

ANEA, ASSOCIAÇÃO NACIONAL
da
ESPONDILITE ANQUILOSANTE

MANUAL DA ESPONDILITE (ANQUILOSANTE)

FILIFE G. ROCHA
(médico fisiatra)



Autor: Filipe G. Rocha

Editor: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das
Pessoas com Deficiência

Local e Data de Edição: Lisboa, 2002

Colecção: Cadernos SNR n.º 17

ISBN: 972-9301-79-4

Depósito Legal: 186985/02

Pré-impressão, Impressão e Acabamentos: Graforim, Artes Gráficas, Lda.

Tiragem: 5000 ex.

ÍNDICE

Manual da Espondilite Anquilosante

Situar a Espondilite (Anquilosante)	5
Da Importância Social da Espondilite Anquilosante	9
Espondilite Anquilosante e Espondiloartropatias	11
Critérios de Diagnóstico	14
Quadros Clínicos de EA e Espondiloartropatias	15
Os Quadros Esqueléticos das Espondilites	17
Estratégia Face à Doença Acabada de Diagnosticar	19
Potencial Topográfico das Manifestações Patogénicas	19
O Atraso do Diagnóstico	20
A Diversidade das Espondilites das Espondiloartropatias	23
Repercussões dos Bloqueios Espondilíticos das Articulações Intervertebrais	24
A Perspectiva Mecânica do Tratamento Preventivo	25
A EA como Fisiopatologia Biomecânica Multifactorial	25

Abordagem Alternativa

Conceitos de Espondilite Anquilosante (EA) e de Espondiloartropatia (Eapt)	27
A Síndrome Espondilítica	27
As Interações Múltiplas nas Espondilites	28
Fixando Pontos Chaves	29

Possibilidades de conduzir a evolução

Introdução	29
Quem Somos e Porque Viemos Ter Consigo?	30
Definição de Espondilite Anquilosante como Doença	30
Evolução Espontânea e Condicionada da Espondilite Anquilosante	31
Compreender Nome da Doença e Características das Lesões Focais	32
Compreender a Dificuldade do Doente em Localizar as Queixas	33
Origem e Causa Que Desencadeia a Inflamação	33
Compreender a Espondilite como Doença Mecânica da Coluna Vertebral	33
Ter em Atenção Os Azimutes do Diagnóstico	34
Critérios de B. Amor para as Espondiloartropatias	35
Critérios do Grupo Europeu para O Estudo das Espondiloartropatias "ESSG"	36
Critérios de Nova Iorque para a Espondilite Anquilosante	36
A Questão do Diagnóstico de Base Clínica	36
Adesão A Um Plano Preventivo	37
O Diagnóstico pela Imagem	38
Programa de Condicionamento e Retardamento Evolutivo	38
Condições Prévias Necessárias	39
Programa Semanal de Exercícios Diários	40
Compreender a EA numa Perspectiva Pragmática	41
O Tratamento da EA. A Prevenção Secundária a Nível Esquelético	42
A EA como Factor de Envelhecimento Esquelético Antecipado	43
A Terapêutica Medicamentosa pelos Aines	44
A Condução da Evolução pela Cinesiologia	45
Outros Exercícios Perfeitos Para Quem Sofre de EA	45

Espondilite Anquilosante – Uma Questão Mecânica	46
Para Um Dialecto na Comunicação Sobre EA	46
Desenvolvimento do Processo Patogénico Esquelético	46
A Abordagem das Síndromas Mecânicas das Espondiloartropatias	47
Aspectos da Organização da Função Esquelética	48
O Envelhecimento nas Espondilites	49
As Espondilites das Diversas Espondiloartropatias	49
Espondiloartropatias e Espondilite Anquilosante	49
Avaliação do Risco Evolutivo	50
Manual da EA – Abordagem Académica Convencional	
Genérico	51
Prevalência, Emergência de Sintomas e Relação H/M	51
Risco de Sofrer de Doença Espondilítica	52
Para ficar Claro	52
Critérios de Roma, de Nova Iorque, de B. Amor, do ESSG	52
Topografia das Manifestações	54
Manifestações Esqueléticas Axiais	56
Manifestações Esqueléticas Periféricas; Articulares e Não Articulares	55
Manifestações Oculares e Viscerais	55
Manifestações Hematológicas	55
Estudos Imagiológicos	55
Onde Surpreender as Frentes Inflamatórias	56
A Que Estar Atento no Seguimento Médico de Um Caso Agressivo	56
Objectivos do Seguimento Médico	56
Parâmetros Fidedignos para O Registo da Evolução	57
Metrologia Básica dos Défices e Metrologia para Pesquisa	59
Topografias Não Esqueléticas de Manifestações de EA	59
Manual de EA; Abordagem Simplificada	
Prevalência, Risco Genético, Topografia dos Primeiros Sintomas	61
Previsão do Curso Evolutivo	62
Aspectos Mecânicos	63
Potencial Multissistémico e a EA no Feminino	64
O Risco de EA nos Descendentes	64
EA e Prioridades Cirúrgicas	65
A Farmacologia na EA	65
EA e Desporto	65
Básico Essencial para o Diagnóstico	66
Perspectivas Complementares	
Sistematizar Acerca do Diagnóstico	67
Diversidade de Questões na EA	67
EA como Doença de Evolução Crónica	68
Factores Gerais de Evolução Catastrófica	68
Objectivos Estratégicos de Um Caso de Evolução Agressiva	69
A Medicina de Reabilitação na Espondilite Anquilosante	71
Iconografia de Apoio	75
Posfácio	92
Sobre o autor (currículo breve)	93

MANUAL DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

SITUAR A ESPONDILITE (ANQUILOSANTE)

Para situar a espondilite no contexto das artrites e doenças reumáticas apresentam-se duas classificações elementares baseadas nas classificações da Associação Reumatológica Americana e da Liga Internacional Contra o Reumatismo

A – (Baseada na Classificação da Associação Reumatológica Americana)

I – Doenças Difusas do Tecido Conjuntivo

- Artrite reumatóide
- Algumas artrites juvenis
- Lupus eritematoso sistémico
- Esclerodermia
- Fasceites Difusas
- Polimiosites
- Vasculites

II – Espondiloartropatias ou espondiloartrites

- Espondilite anquilosante
- Algumas artrites juvenis
- Espondilites das artrites reactivas incluindo a síndrome de Reiter
- Artrites psoriásicas
- Espondilites das enterites crónicas (D.de Crohn e colite ulcerosa)
- Espondiloartrites indiferenciadas

III – Artroses, osteo-artroses ou osteo-artrites

- Formas primárias e secundárias / Axiais e periféricas

IV – Artrites com a presença do agente infectante nos focos de inflamação

- Infecções osteo-articulares e periarticulares por bactérias, vírus, fungos e protozoários

V – Artrites reactivas

- A resposta inflamatória ocorre após a infecção ter ocorrido noutra topografia do organismo. Inclui a febre reumática.

VI – Artrites associadas a patologia metabólica, endócrina e sanguínea

- Gota
- Condrocalcinose
- Diabetes mellitus
- Doenças da tiróide
- Doenças das paratiróides
- Hemofilia
- Amiloidose

VII – Artrites decorrentes de situações neoplásicas

- Tumores primários
- Metástases
- Leucoses
- Mieloma múltiplo

VIII – Artrites decorrentes de situações neuro-vasculares e neurológicas

Algodistrofias (osteo-artrodistrofia reflexa simpática)
D. de Raynaud
Artropatias de Charcot
Síndromas neurológicos de canal estreito, compressões
radiculares e tronculares (síndrome do canal cárpico, p. ex.)

IX – Patologias dos tecidos cartilágneo e ósseo

Displasia congénita da anca
Condromalácia
Osteoporose
Osteomalácia
Doença de Paget
Doença de Forestier e outras hiperostoses difusas
Necroses avasculares incluindo:
Osteocondrites dissecantes
Epifisites

X – Patologia do alinhamento axial

Cifoses (D. de Scheuermann, Cifose espondilítica, Cifose senil)
Escolioses
Dismetrias dos membros inferiores

XI – Patologia do alinhamento dos membros

Joelho valgo e joelho varo
Pé plano e pé cavo

XII – Patologia de partes moles

Fibromialgia
Lombalgias
Cervicalgias
Discopatias
Bursites
Tendinites
Entesopatias
Quistos

B – (Baseadas na Classificação da Liga Internacional Contra o Reumatismo)

I – Articulares Inflamatórias

Febre Reumática
Artrite Reumatóide
Espandiloartrites ou espondiloartropatias
Artrites Juvenis

II – Articulares Infecciosas

Artrites sépticas

III – Articulares Degenerativas

Artroses, osteoartroses ou osteoartrites
Osteocondroses
Síndromas discais

IV – Não articulares

Paniculites
Bursites
Fasceítes
Fibrosites
Fibromialgias
Periartrites
Tendinites e tenosinovites
Entesopatias ou entesites

V – Doenças difusas do colagéneo

Lupus eritematoso sistémico
Esclerodermia
Polimiosite e dermatomiosite
Vasculites incluindo poliarterite nodosa
Doenças mistas do tecido conjuntivo
Amiloidose

VI – Reumatismos associados a alterações do metabolismo

Gota
Alcaptunúria

VII – Reumatismos associados a alterações endócrinas

Acromegália
Hiper e hipotiroidismo
Hiper e hipoparatiroidismo
Diabetes mellitus
Menopausa
Osteoporose

VIII – Reumatismos associados a hemopatias

Hemofilia
Leucoses

IX – Reumatismos associados a alterações neurológicas e neurovasculares

Neuroartropatias de Charcot
Distrofia reflexa de Sudeck

X – Manifestações reumatismais associadas a neoplasias

DA IMPORTÂNCIA SOCIAL DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

A EA tem, entre nós, uma prevalência não inferior a três por mil habitantes maiores de doze anos. Em termos de prática clínica de um médico de família, que risco há de diagnóstico perdido para actuação em tempo de eficácia biológica?

