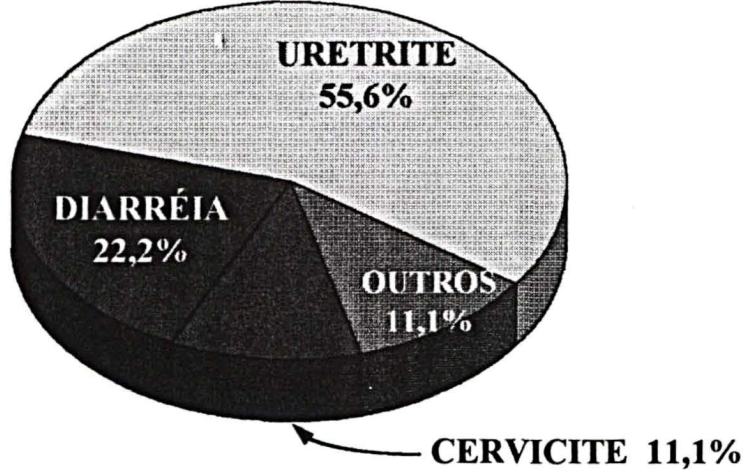


GRÁFICO 4: COMPLICAÇÃO GÊNITO-URINÁRIA QUADRO INICIAL

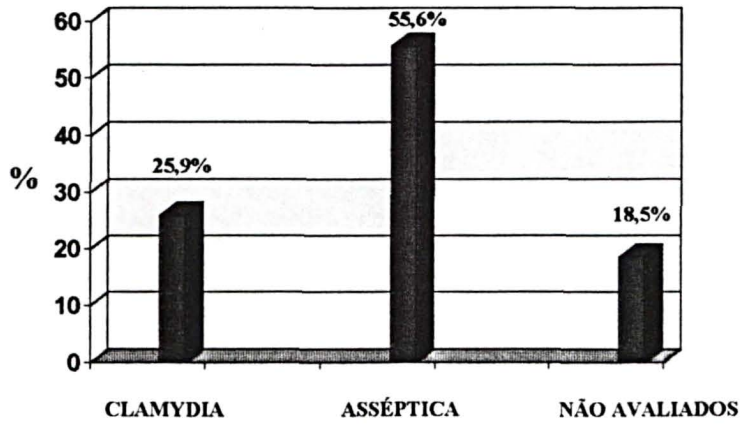


GRÁFICO 5A: ENVOLVIMENTO ARTICULAR INICIAL

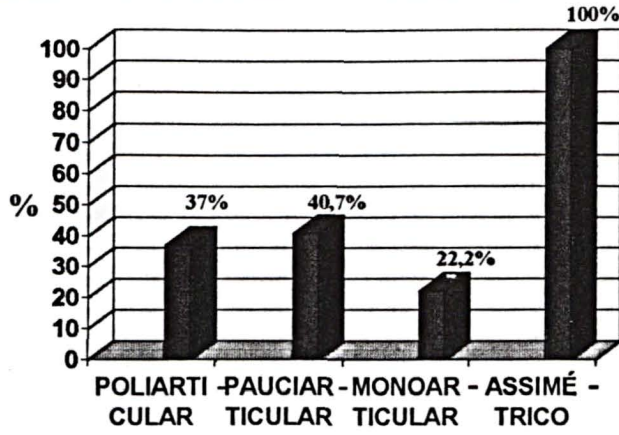


GRÁFICO 5B: ENVOLVIMENTO ARTICULAR INICIAL

