



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL (PET – FARMÁCIA)
CONSULTORIA ACADÊMICA – DISCIPLINA: ANATOMIA HUMANA

Bolsista: Luís Eduardo Oliveira da Silva – Graduando do 4º período

Orientador: Profa. Dra. Jákina Guimarães Vieira Gutemberg

Espondilite Anquilosante

As espondiloartropatias compõem um conjunto de doenças que possuem características genéticas e clínicas semelhantes, dentre as três mais comuns encontra-se a Espondilite Anquilosante (EA). A EA é uma doença reumática crônica caracterizada pela inflamação das vertebbras e das articulações sinoviais, principalmente as sacroilíacas, o que leva ao enrijecimento dessas regiões e a limitação do movimento (PIMENTEL-SANTOS et al., 2012).

Em 1691 o médico irlandês Bernhard Connor fez a primeira descrição detalhada da EA examinando um esqueleto exumado, no qual o osso sacro, a parte ilíaca do osso do quadril e outras vertebbras próximas estavam condensadas como uma única peça óssea (COMBRA, 2017).

A etiologia da EA ainda não está totalmente elucidada, comprometendo a coluna de adultos entre 20 e 30 anos, com maior incidência em homens na proporção de 4:1 e 10:1, cuja variação dependerá de fatores geográficos, étnicos e genéticos. No Brasil 60% dos indivíduos acometidos pela EA possuem o Complexo Principal de Histocompatibilidade do tipo B27, como um mesmo marcador genético, sugerindo uma possível relação com a patogenia (NARCISO, 2012).

A coluna vertebral faz parte do esqueleto axial, e está localizada na linha mediana da porção posterior do corpo humano. Ela é formada por 33 a 34 vertebbras, entre peças ósseas isoladas e não isoladas, e por cartilagens, sendo uma região muito resistente e flexível. Dentre as principais funções estão a proteção da medula espinal, suportar o peso dos segmentos da cabeça, pescoço e tronco, bem como permitir o movimento dessas regiões, além de ser um local de inserção muscular (TAUROG; CHHABRA; COLBERT, 2016).

Devido a sua organização, a coluna vertebral permite movimentos nos planos sagital, transversal e coronal, sendo dividida em cinco regiões, conforme a figura 1. Da parte superior para inferior, distingue-se a região cervical composta por sete vertebbras, região torácica com doze vertebbras, lombar com cinco vértabras, região sacral com cinco vertebbras fundidas formando o osso

sacro e a região coccígea composta por quatro ou cinco vertebrae formando o osso cóccix (IANNOTTI; PARKER, 2013).



Figura 1 – Regiões da coluna vertebral. Fonte: Adaptado de Soares (2017)

Apesar das vertebrae aumentarem de tamanho à medida que se tornam mais inferiores são conservadas estruturas básicas comuns, de forma que todas possuem corpo e arco vertebrais, além processos ósseos variados, como apresentado na figura 2. Na união dos corpos das vertebrae são encontrados discos intervertebrais formados de cartilagem. Os discos atuam como alicerces estruturais, diminuindo o atrito e a ação de cargas mecânicas (IANNOTTI; PARKER, 2013).

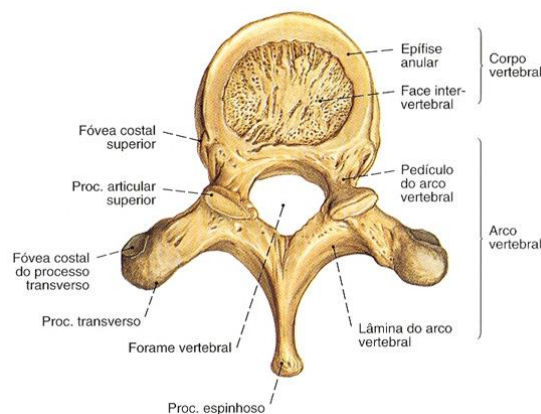


Figura 2 – Estrutura e organização das vertebrae e discos intervertebrais. Fonte: Adaptado de Sobotta (2013)

Os sinais e sintomas iniciam com dores na região lombar, que não regredem, mesmo em repouso, surgindo de forma simples, mas progredindo e levando a danos na região axial. Posteriormente ocorre o comprometimento das

regiões cervical e dorsal, levando a fusão das vertebrae e ocasionando a perda de flexibilidade e a limitação funcional da coluna, conforme a figura 2. Além disso, é comum o acometimento das articulações adjacentes e pode ocorrer a difusão sistêmica, de modo que as manifestações da doença podem ser divididas em esqueléticas e extra-esqueléticas (COMBA, 2017).

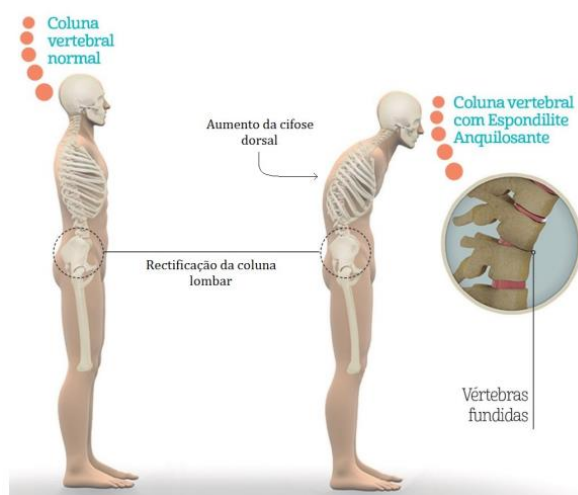


Figura 3 – Alterações da coluna na espondilite anquilosante. Fonte: Adaptado de Soares (2017)

As manifestações esqueléticas incluem principalmente inflamação das articulações sacro-ilíacas, artrites, inflamação do tecido ósseo, rauiqualgia e osteoporose. Dentre as manifestações extra-esqueléticas, a mais comum é a Uveíte Anterior Aguda (inflamação da porção anterior do olho), e em menor frequência ocorrem problemas cardiovasculares, pulmonares, lesões da mucosa intestinal, amiloidoses e síndrome da cauda equina. Esses fatores impactam diretamente na qualidade de vida (SAMPAIO-BARROS et al., 2013).