Que atenção é dirigida à eventualidade de um caso de espondilite (anquilosante) em todos os quadros de lombalgia que se agravam com o repouso, de artrite periférica unilateral de indivíduo novo ou de inflamação ocular aguda unilateral com fotofobia intensa?

Qual é a responsabilidade médica de falhar o diagnóstico de uma espondilite espondilartropática em seu específico tempo de utilidade real?

Quais são os custos pessoais disso – para o doente espondilítico e quais os custos sociais correspondentes – para a comunidade?

Há uma pergunta que todo o clínico que trabalhe com patologia articular deve periodicamente fazer-se: Em que data fiz o meu último diagnóstico de espondilite a tempo dela não se tornar “precoce” anquilosante / incapacitante?

Quem sofre de EA não pode ser penalizado por sofrer de uma doença que, se não é de todos os dias, rara nunca foi.

Que tempo de evolução de sintomas está o médico disposto a aceitar para sentir a responsabilidade de fazer o diagnóstico de EA?

1. Três a seis meses após o início das queixas por aplicação dos critérios de Bernard Amor ou do Grupo Europeu para o Estudo das Espondiloartropatias?
2. Um a dois anos para poder aplicar os critérios de Nova Iorque?
3. O tempo necessário para que qualquer radiologista tenha de referir a doença e sejam manifestos os critérios de Roma?
4. Até que a deformidade esteja estabelecida e tudo apenas seja o nome a dar a uma tragédia pessoal que foi consentida?

Caro colega da frente clínica, face a um diagnóstico de Espondilite (Anquilosante) fuja à oportunidade de abusar do lugar comum dizendo que é uma doença reumatismal inflamatória crónica porque importa ter presente duas coisas:

1. Que se trata de uma patologia que empobrece e desorganiza a arquitectura esquelética do aparelho locomotor, se é deixada em evolução livre...
2. Que esse empobrecimento pode ser muito retardado e a desorganização perfeitamente impedida por meios disponíveis e muito fáceis.

Na minha perspectiva as três questões mais relevantes ao diagnóstico de um novo caso são:

1. A possibilidade de vir a ocorrer uveíte anterior aguda (UAA);
2. A perspectiva mecânica da orquestração da condução defensiva da evolução da inflamação a nível esquelético axial e a nível das cinturas pélvica e escapulares;
3. A compreensão de se tratar de uma patogenia imunogenética que, eventualmente, se pode acompanhar ou complicar com manifestações digestivas, urogenitais, dos lobos apicais dos pulmões e circulatórias centrais, nomeadamente de alterações do ritmo e de lesão valvular aórtica (insuficiência ou doença).

ESPONDILITE ANQUILOSANTE & ESPONDILOARTROPATIAS

A **Espandilite Anquilosante (EA)** é uma doença sistémica de origem imunogenética dependente de um contexto multifactorial, tanto genético (terreno biológico) como ambiental, que se exprime na clínica como uma síndrome inflamatória muito variável no respeitante a:

- 1) Estrutura tecidual que é alvo dessas manifestações inflamatórias;
- 2) Topografia dos tecidos corporais atingidos;
- 3) Agressividade do processo patogénico gerador de lesões;
- 4) Expansão da área atingida e rapidez com que esse alargamento se processa ao longo da evolução que é crónica;
- 5) Continuidade evolutiva ou descontinuidade com períodos de remissão e/ou exacerbação dos sintomas;

E que agride, de forma muito característica, a organização mecânica do sistema esquelético e, em especial, o esqueleto axial dorsal.

A agressão inflamatória espondilítica do organismo pode ser separada em localizações esqueléticas e extra-esqueléticas.

As manifestações esqueléticas mais frequentes podem ser integradas nas seguintes síndromas:

- 1) Síndrome espondilítica, de evolução anquilosante, se deixada sem condicionamento por exercícios diários de prevenção secundária;
- 2) Síndrome entésica (ou entesopática) periférica ou dispersa;
- 3) Sinovite aguda (como primeira manifestação) ou crónica (durante a evolução de casos mais agressivos) de grandes articulações dos quatro membros, sob a forma de monartrite ou oligoartrite.
- 4) Artrite coxofemural, unilateral ou bilateral, no contexto da evolução de quadros agressivos;
- 5) Quadros de artrite periférica intercalar e distal, que podem tomar aspectos destrutivos e desorganizadores da morfologia funcional, nos raros casos de alta agressividade patogénica.

As manifestações extra-esqueléticas abarcam uma diversidade de órgãos e sistemas com destaque para:

- 1) **Globo ocular:** – Uveíte anterior aguda unilateral que pode ser repetitiva, mudando ou não de lateralidade;
- 2) **Coração:** – Perturbações do ritmo por alterações da condução e perturbações da eficiência valvular (insuficiência aórtica ou doença aórtica) por alterações do esqueleto fibroso valvular aórtico;
- 3) **Pulmões:** – Alterações fibrocavitárias dos lobos apicais (em alguns casos de longa evolução);
- 4) **Tracto urogenital:** -Uretrites e cervicites componentes da Síndrome de Reiter nos casos de Espandilite Reactiva da Síndrome de Reiter;
- 5) **Pele e particularmente os leitos ungueais** de mãos e pés: – Lesões cutâneas das artropatias psoriásicas;
- 6) **Tubo digestivo ou colons:** – Lesões, respectivamente, da doença de Crohn e da colite ulcerosa;
- 7) **Fundo de saco meníngeo:** – Lesões multiquísticas provocando fenómenos radiculares (síndrome da cauda de cavalo).

O facto de as manifestações esqueléticas de espondilite anquilosante poderem ser precedidas de uveíte anterior aguda, de síndrome de Reiter, de dermatite cutânea, de doença de Crohn ou de colite ulcerosa ou de, reciprocamente, no decurso de uma espondilite anquilosante poderem ocorrer manifestações de psoríase ou de enteropatia inflamatória crónica deu origem à necessidade de um quadro patológico comum – as ESPONDILOARTROPATIAS – que as engloba a todas.

DESTE MODO:

ESPONDILOARTROPATIA – Designação fisiopatológica para um conjunto de doenças de origem imunogenética que partilham um diversificado potencial comum de manifestações clínicas e de lesões estruturais.

QUADRO ESPONDILÍTICO da ESPONDILITE ANQUILOSANTE – Quadro clínico caracterizado pela presença de inflamação das entésis e das sinóvias articulares do sistema esquelético axial dorsal (coluna vertebral) originando, nos casos graves de evolução deixada expon-tânea:

- a. Dor acompanhada de rigidez que tende a evoluir para anquilose;
- b. Diminuição da informação proprioceptiva axial com tendência a alinhamento incor-recto das estruturas de suporte com colapso do torax sobre a bacia e avanço cefáli-co relativamente ao tórax e bacia;
- c. Perda de massa óssea funcional dos segmentos atingidos;
- d. Remodelação patológica com empobrecimento da morfologia funcional dos diversos componentes dos segmentos vertebrais e aparecimento de ossificação ectópica, em especial a nível das diferentes entésis (formando sindesmofitos);
- e. Metaplasia óssea das estruturas articulares (fusão articular) estabelecendo-se continuidade de tecido ósseo entre vértebras vizinhas (artropénia do sistema) com for-mação de segmentos vertebrais longos, dismórficos e com eixo encurvado em cifose;
- f. Consequente fixação da distância entre as inserções da musculatura satélite das articulações extintas com bloqueio dos mecanismos reguladores do tonus, da cir-culação e do metabolismo – conduzindo à atrofia, à fibrose e agravando o défice infor-mativo axial;
- g. Perda do ajuste postural ao conforto de transmissão de carga em repouso, ao alinhamento de posicionamento de vantagem mecânica em actividade de esforço, à resposta a traumatismos por distribuição e dispersão de esforços mediante mobili-dade multifocal integrada (susceptibilidade a sobrecargas e acidentes traumáticos);
- h. Fixação das relações topográficas entre os órgãos da cavidade geral do corpo, isto é, dos órgãos intratorácicos e intra-abdominais ou pélvicos e bloqueio das articulações costo(disco)vertebrais e costo-transversárias com perda da mobilidade esquelética torácica;
- i. Eventualmente, fixação da anquilose em desalinhamento cifótico ocorrendo:
Colapso do tórax sobre a bacia;
Situação de perda da dimensão longitudinal anterior do abdómen com alongamento funcional da musculatura da parede (rectos abdominais, sistemas grande e pequeno oblíquos e conjunto dos transversos abdominais);
Consequente aumento da dimensão antero-posterior do abdómen com ptose e avanço das vísceras móveis e consequente alongamento da alavanca de carga pon-deral sobre o pilar anterior da coluna vertebral;
Diminuição da elevação do centro frénico na fase expiratória (passiva) do diafragma por falta de pressão intracavitária abdominal devido ao relaxamento da musculatura da parede pela situação de estarem funcionalmente alongados;

Eventual dificuldade inspiratória (activa) da musculatura diafragmática por diminuição da distância intraabdominal entre o diafragma e o pavimento pélvico;

Diminuição ou incapacidade de estabilização toraco-pélvica por elevação da pressão intra-

abdominal (balão de suporte) mediante contração da musculatura anterior do tronco com as cordas vocais cerradas (oclusão laríngea).