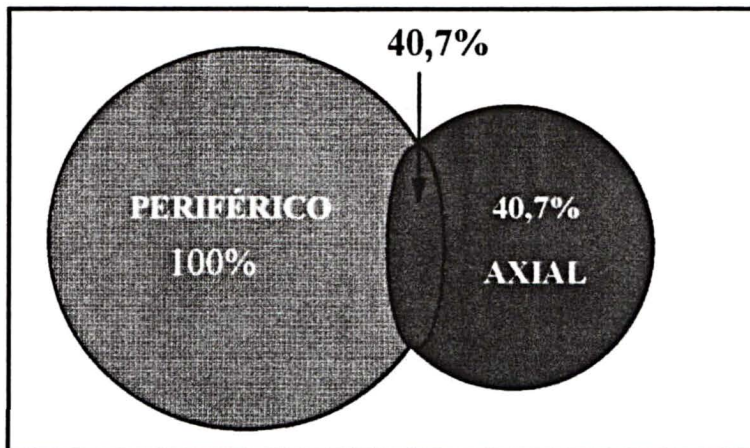


GRÁFICO 5C: ENVOLVIMENTO ARTICULAR INICIAL

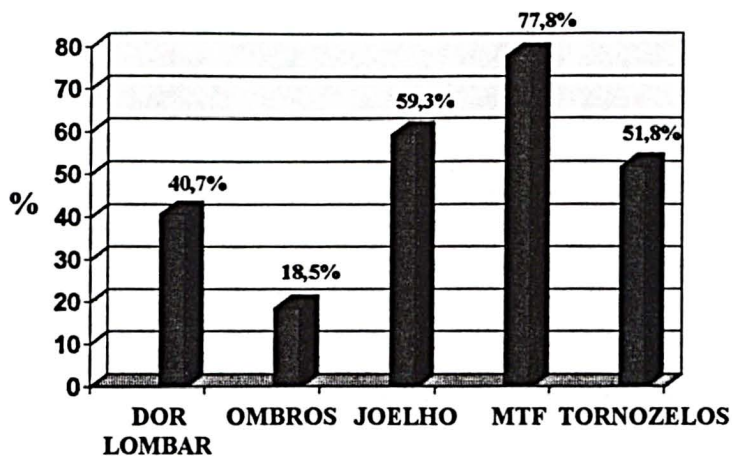


GRÁFICO 6A: MANIFESTAÇÃO RADIOLÓGICA INICIAL

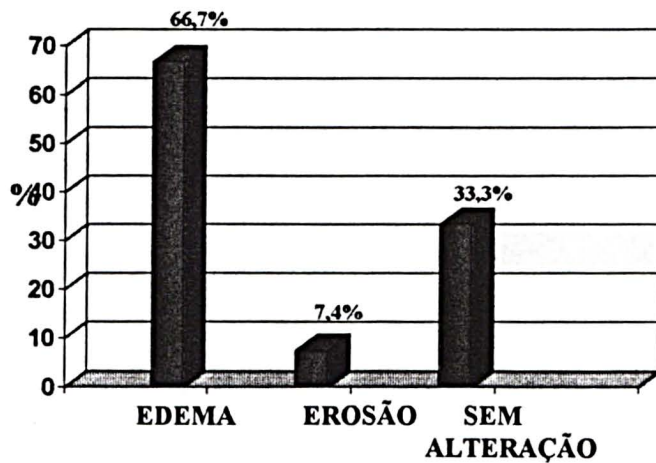


GRÁFICO 6B: MANIFESTAÇÃO RADIOLÓGICA INICIAL