Recentemente, o Ministério da Saúde lançou o material intitulado por Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Espondilite Anquilosante, por meio da Portaria Nº640/14, no qual estão dispostos os delineamentos para diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2014).

O diagnóstico é realizado com base nos critérios de avaliação da Sociedade Internacional de Espondiloartrites (ASAS) ou da classificação modificada de Nova Iorque, de forma que ambos podem ser empregados, mas existe uma tendência mundial para utilização do ASAS. Os critérios dos tipos de classificação mencionados estão apresentados nos quadros 1 e 2 respectivamente. Esse diagnóstico é definitivo se um critério obrigatório for acompanhado de outros 2 facultativos, conforme o quadro 1, ou se o critério radiológico estiver associado à pelos menos dois critérios clínicos, conforme o quadro 2 (RUDWALEIT, 2011; BRASIL, 2014).

QUADRO 1 - Critérios de Classificação ASAS para Espondiloartrites Axiais

| | |
|------------------------|---|
| Critérios obrigatórios | <ul style="list-style-type: none">• Lombalgia inflamatória, por no mínimo 3 meses;• Idade de descoberta até 45 anos; |
| Critérios facultativos | <ul style="list-style-type: none">• Exames de imagem• Característica de espondiloartrites; |

QUADRO 2 - Critérios de Classificação modificado de Nova Iorque

| | |
|---------------|---|
| Radiográficos | <ul style="list-style-type: none">• Radiografia com detecção de sacroiliíte bilateral graus 2-4.• Radiografia com detecção de sacroiliíte unilateral graus 3 ou 4 |
| Clínicos | <ul style="list-style-type: none">• Lombalgia inflamatória por 3 meses ou mais de duração;• Limitação dos movimentos da coluna lombar nos planos sagital• Expansão torácica diminuída |

O tratamento da EA pode ser do tipo não farmacológico e do tipo farmacológico, sendo os dois de importância para a redução das manifestações da doença. A terapia não medicamentosa consiste na prática regular de atividade física e na educação em saúde dos pacientes e familiares. Essas medidas podem ser realizadas individualmente ou em grupos de autoajuda, sempre com o acompanhamento de profissionais da saúde. A terapia medicamentosa consiste na utilização de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), glicocorticoides e antimicrobianos, que visam eliminar a inflamação e evitar o surgimento de infecções. As duas formas de tratamento visam melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (RODRIGUEZ-LOZANO, 2013).

Sendo assim, pode-se concluir que a Espondilite Anquilosante é uma doença progressiva de caráter inflamatório, que surge em indivíduos jovens, atingindo principalmente a coluna vertebral e promovendo limitações, bem como diminuições da qualidade de vida. Apesar do diagnóstico ser eficaz, são necessários mais estudos para compreender o processo fisiopatológico da doença, e assim desenvolver tratamentos mais específicos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 640, DE 24 DE JULHO DE 2014. Brasília – 2014. Disponível em:<
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/25/pcdt-espondilite-anquilosante-2014.pdf>> Acesso em: 10/04/2018.

COMBA, V. **HLA – B27 e severidade das artropatias**. Dissertação de Mestrado - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. Coimbra,2017.

IANNOTTI, J. P; PARKER, R. The Netter Collection of Medical Illustrations: Musculoskeletal System, Volume 6. **Elsevier Health Sciences**, 2013.

NARCISO, L.. Manual Informativo para doentes do Espondilite Anquilosante, 2012. Disponível em: <http://www.spreumatologia.pt/upload/Manual_DT_EA_01.pdf> Acesso em: 10/04/2018.

PIMENTEL-SANTOS, F.M. et al. “Spectrum of ankylosing spondylitis in Portugal. Development of BASDAI, BASFI, BASMI and mSASSS reference centile charts”. **Journal of Clinical rheumatology**, [online], v.31, n.3, p. 447–454, 2012.

RODRIGUEZ-LOZANO, C. et al. Outcome of an education and home-based exercise programme for patients with ankylosing spondylitis: a nationwide randomized study. **Clinical and Experimental Rheumatology**, [online], v. 31, n.5, p.739-48, 2013.

RUDWALEIT, M. et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. **Annals of the Rheumatic Diseases**, [online], v.68, n.6, p.777-783, 2011.

SAMPAIO-BARROS, P. D. et al. An analysis of 372 patients with anterior uveitis in a large Ibero-American cohort of spondyloarthritis: the RESPONDIA Group. **Clinical and Experimental Rheumatology**, [online], v.31, n.4, p.484-489, 2013.

TAUROG, J. D.; CHHABRA, A.; COLBERT, R. A. “Ankylosing spondylitis and axial spondyloarthritis”. **Journal of Medicine**, New England, v.374, n.26, p. 2563–2574, 2016.