Focalização repetitiva de esforços mecânicos às mesmas localizações topográficas numa coluna vertebral que perdeu a organização segmentar e está funcionalmente reduzida a um pilar dismórfico com continuidade de tecido ósseo. Consequente aumento do risco de fractura de fadiga (stress);

Maior probabilidade de, em caso de ocorrer fractura, ela ser instável pela razão de a remodelação estrutural ter extinto o diferencial de nível de ruptura estrutural entre os pilares anterior e postero-laterais;

Em caso de eventual deformidade cifótica global com vértice na charneira toraco-lombar, forte probabilidade de evolução para pseudartrose destrutiva exigindo cirurgia a dois níveis: focal de estabilização associada a osteotomia lombar baixa de reorientação do esforço de carga realinhando-o, ao nível do foco de fractura, sobre o pilar anterior.

O ESSENCIAL SOBRE A ESPONDILITE ANQUILOSANTE (EA) E AS ESPONDILOARTROPATIAS

A EA – é uma doença de potencial sistémico e expressão clínica inflamatória tendo origem numa disfunção imunitária que ocorre num terreno individual de predisposição genética face a um estímulo desencadeante ambiental, provavelmente de origem microbiana.

A EA pode constituir toda a doença (espondilite anquilosante) ou integrar-se, como componente sindrómica, num contexto patológico mais amplo: – espondilite da síndrome de Reiter, espondilite psoriásica, espondilite das enteropatias inflamatórias crónicas (da doença de Crohn e da colite ulcerosa).

Numa perspectiva inversa e abrangente, pode ser definido um conjunto de entidades clínicas muito diferentes: a espondilite anquilosante, a síndrome de Reiter, a psoríase, a doença de Crohn, a colite ulcerosa que partilham um potencial comum de manifestações e de lesões. A este agrupamento de doenças foi dado o nome de ESPONDILOARTROPATIA a que foi acrescentada a entidade clínica de espondiloartropatia indiferenciada para incluir os quadros mal definidos, impossíveis de classificar em qualquer das doenças referidas.

Fazem parte do painel das manifestações comuns das espondiloartropatias as seguintes síndromas:

- 1) Síndrome axial de espondilite (anquilosante) ascendente traduzindo-se por lombalgia baixa, raquialgia e rigidez das articulações intervertebrais;
- 2) Síndrome entesítica periférica ou dispersa;
- 3) Monoartrite ou oligoartrite periférica;
- 4) Artrite das articulações das cinturas, nomeadamente artrite coxofemural unilateral ou bilateral, de padrão específico;
- 5) Artrites periféricas distais com potencial de evolução grave
- 6) Uveíte Anterior Aguda unilateral;
- 7) Uretrite e/ou cervicite uterina;
- 8) Enteropatia inflamatória crónica;
- 9) Lesões eritemo descamativas crónicas da pele e leitos ungueais;
- 10) Alterações inflamatórias da inserção aórtica com insuficiência ou doença aórtica e perturbações da condução do estímulo com arritmia;
- 11) Lesões fibrocavitárias dos lobos apicais dos pulmões;
- 12) Alterações microquísticas do fundo de saco dural traduzindo-se como síndrome de cauda equina;

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

O caminho do diagnóstico em tempo oportuno assenta na compreensão dos quadros de manifestações acima referidos. O primeiro grande drama de quem sofre de EA chama-se credibilidade pessoal e espera por um diagnóstico feito segundo critérios assentes em bases imagiológicas de lesões estabelecidas.

Os critérios estabelecidos em Roma, substituídos pelos de Nova Iorque, por sua vez, substituídos pelos de Nova Iorque modificados, são critérios baseados em “factos tardios” se quisermos ter em conta a melhor oportunidade de programar e iniciar a execução das medidas de condicionamento evolutivo destinadas a atrasar os défices e a impedir as consequências incapacitantes (prevenção secundária na EA = prevenção primária da perda de aptidões esqueléticas e motoras durante a evolução da EA).

Embora **“Os Critérios de Nova Iorque Modificados”** sejam insubstituíveis para definir bem aquilo de que falamos em trabalhos de pesquisa e em estudos epidemiológicos, em meu entender, a respeito da melhor conveniência para os eventuais doentes espondilíticos da prática clínica, **os critérios mais úteis afiguram-se-me os de Bernard Amor e os do Grupo Europeu para o Estudo das Espondiloartropatias.**

Critérios de Roma, 1963 (Kellgren, Jeffrey e Ball)

1. Imagem radiográfica de sacro-ileíte bilateral associada a uma das seguintes situações:
2. Lombalgia e rigidez com mais de três meses de duração
3. Dor e rigidez torácicas
4. Limitação das amplitudes articulares da região lombar
5. Presença, sequelas ou história clínica de uveíte anterior aguda.

Critérios de Nova Iorque, 1968 (Bennet e Wood)

1. Limitação da mobilidade da região lombar da coluna vertebral nas amplitudes articulares de flexão anterior, flexões laterais e extensão
2. Presença ou história de dor na transição dorsolombar ou na região lombar da coluna vertebral
3. Variação dos perímetros torácicos inspiratório / expiratório igual ou inferior a 2,5 centímetros

I – Haverá diagnóstico fundamentado de Espondilite Anquilosante se:

- a) Uma ou mais destas condições estiver associada a imagem radiográfica de sacro-ileíte bilateral de grau 3 ou grau 4;
- b) Houver associação quer de sacro-ileíte unilateral de grau 3 ou 4 quer de sacro-ileíte bilateral de grau 2 com a condição 1 ou com o conjunto das condições 2+3.

II – Haverá diagnóstico de provável Espondilite Anquilosante se houver apenas sinais radiográficos de sacro-ileíte bilateral de grau 3 ou 4.

Critérios de B. Amor para as Espondiloartropatias (EApts):	Pontuação
1. Lombalgias ou dorsalgias nocturnas e/ou rigidez matinal	1
2. Oligoartrite assimétrica	2
3. Dores glúteas:	
mal definidas	1
saltando de lateralidade	2
4. Dedo (mão ou pé) em salsicha	2

5. Talalgia ou qualquer outra entesopatia	2
6. Uveíte Anterior Aguda	2
7. Uretrite não gonocócica ou cervicite que antecedeu uma artrite em menos de um mês,	1
8. Diarreia que antecedeu uma artrite em menos de um mês	2
9. Presença de lesões ou antecedentes de psoríase ou balanite ou enterocolopatia crónica	2
10. Sinais radiográficos de sacro-ileíte bilateral, se em estadio dois ou acima, ou unilateral, se em estadio três ou acima	2
11. Presença do HLA-B27 ou antecedentes familiares de EA, síndrome de Reiter, psoríase, UAA ou enterocolopatia crónica	2
12. Melhoria das dores após 48 horas de aine em doses terapêuticas e retorno rápido das queixas às 48 horas de suspensão do mesmo	2

Se desta listagem estão presentes os critérios bastantes para atingir a soma de 6 ou mais pontos, estará presente um caso de espondiloartropatia a esclarecer como entidade clínica.

Crítérios do Grupo Europeu para o Estudo das Espondiloartropatias (EApts):

Associação de

- Raquialgia Inflamatória
- ou**
- Sinovite assimétrica ou predominando nos membros inferiores

com uma das seguinte situações:

- História familiar de espondiloartropatia, uveíte ou enterocolopatia;
- Psoríase;
- Enterocolopatia inflamatória;
- Entesopatia;
- Imagem radiográfica de sacro-ileíte.

QUADROS CLÍNICOS DA EA e DAS EAPTS

O Quadro Clínico das Manifestações Esqueléticas das Espondiloartropatias é caracterizado por:
 – Predomínio da localização da agressão inflamatória nas inserções ósseas (entesis) das seguintes estruturas: – ligamentos, cápsulas articulares, tendões e origens musculares.

Este conjunto de estruturas está incluído na denominação de entésis. Assim, podemos referir-nos a estas manifestações pelos nomes de entesopatia (patologia das inserções) e de entesite (inflamação das inserções).

Probabilidade do quadro inflamatório incluir as membranas sinoviais, ou sinóvia articular, originando artrite (inflamação articular).