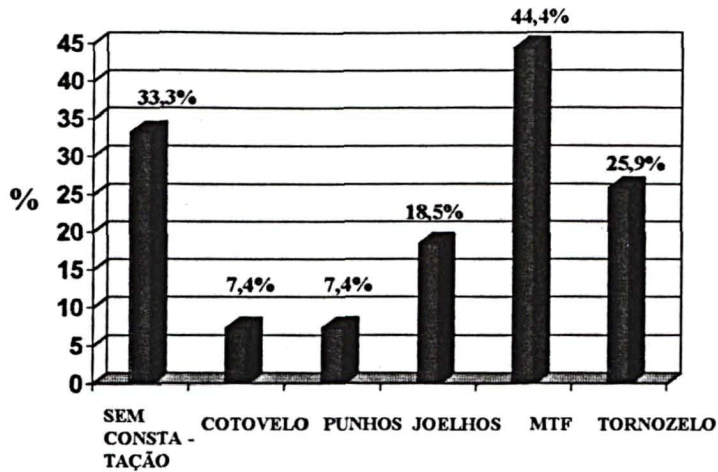


GRÁFICO 7: MANEJO FARMACOLÓGICO INICIAL

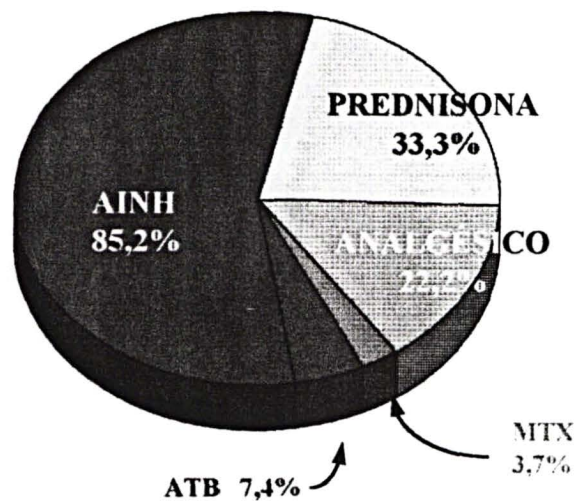


GRÁFICO 8: RECORRÊNCIA ARTICULAR

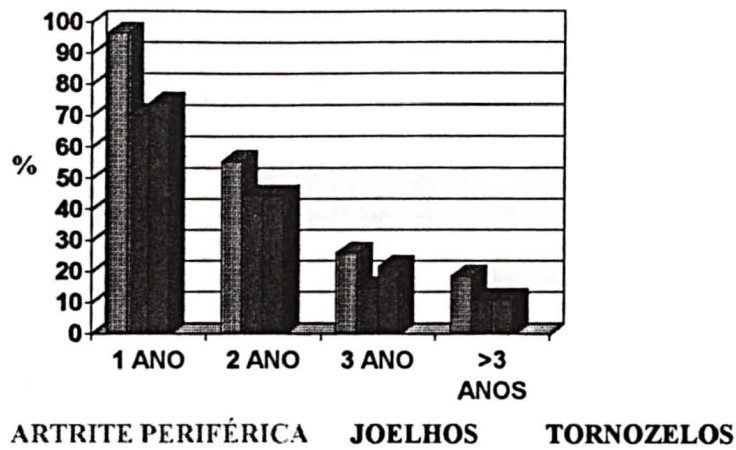


GRÁFICO 9: RECORRÊNCIA DE DOR LOMBAR E CALCANODÍNEA

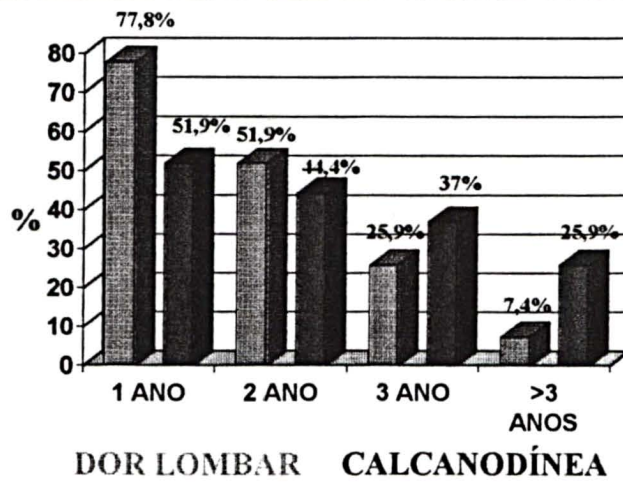


GRÁFICO 10: MEDICINA ALTERNATIVA

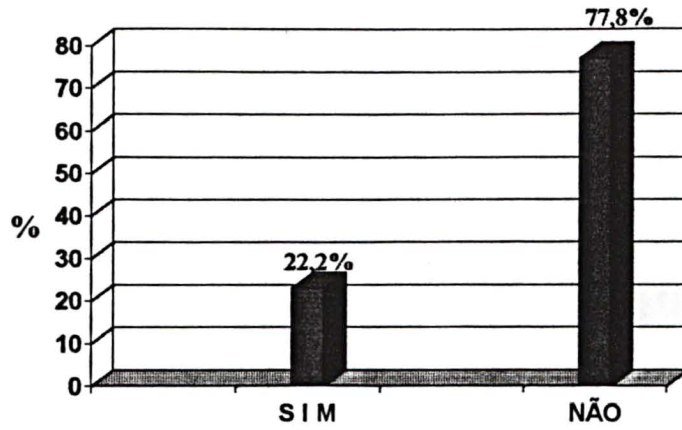


GRÁFICO 11: REMISSÃO CLÍNICA

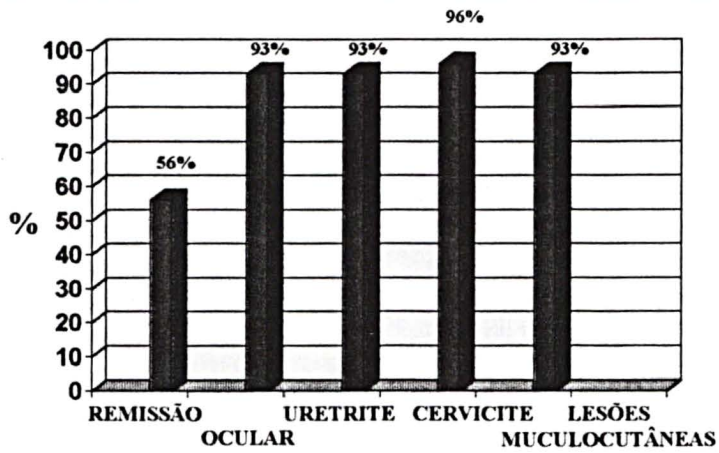


GRÁFICO 12A: ARTRITE

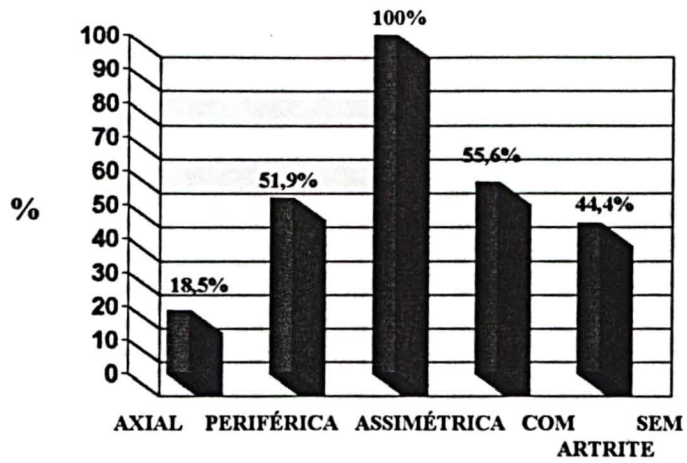


GRÁFICO 12B: ARTRITE