A sinóvia existe no interior das articulações mais diferenciadas produzindo um lubrificante protector das restantes estruturas. Comparando para ficar claro, está para as restantes estruturas das articulações como a pleura está para a cavidade torácica e pulmões ou o peritoneu para os órgãos abdominais.

A sinovite da EA e das restantes espondiloartropatias não tem características próprias, isto é, não apresenta qualquer especificidade relativamente às sinovites da maioria das outras doenças articulares. Para as pessoas menos informadas, explico que os conceitos de sinovite e artrite se sobrepõe quanto ao seu significado porque nas articulações a estrutura com resposta inflamatória é a membrana sinovial. Quando uma articulação inflama, a inflamação inicia-se pela membrana sinovial, todas as restantes consequências resultam deste primeiro fenómeno. Não comete erro se confundir estes dois nomes.

Embora haja a possibilidade de o primeiro sintoma se localizar numa **grande articulação periférica**, por exemplo, num dos joelhos, numa das ancas, num dos ombros ou num dos joelhos, em especial quando a doença tem início na adolescência, o mais frequente é a localização inicial se processar nas **Articulações Sacro-ilíacas**. Dessa sacro-ileíte resulta uma dor difícil de caracterizar e de localizar com precisão que, por vezes, muda de lateralidade e varia durante o dia, sendo característico o agravamento durante o repouso nocturno.

A pessoa atingida situa essa dor a nível da região lombar, da nádega ou da face posterior da coxa, mas sem nunca descer abaixo do joelho, persistindo mais de três semanas (sendo o início progressivo, raramente o doente aparece à consulta antes disso).

A **evolução espontânea** faz-se com alargamento progressivo da inflamação às articulações intervertebrais das regiões lombar e dorso-lombar e, nos casos de maior agressividade patogénica, a toda a coluna vertebral.

Para adequada informação das pessoas que acabam de saber o diagnóstico, é de extrema importância informar repetidamente que as manifestações esqueléticas das espondiloartropatias tem uma evolução que varia muitíssimo de caso para caso. Isto é verdadeiro tanto para o número de articulações que virão a ser atingidas pelo processo inflamatório, como para a velocidade com que as lesões evoluem ou ainda no respeitante a ocorrerem ou não manifestações extra esqueléticas (oculares ou viscerais) destas doenças.

A péssima fama que a doença Espondilite Anquilosante (que serve de paradigma para as manifestações esqueléticas das restantes espondiloartropatias) teve até há poucos anos resultou de não estarem devidamente definidos e aferidos adequados parâmetros de critério diagnóstico. Disso resultava ser impossível o seu reconhecimento em fase inicial, isto é, em tempo de programar a melhor defesa, e passarem por diagnosticar todos os casos de evolução atenuada.

Porque os **casos menos graves** ficavam por diagnosticar e os de evolução grave só eram identificados depois de perdidas as oportunidades da boa defesa, não admira que este passado de erros tenha dado à doença uma imagem aterrorizadora.

O diagnóstico era feito com atrasos que podiam atingir dez ou vinte anos, conforme o local e o país, e, na realidade, aquilo que era diagnosticado não era a doença mas as consequências de ela ter sido deixada em evolução espontânea, em palavras populares – ter sido deixada à solta. Fazia-se, passe a expressão, o diagnóstico retroactivo de uma doença pelas consequências que tinha sido obrigatório evitar.

O aparecimento dos **critérios de Roma** e, de seguida, dos **critérios de Nova Iorque** veio antecipar a possibilidade de diagnosticar a doença a “meio tempo evolutivo” mas continuou a ter como base consequências da evolução consentida: – rigidez lombar, rigidez torácica, lesões sacro-ilíacas já suficientemente estabelecidas para permitirem tradução na imagem radiográfica. O diagnóstico por estes critérios continuou lesional, isto é, pós funcional.

O verdadeiro diagnóstico “Em Tempo Clínico” entendido como reconhecimento do quadro inflamatório em período que permita organizar um plano eficaz de controlo evolutivo da doença – de modo a impedir ou atrasar e minimizar as consequências previsíveis da evolução espontânea do caso – está, agora, ao alcance de qualquer médico interessado.

De facto, o grande salto clínico, no respeitante a condições de fazer o diagnóstico em período clinicamente fértil para medidas de prevenção secundária, foi dado com a publicação de dois “naipes” de critérios de diagnóstico de Espondiloartropatia. São **“Os Critérios de Bernard Amor”** e **“Os Critérios do Grupo Europeu para o Estudo das Espondiloartropatias.”**

Esses critérios tem de ser bem conhecidos por todos os médicos que enfrentem doentes com “queixas do aparelho locomotor”, por oftalmologistas, gastro-enterologistas, urologistas, dermatologistas e outros clínicos.

O diagnóstico tem de ser clínico, pré radiológico, suscitado pelo “ouvido” de quem sabe pôr o doente a contar a sua história e tem “discernimento auditivo”.

Estes critérios permitem detectar quer os casos ligeiros ou de evolução atenuada, quer a fase inicial, pré-lesional, dos casos de evolução grave, quer as espondiloartropatias indiferenciadas.

As espondiloartropatias indiferenciadas constituem um conceito novo e útil “uma gaveta nosológica” onde se colocam, para “seguir de perto”, os casos que não podem ser distribuídos como espondilite anquilosante, artropatia psoriásica, espondilite reactiva ou espondilite enteropática (associada à colite ulcerosa ou à doença de Crohn).

Muitas destas espondiloartropatias indiferenciadas virão, mais tarde, a definir-se melhor permitindo chegar ao correcto diagnóstico definitivo.

OS QUADROS ESQUELÉTICOS DAS ESPONDILITES

Terreno: – As espondilites são quadros esqueléticos tendo como origem uma disfunção imunitária, isto é, uma perturbação dos mecanismos de reconhecimento da individualidade molecular de algumas estruturas tecidulares do organismo.

O terreno é imunológico ligado à constituição genética, isto é, é imuno-genético. Estas especificidades de terreno biológico, estão provadas tanto no património genético como nos correspondentes factores antigénicos. A investigação laboratorial dispõe já de um modelo biológico criado por engenharia genética – o ratinho transgénico B27 onde é possível verificar o equivalente da doença no homem.

Mecanismo Patogénico: – A doença espondilítica exprime-se como uma síndrome inflamatória auto agressiva persistente. A agressão que deveria ser de defesa, e extinguir-se após desaparecimento da molécula ambiental que activou o processo, fica dirigida contra estruturas tecidulares do próprio organismo em virtude de certos componentes moleculares não serem reconhecidos como tendo a mesma identidade orgânica, e pertencentes ao próprio, mas como corpos estranhos invasores.

Eclosão do Processo: – A eclosão do processo patológico, gerador de lesões, sinais e sintomas, é suposto resultar da estimulação por um agente exterior ao organismo (agente ambiental). Sobre esses agentes desencadeantes (motores de arranque da doença), há dados de investigação que permitem supor serem agentes infecciosos intestinais ou uro-genitais. Esta hipótese parece provada para as espondilites que se integram nos quadros de artrite reactiva de que a síndrome de Reiter é exemplo padrão.

Entidades Clínicas: – Ao falarmos das espondilites das espondiloartropatias, há que ter em atenção ser a espondilite uma entidade sindrómica que pode aparecer em qualquer das diversas doenças incluídas no grupo das espondiloartropatias.

A espondilite anquilosante esteve na origem da designação deste grupo por ser aquela doença que mais vezes apresenta manifestações esqueléticas características e fáceis de reconhecer.

O reverso é extremamente importante: – Em qualquer das doenças incluídas no grupo das espondiloartropatias podem ocorrer manifestações de qualquer das restantes. Assim, todo o médico que assuma a responsabilidade de fazer o seguimento de um caso de espondilite anquilosante tem de conhecer bem as manifestações dominantes das restantes espondiloartropatias. Aliás, o diagnóstico em tempo das espondiloartropatias passa pela aptidão de reconhecer as espondiloartropatias indiferenciadas como pertencentes ao grupo.

Sintetizando o melhor possível:

Há um grupo de nosologias clínicas (de doenças em sentido clínico) com potencial patogénico multissistémico que se integram num campo patológico mais amplo: – as espondiloartropatias.

A realidade dessa integração manifesta-se pelo potencial de partilhar manifestações comuns, pela existência do fenómeno de agregação familiar e pela ligação a características antigénicas próprias, ou melhor dizendo, imuno-genéticas.

O conceito de espondilartropatia traduz um fundo comum de susceptibilidades e de mecanismos de disfunção imunológica, traduz uma patogénese imunológica comum.

Cada espondilartropatia designada pelo seu nome de doença (diagnóstico nosológico ou entidade clínica) traduz um padrão dos arranjos combinatórios possíveis. Traduz a fisiopatologia inflamatória da disfunção imuno-genética, isto é, os órgãos alvos e a extensão sistémica ou multissistémica.

De acordo com os dados actualmente disponíveis, está aceite pertencerem ao quadro das espondiloartropatias as seguintes doenças: Espondilite anquilosante, Artrites reactivas (S. de Reiter e outras), Espondilites enteropáticas (ligadas à Doença de Crohn e à Colite ulcerosa), Espondilite psoriásica e Espondilite Indiferenciada.

Concluindo, O termo Espondilartropatia exprime uma situação imunológica que classifica um grupo de doenças;

O diagnóstico da entidade clínica, presente em cada caso, é dado pelo quadro e arranjo das manifestações, sabendo-se que não há exclusividade de lesões, sinais ou sintomas.

No quadro das espondiloartropatias, a doença, isto é, a entidade de diagnóstico clínica, em que o quadro espondilítico (Síndrome Espondilítica) toma a expressão mais característica é a Espondilite Anquilosante.

Assim, abordamos a EA como representativa do quadro de manifestações esqueléticas de qualquer das espondiloartropatias.

Dor : – Mal definida, persistente, predomínio nocturno, agravando-se com o repouso e aliviada com a mobilização, o exercício físico e o banho quente;

Rigidez : – De predomínio matinal, está associada à dor, tem de ser resolvida diariamente porque, de outro modo, conduz à perda de movimentos a nível das articulações;

Osteoporose: – De aparecimento em estadio inicial da evolução. A sindesmofitose não compensa o osso funcional perdido mas agrava a perda por alterar o padrão morfológico de resposta funcional como analizaremos noutra abordagem.

Fatigabilidade para actividades habituais (fadiga anormal)

Dificuldade em permanecer de pé por talalgia plantar por fascíte insercional (entesite) das fascias plantares;

Outras entesopatias;

Sinovite aguda com distensão por derrame sinovial de uma grande articulação periférica (monoartrite) ou não simétrica até três (oligoartite assimétrica).
Habitualmente joelho, anca, tornoselo ou ombro.

Manifestações não esqueléticas:

Uveíte: – Inflamação súbita e muito incómoda de um só dos olhos com grande dificuldade de enfrentar a luz. Cuidado com o diagnóstico fácil de conjuntivite aguda unilateral sem causa evidente em adolescente ou adulto jovem.

ESTRATÉGIA FACE À DOENÇA ESPONDILÍTICA ACABADA DE DIAGNOSTICAR:

Informação / Formação do próprio doente e de um familiar acompanhante do caso referindo a conveniência de entrar em contacto com a ANEA ou com um dos seus núcleos regionais;

Condicionamento da evolução com:

- Execução de um programa semanal de exercícios a integrar nos hábitos pessoais com a ajuda dos familiares vivendo em comum;
- Utilização, com bom critério, do AINE que se mostre resultar melhor e ser melhor tolerado. Esta escolha tem de ser feita caso a caso e exige uma boa articulação médico/doente/médico;
- Se possível, programa semanal, ou bissemanal, de exercícios em classe espondilítica, orientada por fisioterapeuta;
- Quinzena semestral de exercícios específicos em piscina terapêutica (hospitalar ou aquecida acima de 30.º C) ou termal;
- Programa de seguimento protocolado em instituição do S. N. de Saúde competente para o efeito;
- Preparação do próprio e de um familiar próximo para o reconhecimento de possíveis situações de risco evolutivo e atitudes e comportamentos correctos face a crises de agudização ou de complicações.
- Treino em testes simples de seguimento da evolução nos intervalos das observações médicas programadas.

POTENCIAL TOPOGRÁFICO DAS MANIFESTAÇÕES PATOGÉNICAS DE UM QUADRO CLÍNICO DE ESPONDILITE ANQUILOSANTE:

1. **Globo Ocular:** Saber não perder o diagnóstico de uma uveíte anterior aguda;
2. **Sistema Esquelético** – Ver mais à frente;
3. **Tubo Digestivo:** A incidência da doença de Crohn tem aumentado em toda a Europa e a colite ulcerosa pode originar sintomas pouco referidos pelo doente. Os Aines tem risco real sobre a parede gástrica e sobre a função renal. A vigilância programada sobre estes órgãos tem de estar incluída no seguimento médico das EAs. O início de uma EA precedida de um surto de colite aguda deve levar a pensar no diagnóstico de espondilite como manifestação de Artrite Reactiva;
4. **Tracto Uro-genital:** No momento do diagnóstico deve pesquisar-se no sentido da possibilidade de terem ocorrido infecções urogenitais;
5. **Pele:** A existência de lesões cutâneas eritemo descamativas em qualquer topografia mas, sobretudo, em áreas habituais de dermatite psoriásica ou a existência de lesões ungueais de “micose resistente a tratamento” devem orientar o médico para a probabilidade de espondilite psoriásica;
6. **Junção Cardio-aórtica:** Perturbações da condução do estímulo cardíaco com alterações do ritmo e insuficiência ou doença valvular aórtica no adulto de meia idade devem fazer pen-

sar na hipótese de espondilite anquilosante (alterações do anel valvular e do septo interauricular);

7. **Pulmões:** Com o aumento da prevalência da tuberculose pulmonar, surge o risco de lesões fibrocavitárias das regiões apicais dos pulmões dependentes de uma longa evolução de EA, serem confundidas com casos graves de tuberculose pulmonar. Nestas situações um exame radiográfico da bacia ajuda a corrigir o diagnóstico;
8. **Rins:** Os rins estão sujeitos a duas agressões nas EAs. Por um lado, a permanência de uma inflamação crónica de longa duração. Pelo outro, a utilização continuada de anti-inflamatórios. O seguimento de longo curso de um espondilítico inclui a avaliação periódica da função renal.
9. **Outros órgãos;**
10. **Outros Sistemas:** As espondiloartropatias são disfunções do sistema imunitário que tem uma estreita relação com a hematologia. É frequente a ocorrência de uma ligeira anemia como sinal próprio da doença. Outras alterações só podem ser interpretadas por clínicos experientes nesta matéria.

Observação Importante:

Esta sistematização não significa que a espondilite cause estes danos tão vastos. Como começa a ser bem sabido, a Espondilite Anquilosante é, frequentemente, uma doença de topografia restrita e de evolução atenuada. A melhoria dos critérios de diagnóstico, a difusão crescente destes critérios pelos médicos que fazem clínica de primeira frente, a divulgação de a espondilite ser mais frequente do que era suposto, o enquadramento da EA na quadro abrangente das Espondiloartropatias, a elaboração de critérios para o diagnóstico das formas indiferenciadas (Espondiloartropatia Indiferenciada) permitem, hoje em dia, ter uma ideia muito objectiva da grande variabilidade dos casos de espondilite / espondiloartropatia. As formas agressivas deixadas em evolução livre sempre acabaram por ser diagnosticadas pelas consequências evidentes. As formas atenuadas só tem sido diagnosticadas desde há uma década. O balanço global das Espondilites / espondiloartropatias ainda está em curso.

A razão desta abordagem é dar um quadro de referências do potencial patológico das espondiloartropatias no seu conjunto, o que me parece muito útil a quem se interesse pelas espondilites.

O ATRASO DE DIAGNÓSTICO NA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Há diagnóstico fáceis e baratos que são feitos com grandes atrasos e com estudos caros. Atrasos de dez anos em doenças fáceis de diagnosticar são o exemplo padrão de crime clínico.

Há associações de doentes com patologias de evolução crónica que têm razões para se sentirem delicadamente preteridos e rejeitados para quem tem obrigação de aproveitar bem as propostas disponibilizadas.

A gestão de uma doença prolongada é a condução da sua evolução por interacção de Doente / Médico / Familiar influente / Movimento associativo.

O Seguimento clínico de um caso de doença de evolução prolongada exige a disponibilidade de um médico crónico. Médico crónico significa que um dado doente encontra o mesmo médico nas sucessivas consultas programadas. Disponibilidade significa o que a palavra quer dizer: – um médico disposto a cumprir sempre o programa escolhido como referência do seguimento.

A gestão de uma doença crónica implica a identificação de todos os seus riscos prováveis, o colheita e o registo dos parâmetros de seguimento e dispor de planos de acção imediata face a qualquer das complicações prováveis mas imprevisíveis.

O Ministério da Saúde nunca controlará a plétora dos serviços de urgência se não aceitar o diálogo e, sobretudo, as propostas das associações de pessoas que enfrentam doenças de evolução prolongada. Todavia é por demais sentida uma barreira de comunicação entre os cidadãos com um persistente problema de saúde e as diversas entidades desse ministério.

As síndromas sociais que estão nas raízes do desencanto a respeito dos cuidados de saúde são bem conhecidos e mal aceites como tal. Basta citar três deles:

- a) A "questão acústica", isto é, a questão do "tempo curto" ou da "micro-dimensão cronológica" da consulta médica (?) que "não autoriza" que o doente diga aquilo que gostaria de poder contar porque anda muito preocupado com isso.
- b) A "questão da convicção" das entidades políticas que decidem com as certezas colhidas lá fora (nos States).
- c) A questão da exclusão da dimensão pedagógica do acto médico com redução da consulta a um acto técnico de operário diferenciado.