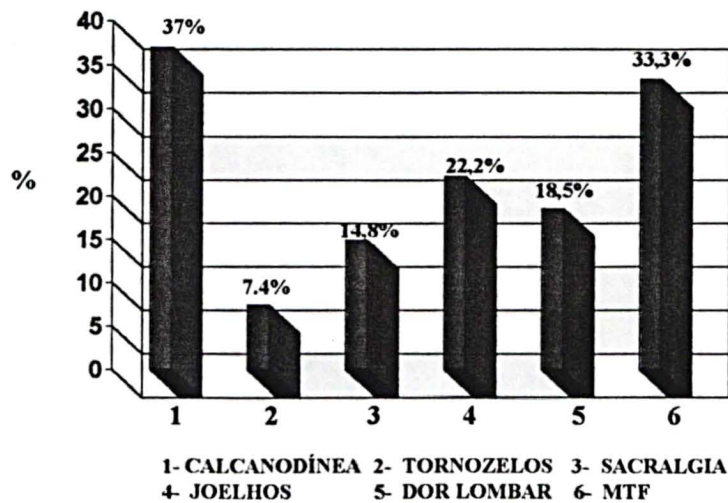


GRÁFICO 13A: MANIFESTAÇÕES RADIOLÓGICAS ATUAIS

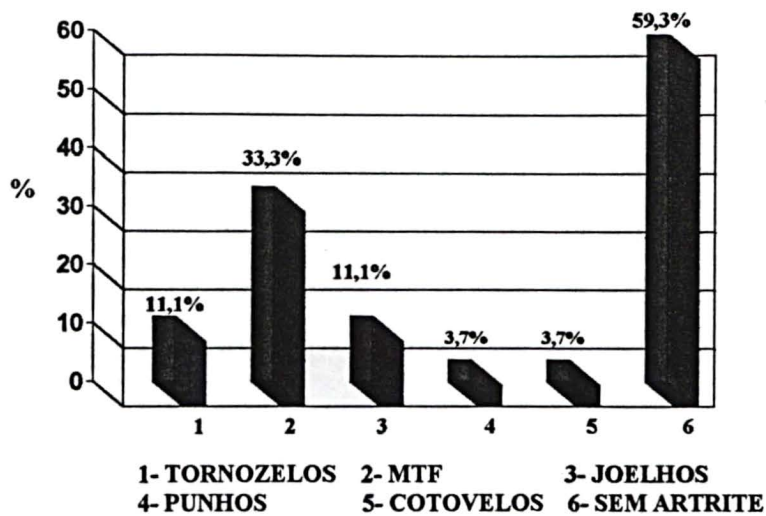


GRÁFICO 13B: ALTERAÇÕES RADIOLÓGICAS ATUAIS

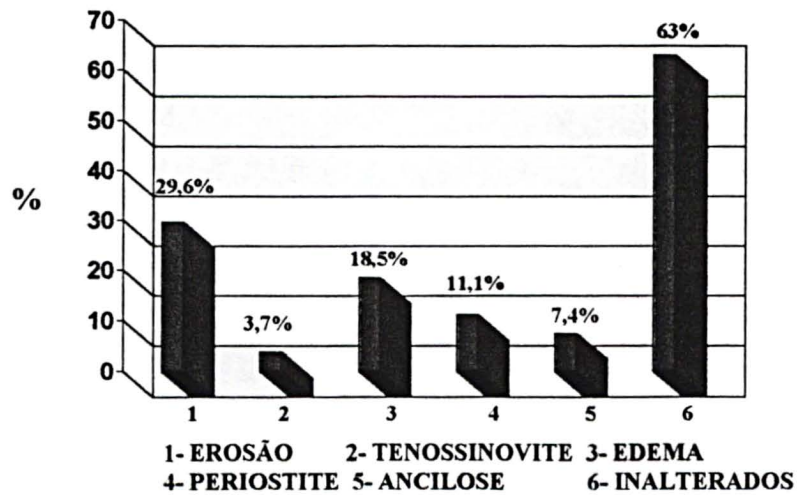
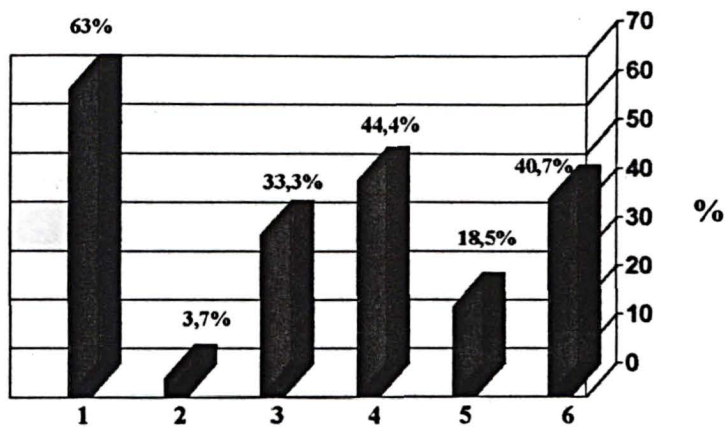