Concluindo:

Primeiro – A chamada doença crónica exige que o doente seja competente para a conduzir fora dos piores caminhos e para ter critérios de escolha das melhores acessibilidades de tratamento;

Segundo – A doença evolutiva persistente será melhor acompanhada nas consultas periódicas programadas se o médico for sempre o mesmo (médico crónico) e sobretudo se ele sofre de interesse por esse tipo de patologia;

GENÉRICO

A topografia das primeiras manifestações espondilíticas é muito diversificada. Elas podem ocorrer num dos globos oculares (uveíte anterior aguda unilateral); numa das grandes articulações de um dos quatro membros periféricos (sinovie / artrite aguda); no(s) pé(s) sob a forma de dor calcaneana plantar, geralmente bilateral, tornando insuportável a permanência em pé por períodos prolongados; no esqueleto axial do dorso sob a forma de lombalgia baixa de predomínio nocturno; na pele e unhas (espondilites psoriásicas); na uretra ou tracto urogenital (espondilites da síndrome de Reiter); no tubo digestivo (espondilites enteropáticas).

A Espondilite Anquilosante é uma patologia inflamatória mas não é uma doença infecciosa. O arranque da susceptibilidade do terreno orgânico, imunitário de base genética, para o processo patológica activo pode ser accionado por um agente ou um fragmento de um agente microbiano, que num contexto orgânico diferente de um outro individuo não despertaria qualquer doença de evolução crónica.

Nunca se pode falar de paralisia no contexto de uma EA. O que pode suceder é que no início de uma crise muito aguda da doença, algumas pessoas se sintam bloqueadas pela dor, desistindo de fazer os movimentos mais banais;

Remissões e exacerbações. A EA e as manifestações espondilíticas das espondiloartropatias decorrem com períodos de remissão ou evolução atenuada e períodos de retorno de sintomas ou de exacerbação em crise.

Quanto à previsão da agressividade patogénica na evolução de cada caso, Bernard Amor encontrou, definiu e propôs um conjunto de critérios que permitem definir ao fim de dois anos o prognóstico evolutivo provável.

No respeitante a factores agravantes da agressividade patogénica, há estudos médicos que dão suporte à opinião de que acidentes traumáticos possam agravar a evolução ou alargar a topografia das manifestações às articulações periféricas.

No seguimento, a longo prazo, de uma EA, tem de haver alvos de atenção médica: Coração, Pulmões, Olhos, Tubo digestivo, Pele, Rins e Sistema hematopoiético

Vertentes do tratamento, onde obter o quê, onde praticar o quê?

Na farmácia, o aine e, eventualmente outros fármacos; na residência os exercícios diários do programa semanal e eventual ajuste na disposição do mobiliário, decoração e equipamento doméstico; no colectivo associativo, a classe semanal de exercícios tutelados, convívio e interacções de suporte relacional; na piscina terapêutica institucional (hospitalar ou não) ou termal, a prática activa da hidrocinestoterapia e, passiva, da climatologia.

A medicina física na protecção das diversas aptidões do aparelho locomotor entendido como uma máquina corporal que integra lógicas de sistemas mecânicos:

Condicionamento da evolução, atraso das anquiloses, defesa das dismorfias e dos alinhamentos patológicos. Limitação de danos e substituição de mecanismos na conservação das funcionalidades inerentes às diversas aptidões esqueléticas.

Compatibilização do alto empenho preventivo com a produtividade no emprego. Custos económicos e profissionais de uma má condução da doença na estrada evolutiva. Da necessidade de vir a ser contemplada na Lei a possibilidade da meia baixa por períodos prolongados;

Custos económicos e financeiros de enfrentar a EA de modo eficaz e da falsa coragem de a ignorar como razão de encargos acrescentados. Rigidez e boa figura pessoal (apresentação física). Perder a mobilidade em bom alinhamento dos segmentos englobados nas fusões articulares;

Cautelas no quotidiano: A escolha do calçado e do vestuário; a escolha do equipamento doméstico; o quarto de banho e as escadas; a escolha do automóvel; cuidados a ter nos espaços públicos e nas estradas.

Medos e receios da paternidade / maternidade responsável. A sobrecarga mecânica do esqueleto da mãe espondilítica no período pós parto. Os supostos diversos riscos de ser filho ou filha de mãe ou pai espondilítico. O terreno biológico da susceptibilidade como um contexto poligénico. Fazer ou não a caracterização HLA-B27 dos filhos?

A frente clínica na expressão espondilítica das espondiloartropatias. A intervenção das diversas disciplinas médicas (especialidades) que centram o seu interesse sobre a vertente esquelética do aparelho locomotor. A articulação de um seguimento condicionante da evolução e bloqueante dos efeitos da emergência de complicações.

Situações concretas. Definição de problemas. A lombalgia. A inflamação. A rigidez. A osteoporose. O défice aferencial da propriocepção axial. A desorganização da resistência elástica. O empobrecimento do potencial de alinhamentos de vantagem. A fixação em alinhamento de deformidade e de desvantagem mecânica. A focalização de sobrecargas mecânicas. A fractura de fadiga e as espondilodiscites. Síndrome da cauda equina. Pneumopatia apical fibrocavitária. Uveíte. Talalgias. A Pele: Artrite psoriásica Artrite psoriásica sem psoríase. O Tubo digestivo: Artropatias enteropáticas.

Sistematização das topografias inflamatórias nas espondiloartropatias, esqueléticas e extraesqueléticas. Esqueléticas: Entésis (capsulares e ligamentares ou tendinosas e fasciais) e Sinóvias (articulações axiais e periféricas ou tenosinóvias). Extra esqueléticas: Úvea; Conjuntiva ocular; Tracto urogenital; Tubo digestivo (D. de Crohn e colite ulcerosa); Pele (incluindo os leitos ungueal dos vinte dedos); Inserção da aorta (aparelho valvular aórtico e ritmo dos estímulos cardíacos); Lobos apicais dos pulmões.

Diagnóstico diferencial das sacro-ileíteis, a EA versus tuberculose e brucelose (geralmente unilaterais). Sinais imagiológicos de EA.

Diagnóstico diferencial de EA com a cifose dos adolescentes por doença de Scheuermann.

Parâmetros de seguimento. Metrologia: Calin e grupo de Bath. Seguimento por objectivos. Testes básicos ao alcance de um familiar de apoio. A documentação fotográfica rudimentar.

Componentes da fragilidade mecânica na EA. Contexto e interacção desses factores. Compreensão do empobrecimento dos mecanismos de resistência elástica e de distribuição e absorção de esforços vectoriais.

Factores não esqueléticos de vulnerabilidade mecânica. Diminuição das aferências proprioceptivas do sistema axial; Diminuição da massa muscular envolvente do esqueleto (diminuição do efeito dispersão hidrostática de vectores); Hérnias da parede abdominal.

Previsão e prevenção dos factores de risco traumático. Medidas de diminuição da sua probabilidade. Organização do espaço residencial. Escolha criteriosa da viatura de transporte pessoal.

Espondilite e interacções familiares. A prevenção da disfunção familiar. O recrutamento de um familiar de apoio a longo prazo e de vigilância próxima. Preparação desse familiar para essas iniciativas. Preparação do doente espondilítico para aceitar esse apoio.

Associativismo por partilha de riscos idênticos – o civismo da inter-ajuda

Aspectos históricos dos conhecimentos clínico e biológico sobre EA.

Bloqueios políticos a uma política de bom seguimento clínico e boa condução da evolução da doença. A surdez das entidades de Saúde à meia baixa proposta pela Anea. A não consideração da luta contra a inflamação espondilítica como justificativa da aquisição dos Aines a preços simbólicos;

Bloqueios institucionais: A não sistemática consideração da artroplastia da anca como urgência em casos de EA em evolução por covardia clínica (não aplicação de critérios de diferença legítima por legítima razão objectiva);

Incorrecta perspectiva do seguimento clínico considerado como rotina hospitalar a ser cumprida em períodos menos nobres por profissionais menos diferenciadas e / ou experientes;

A DIVERSIDADE DAS ESPONDILITES DAS ESPONDILOARTROPATIAS

Clinicamente a EA é a expressão mecânica de uma patologia complexa que abarca múltiplas disciplinas médicas: genética, imunologia, patologia da inflamação, mecânica esquelética, ventilação pulmonar, função cardio-circulatória.

A EA caracteriza-se por um empobrecimento da organização mecânica do esqueleto corporal por diminuição da amplitude de movimento articular + osteoporose + empobrecimento da morfologia funcional da cortical do corpo vertebral + diminuição do número de andares intervertebrais + formação de segmentos longos eventualmente desalinhados em cifose.

O mecanismo pelo qual isto se processa é inflamatório. Na origem fisiopatológica há uma disfunção da resposta de defesa imunológica face à exposição a agentes externos, provavelmente microbianos, de indivíduos com terreno de risco.

São características da síndrome esquelética da EA:

- a) Inflamação das inserções capsulo-ligamentares e tendinosas;
- b) As localizações dominantes no esqueleto axial, desenvolvendo-se, a partir das articulações sacro-íliacas, em sentido cefálico;

A evolução característica faz-se pela sucessão de rigidez, anquilose, fusão óssea com macrosssegmentação e remodelação cortical

AS ALTERAÇÕES DOS QUADROS VECTORIAIS AXIAIS NAS ESPONDILITES DAS ESPONDILOARTROPATIAS

- Diminuição da amplitude de movimento dos andares intervertebrais atingidos;
- Encurtamento da cadeia de resposta por progressivo bloqueio sindesmofítico de um n.º crescente de andares intervertebrais;
- Aparecimento de segmentos longos originando focalização de cargas vectoriais nos primeiros andares intervertebrais livres que lhe fiquem adjacentes;
- Perda de massa óssea segmentar, diminuindo a resistência estrutural + planificação da arca funcional da cortical anterior;
- Diminuição do potencial de aferências proprioceptivas com enfraquecimento de sentido postural, tendência ao mau alinhamento intervertebral e, eventualmente, desequilíbrio de curvaturas e fixação de deformidades, a nível dos segmentos longos resultantes das fusões intervertebrais;

REPERCUSSÕES DO BLOQUEIO ESPONDILÍTICO DAS ARTICULAÇÕES INTERVERTEBRAIS:

I – NA RESPECTIVA MUSCULATURA SATÉLITE

A Síndrome espondilítica das espondiloartropatias origina uma progressiva limitação das amplitudes articulares globais o que limita a variação de comprimento das fibras musculares entre os momentos de encurtamento contráctil e os de alongamento por relaxamento recíproco. Além das inerentes repercussões tróficas, fica alterada a regulação do tonus muscular pela lei de Sherrington (relaxamento recíproco dos antagonistas pela contracção dos agonistas). Assim, por um lado, a associação de carência de estímulos tróficos com perturbações da regulação do tonus origina hipotrofia muscular e, pelo outro, a desregulação do tonus muscular favorece a ocorrência de síndromes álgicas fibromialgia like;

II – NO ESQUEMA CORPORAL

No plano do esquema corporal, a espondilite origina défice de aferências proprioceptivas axiais por fibrose capsulo-ligamentar mutiladora das respectivas terminações nervosas, interferência de estímulos originados pelo fenómeno inflamatório, que serão interpretados como dor, e por diminuição do número de andares intervertebrais funcionais.

III – NA RESPOSTA ELÁSTICA AXIAL

No plano de resistência elástica, a síndrome espondilítica origina:
Perda de massa óssea (osteopénia) como fenómeno inicial acompanhante da inflamação;
Empobrecimento da organização morfológica da cortical anterior dos corpos vertebrais por erosão das entesis do ligamento longitudinal comum anterior. As curvaturas de resposta elástica dessas paredes perdem-se e ficam planificadas, apresentando ao estudo imagiológico de perfil o característico aspecto de vértebras quadradas (squaring);
Aparecimento de sindesmofitos bloqueadores da motricidade do correspondente nível de resposta.

A PERSPECTIVA MECÂNICA DO TRATAMENTO PREVENTIVO

Na síndrome espondilítica das espondiloartropatias, o tratamento é a prevenção da disfunção mecânica pelo exercício activo diário segundo um programa semanal.

O objectivo desse auto tratamento activo (activo no sentido de que é o próprio indivíduo doente a efectuar os movimentos e activo porque dirigido directamente à estrutura inflamada) consiste em recuperar, todos os dias, aquela pequena parcela de amplitude de movimento que foi perdida nas 24 horas anteriores.

Essa diária reconquista de liberdade de movimento proporciona, também, um reforço de aferências proprioceptivas e oportunidade de restabelecer o equilíbrio do tónus muscular.

Num sentido mais amplo, reactiva as cinestésias motoras e o reconhecimento postural, melhora a auto estima e, possivelmente, favorece a libertação de endorfinas de efeito analgésico.

Em síntese, a estabilização da evolução para desorganização geométrica do esqueleto axial realiza-se desfazendo diariamente as aderências, que a inflamação origina, e reforçando todos os dias as aferências axiais do sistema proprioceptivo.

ABORDAGEM DA EA COMO FISIOPATOLOGIA MECÂNICA MULTIFACTORIAL

Quase sempre o quadro clínico inicial da EA tem a expressão de artrite da fixação da coluna vertebral no anel pélvico.

Para compreender a Síndrome Espondilítica das Espondiloartropatias afigura-se-me essencial compreender a interrelação entre as fisiopatogenias inflamatória e vectorial.

No plano da primeira, os dados objectivos acumulados tornam fácil deduzir que a espondilite anquilosante decorre do activar de um padrão de susceptibilidade imunogenética de que a molécula B27 é o ou um dos marcadores importantes.

Para o arranque da doença será imprescindível o contacto com um agente externo ao organismo, provavelmente a infecção por determinados agentes microbianos a nível do intestino ou do tracto urogenital.

Para as especificidades topográficas das manifestações inflamatórias das espondiloartropatias tem sido aventada, também, a probabilidade da existência de outros marcadores biomoleculares.

A discussão desse problema é muito importante. A compreensão dos factores que condicionam que a inflamação ocorra na úvea (uveíte anterior aguda), numa só grande articulação periférica (monoartrite do joelho, p.ex.), nas inserções capsulo-ligamentares discais e nas pequenas articulações da coluna vertebral (síndrome espondilítica), na inserção da fásia plantar (entessopatia calcaneana), no tubo digestivo (doença de Crohn e colite ulcerosa), no tracto urogenital (S.de Reiter), na pele (psoríase), na estrutura intersticial dos lobos apicais dos pulmões ou na inserção da aorta no ventrículo esquerdo, virá a ser de extraordinária importância mas situa-se fora do âmbito desta abordagem.

O objectivo do que aqui escrevemos é contribuir para compreender e divulgar factos relevantes para uma eficaz condução clínica da evolução do processo, enquanto não for descoberta a prevenção do aparecimento da doença ou a cura do processo, uma vez desencadeado.

Dizer que a EA como entidade clínica e a Síndrome Espondilítica das Espondiloartropatias, são doença reumatismal inflamatória crónica é um pretexto para, habitualmente, ficar por aí, sem fazer nada de útil, seja a quem for, nem estimular o pensamento crítico sobre aquilo que, à falta de melhor, deve ser proposto como comprovadamente benéfico.

Face a um diagnóstico de espondilite, feito na hora de dever ser feito, encaro a situação como um largo painel de riscos a terem de ser neutralizados até que, eventualmente, o seguimento evolutivo (follow up) de dois anos venha demonstrar que se trata de um caso atenuado em que a prevenção pode ser aligeirada.

À partida, a síndrome espondilítica tem o seguinte potencial empobrecedor do esqueleto axial dorsal:

- É limitadora da função articular tendendo a diminuir a amplitude de movimento dos andares atingidos pela expressão inflamatória;
- É artropénica, isto é, reduz – por anquilose e a partir das articulações sacro-iliacas, o número de andares de mobilidade do sistema linear vertebral;
- É osteopénica, isto é, diminui a massa óssea das vértebras dos níveis atingidos;
- Coloca em situação de sobrecarga mecânica as articulações dos andares não bloqueados por rigidez ou anquilose, em especial, os conjuntos articulares adjacentes a segmentos longos originados por sindesmofitose;
- Empobrece a propriocepção e desorganiza o esquema corporal ao mutilar – por inflamação, fibrose e extinção articular, a inervação capsulo-ligamentar dos níveis atingidos e ao imobilizar a musculatura satélite dos níveis bloqueados;
- Predispõe – por empobrecimento da sensibilidade proprioceptiva, por dor, desorganização do esquema postural, por vivência depressiva, por evolução natural, para a fixação em deformidade cifótica;
- Quando essa desorganização em cifose fixa do alinhamento vertebral é permitido que se instale, o indivíduo fica exposto a duas desvantagens mecânicas:
 - a) O torax colapsa sobre a bacia;
 - b) A cabeça avança relativamente ao tórax e à linha de resistência da coluna vertebral (pilar anterior);
- Em consequência da aproximação tóraco pélvica a função ventilatória da motricidade diafragmática é prejudicada por diminuição do espaço disponível para mobilizar as vísceras abdominais;
- Pela mesma razão, a musculatura da parede abdominal fica na situação de funcionalmente alongada – hipotónica, perdendo:
 - a) a função expiratória acessória
 - b) a função de conter as vísceras abdominais em posição recuada e elevada;
- Pela hipotonia da parede abdominal, o efeito de suporte toraco-pélvico por balão de pressão perde-se e a coluna vertebral sofre a correspondente sobrecarga de esforço mecânico;
- Ainda, por hipotonia da musculatura da parede e por cifose dorso lombar, o diâmetro AP do abdomen cresce na proporção em que o diâmetro longitudinal encurta e as vísceras avançam, aumentando o braço da alavanca de carga a ser suportada pelo pilar anterior da coluna lombar;
- Por efeito de fadiga – muitos dos doentes espondilíticos referem fadiga crónica e fatigabilidade fácil, acresce uma razão de mau alinhamento postural e baixa de tolerância a actividades motoras..

A gravidade deste leque de factores patogénicos está na sua interactividade. É a liberdade desta interactividade que constitui o desencadear e evoluir de uma cachoeira catastrófica que leva aos resultados descritos no passado e que hoje são inaceitáveis.

MANUAL DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

ABORDAGEM ALTERNATIVA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Quem sofrer de ESPONDILITE ANQUILOSANTE tem de ser preparado para a aceitar e saber viver com esta doença de modo a conduzir-lhe a evolução pelos caminhos menos desfavoráveis.