GRÁFICO 14: ESPORÃO DE CALCÂNEO E SACROILEÍTE



1- SEM SACROILEÍTE 2- BILATERAL 3- UNILATERAL
4- SEM ESPORÃO 5- POSTERIOR 6- PLANTAR

Anexo I - Protocolo de pacientes com Síndrome de Reiter

CARACTERÍSTICAS SOCIAIS

NOME: _____ PROFISSÃO: _____

IDADE: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDADE: _____

1. QUADRO CLÍNICO INICIAL

TEMPO DE EVOLUÇÃO: _____

EPISÓDIO PRECEDENTE () DIARRÉIA () URETRITE () OUTRO
QUAL? _____

ARTRITE mono() pauci () poli () periférica () axial ()
tornozelos () mtf () joelhos () ombros ()
dor lombar () uni () bi () simétrica () assimétrica ()

ENTESITE calcanodínea () outra ()
QUAL? _____

URETRITE clamydia () outra bactéria () asséptica ()
balanopostite () cervicite ()

LESÃO OCULAR conjuntivite () uveíte anterior () outra ()
QUAL? _____

PELE E MUCOSAS () Sim () Não
QUAL? _____

SINTOMAS CONSTITUCIONAIS () Sim () Não
QUAIS? _____

2. EXAMES LABORATORIAIS:

VHS - _____
PESQUISA CLAMYDIA DIRETA () POSITIVA () NEGATIVA
PESQUISA CLAMYDIA INDIRETA () TÍTULO ELEVADO IgG
() TÍTULO ELEVADO IgM
HLA B27 () POSITIVO () NEGATIVO
FR () POSITIVO () NEGATIVO

3. MANIFESTAÇÕES RADIOLÓGICAS INICIAIS:

SACROILÍACAS () SIM () NÃO
UNI () GRAU _____
BI () GRAU _____

ARTRITE PERIFÉRICA () SIM () NÃO
Tornozelos () MTF () Joelhos () punhos () cotovelos ()

ALTERAÇÃO:
erosão () tenossinovite () edema () periostite () ancilose ()
ENTESOPATIA ESPORÃO DE CALCÂNEO () Anterior () Post. ()
OUTRA ()

QUAL? _____

SACROILEÍTE () SIM () NÃO
() UNI GRAU _____ () BI GRAU _____

ESPORÃO DE CALCÂNEO () Plantar () Posterior ()

OUTRA ENTESOPATIA () QUAL? _____

ARTRITE () tornozelos () MTF () joelhos () punhos
() cotovelos () ombros

ALTERAÇÃO:

erosão () tenossinovite () edema () periostite () ancilose ()

COLUNA VERTEBRAL QUAL? _____

SINDESMÓFITO () _____

VHS _____

USO ATUAL () AINH () ANALGESIA
() PREDNISONA () ATB
() MTX

HAQ DISABILIDADE

SUBSCORES

C1 - vestir _____
C2 - levantar _____
C3 - comer _____
C4 - caminhar _____
C5 - higiene _____
C6 - alcançar _____
C7 - preensão _____
C8 - atividades _____

HAQ SCORE TOTAL _____

SUBSCORES - S

C9 - atividades _____
C10 - dirigir _____

HAQ-S SCORE TOTAL _____

VAS RIGIDEZ _____
DOR _____

Anexo II - Versão brasileira do Health Assessment Questionnaire e sua retroversão para inglês (Marcos Bosi Ferraz et al, 1990)

Você é capaz de: (Are you able to:)

- C1 - Vestir-se e cuidar-se (Dressing and grooming)**
1. - Vestir-se, inclusive amarrar os cordões dos sapatos e abotoar suas roupas?
(Dress yourself, including tying shoelaces and doing buttons?)
 2. - Lavar sua cabeça e seus cabelos?
(Shampoo your hair?)
- C2 - Levantar-se (Arising)**
3. - Levantar-se de maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braços?
(Stand up straight from an armless straight chair?)
 4. - Deitar-se e levantar-se da cama?
(Get in and out of bed?)
- C3 - Comer (Eating)**
5. - Cortar um pedaço de carne?
(Cut your meat?)
 6. - Levantar à boca um copo ou uma xícara cheia de café, leite ou água?
(Lift a full cup or glass to your mouth?)
 7. - Abrir um saco de leite comum?
(Open an ordinary milk plastic bag?)
- C4 - Caminhar (Walking)**
8. - Caminhar em lugares planos?
(Walk outdoors on flat ground?)
 9. - Subir 5 degraus?
(Climb up 5 steps?)
- C5 - Higiene (Hygiene)**
10. - Lavar seu corpo inteiro e secá-lo após o banho?
(Wash and dry your entire body?)
 11. - Tomar um banho de chuveiro?
(Take a shower bath?)
 12. - Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?
(Get on and off the toilet?)
- C6 - Alcançar (Reach)**
13. - Levantar os braços e pegar um objeto de aproximadamente 2,5 quilos que está posicionado pouco acima da cabeça?
(Reach and get down a 5-pound object from just above your head?)
 14. - Curvar-se para pegar suas roupas no chão?
(Bend down to pick up clothing from the floor?)
- C7 - Preensão (Grip)**
15. - Segurar-se em pé no ônibus ou metrô?
(Stand up by yourself on a bus or a subway?)
 16. - Abrir potes ou vidros de conservas que tenham sido previamente abertos?
(Open jars which have been previously opened?)
 17. - Abrir e fechar torneiras?
(Turn faucets on and off?)
- C8 - Outras atividades (Other activities)**
18. - Fazer compras nas redondezas aonde mora?
(Run errands and shop?)
 19. - Entrar e sair de um ônibus?
(Get onto and off a bus?)
 20. - Realizar tarefas tais como usar a vassoura para varrer e rodo para puxar a água?
(Do everyday tasks such as sweeping or mopping the floor?)
-

Anexo III - Versão brasileira adaptada do Health Assessment Questionnaire modificado para espondiloartropatias e sua retroversão para o inglês.

Você é capaz de: (Are you able to:)

**C9 (SPAR 1) 1. Carregar pacotes pesados tais como sacos de armazém?
(Carry heavy packages such as grocery bags?)**

**2. Ficar sentado por um longo período de tempo durante o trabalho?
(Sit for long periods of time, such as at work?)**

**3. Trabalhar numa mesa plana e alta ou numa escrivaninha?
(Work at a flat topped table or desk?)**

**C10* (SPAR 2) 1. Ao dirigir um carro olhar para trás através do espelho lateral?
(Look in the rear view mirror?)**

**2. Dirigindo um veículo, virar sua cabeça para trás ao dar marcha ré?
(Able to turn your head to drive in reverse?)**

*** Mesmo que o paciente não soubesse dirigir, as questões foram feitas como se ele fosse o passageiro imediatamente ao lado do motorista.**

Anexo IV - Escala de Análise Visual (Visual Analogue Scale)

1. Dor - Que intensidade de dor você tem sentido na última semana por causa de sua doença? Faça uma marca na linha para indicar a severidade da dor

0 _____ 100
nenhuma dor dor muito severa

2. Rigidez - Que intensidade de rigidez você tem sentido na última semana por, causa da sua doença? Faça uma marca na linha para indicar a severidade da rigidez

0 _____ 100
nenhuma rigidez rigidez muito severa