Se, ainda, não é possível extingui-la porque ninguém sabe como desligar o motor inflamatório – que é o mecanismo intermédio do processo patológico, há que manter a ameaça na estrada da vida do indivíduo espondilítico, como mais um cuidado no programa dos projectos pessoais.

Se encontra uma pessoa nova a sofrer, há pouco tempo, desta doença, poucas coisas terá de retirar-lhe do seu projecto de vida mas ... há uma a ter de acrescentar-lhe e para sempre. Esse encargo acrescentado consiste em ter de desfazer, todos os dias, a rigidez que a doença espondilítica tiver originado nas 24 horas anteriores.

Escolhemos uma escrita breve e coloquial, ajustada à situação de profissionais de saúde muito diversos, mas não evitamos nenhum aspecto com o fim de limitar a descrição da doença.

A falta de rigor científico devida à escolha dessa linguagem pouco técnica penso que será compensada pela facilidade de leitura. Tenho consciência de que praticamente todos os profissionais de saúde acabam tardiamente as tarefas profissionais diárias e terminam o dia nas piores circunstâncias para uma leitura exigindo grande atenção e continuado esforço mental.

1. CONCEITOS de ESPONDILITE ANQUILOSANTE e de ESPONDILOARTROPATIAS.

Espondilartropatia é uma entidade imunogenética e fisiopatológica concebida para incluir um conjunto de quadros de sinais e sintomas (síndromas) que podem estar presentes num grupo de doenças (nosologias clínicas) aparentemente muito diferentes.

Espondilartropatia é, assim, um conceito abrangente que facilita a pesquisa médica – por permitir encontrar relacionamentos e pontos comuns em doenças clinicamente muito diferentes mas com unidade no respeitante aos mecanismos biomoleculares subjacentes às manifestações. O estudo nessa perspectiva global poderá trazer (espera-se) conhecimentos aplicáveis à solução (tratamento, prevenção ou cura) de situações tão diversas como psoríase, doenças inflamatórias crónicas do intestino, uveíte anterior aguda e síndrome de Reiter.

A designação espondilartropatia foi escolhida pelo facto de qualquer das doenças abrangidas nesse conceito ter potencial para desencadear o quadro inflamatório axial que é característico da espondilite anquilosante.

Pelo referido, o que se vai dizer sobre espondilite anquilosante é aplicável às manifestações espondilíticas de qualquer das espondiloartropatias e, por facilidade de exposição, usarei “síndrome espondilítica” e espondilite com o significado de quadro de sinais e sintomas axiais característicos da espondilite anquilosante, independentemente do potencial de manifestações em outras topografias orgânicas.

2. A SÍNDROMA ESPONDILÍTICA

As manifestações da Espondilite Anquilosante no eixo esquelético axial dorsal ou, como acabamos de referir, a Síndrome Espondilítica, originam um progressivo empobrecimento funcional da coluna vertebral, quer considerada como sistema de mobilidade e resistência elástica quer como órgão

de sensibilidade proprioceptiva postural fornecedor de aferências às estruturas nervosas do esquema postural.

Na descrição das componentes desse empobrecimento funcional – que realiza um precoce envelhecimento global do aparelho musculo-esquelético, incluímos:

1. O Bloqueio da mobilidade intersegmentar vertebral por sindesmofitose das articulações discorporais e/ou das articulações interapofisárias com ou sem componente artrítica (sinovítica);
2. Redução da massa óssea dos segmentos vertebrais (osteopénia /osteoporose);
3. Diminuição e desorganização de aferências nas terminações nervosas dos sistemas capsulo-ligamentares das articulações e musculatura satélite dos andares atingidos; Sofrimento doloroso interferindo com o conforto e o repouso em geral;
4. Sobrecarga de esforço das transições dos segmentos longos (originados por rigidez / anquilose) com os níveis de mobilidade intervertebral adjacentes;
5. Desgaste dos anéis de reforço das corticais dos corpos vertebrais e rectificação da morfologia funcional, em goteira transversal, da parede cortical anterior;
6. Artrite das articulações intervertebrais postero-laterais (articulações interapofisárias);
7. Fixação da distância entre as inserções da musculatura satélite dos níveis articulares extintos por anquilose ou fusão;
8. Remodelação da textura e da morfologia ósseas nos segmentos longos originados por fusão pós anquilose.
9. Dificuldade do alinhamento do tronco por empobrecimento proprioceptivo, dor e diminuição do número de andares de mobilidade do sistema vertebral.

3. CONSEQUÊNCIAS DESTAS INTERACÇÕES MÚLTIPLAS

Quando, por falta de informação ou incúria, a Síndrome Espondilítica é deixada em evolução espontânea surge a Síndrome Mecânica da Espondilite Anquilosante.

A Síndrome Mecânica origina vários níveis de défice esquelético conforme o número de andares de mobilidade perdida, o grau de envelhecimento da estrutura segmentar (perda de massa óssea e remodelação morfológica segmentar), o défice proprioceptivo, o padrão da dor e a fatigabilidade de origem múltipla.

Na sua forma mais grave, isto é, na fase terminal dos casos de evolução agressiva, deixados em evolução espontânea (pouco importa a razão disso), o quadro incapacitante é o seguinte:

1. Desalinhamento dos centros de massa dos conjuntos cefálico, torácico e pélvico.
2. Na alinhamento em pé, a vertical do centro de G cefálico passa a estar à frente do tórax e o centro de G do conjunto cabeça + membros superiores + tórax passa a estar avançado relativamente à bacia;
3. Aproximação ao púbis da porção anterior do tórax com diminuição do diâmetro vertical do abdómen e alteração do tonus da musculatura da parede abdominal devido ao alongamento relativo por aproximação das suas inserções;
4. Em consequência dessa hipotonia, aumento do diâmetro sagital do abdómen permitindo que as vísceras se distanciem do pilar anterior da coluna vertebral, aumentando a alavanca da carga ponderal e agravando o esforço mecânico;
5. Pela mesma hipotonia da musculatura abdominal, num indivíduo já sem ventilação por

mobilidade costo-vertebral, a fase expiratória da ventilação pulmonar passa a estar ainda mais dificultada;

6. Sistema esquelético axial reduzido a uma "cicatriz segmentar de tecido ósseo encurvado", frágil por pobreza de massa e frágil por remodelação morfológica anómala e pela presença de tecido ósseo ectópico.

Em termos de Aparelho Locomotor, é a Síndrome Mecânica Axial da espondilite das espondiloartropatias o mecanismo dismórfico e incapacitante que tornou, no passado, a doença tão temível e o nome tão "recusado".

O mais importante face a uma situação de espondilite, seja por espondilite anquilosante, ela mesma (idiopática), seja por qualquer das outras espondiloartropatias, é saber que a essência do tratamento desta síndrome é o auto exercício preventivo diário segundo um programa semanal, complementado com um classe espondilítica semanal sob responsabilidade de um técnico especializado (se possível, fisioterapeuta).

4. FIXANDO PONTOS CHAVES

A síndrome espondilítica das espondiloartropatias é uma cachoeira de fenómenos imunogénéticos e inflamatórios, de metabolismo ósseo, de remodelação da configuração e da estrutura ósseas, de empobrecimento aferencial proprioceptivo, com repercussões sobre:

- a) **O esquema corporal e a postura do tronco,**
- b) **A mobilidade, o alinhamento, o comportamento elástico, a capacidade de absorção fisiológica e a resistência estrutural a vectores traumáticos dependentes de esforços, agressões, acelerações e desacelerações, de todo o eixo esquelético como um todo central.**

A síndrome espondilítica é, também, uma patogenia de envelhecimento do esqueleto axial / central por regressão morfológica, perda de massa, perda de andares osteo-articulares substituídos por uma longa "diáfise" de textura, contorno morfológico e (frequentemente) alinhamento, anómalos, que pode ser aproveitada como modelo de estudo do envelhecimento esquelético em geral .

COMPREENSÃO DA SÍNDROMA ESPONDILÍTICA – POSSIBILIDADES DE CONDUZIR A SUA EVOLUÇÃO NA ÓPTICA DA PESSOA ATINGIDA

1. INTRODUÇÃO

O autor e a Anea fazem votos de que o leitor, se for espondilítico, já não seja daqueles que foram vítimas de atraso diagnóstico e a quem não foi referida a nossa existência como associação cívica de interajuda. Como associação de "espondilíticos", fazemos votos de que este manual lhe tenha chegado às mãos suficientemente a tempo de lhe ser muito útil.

Leia-o sem grandes receios mas com a determinação de quem está disposto a tomar a responsabilidade pela gestão do seu melhor bem – a Saúde, sejam quais forem as circunstâncias. Vamos falar de todos os riscos do que seria um caso péssimo, daqueles casos completos que vem nos livros para estudantes de medicina. Não pense em si enquanto lê este manual. No final daremos dados para se situar na doença que nos justifica como associação. Não salte capítulos, nem comece pelo fim.

Este não é um texto de medicina, é um manual escrito numa lógica de formação de cidadania responsável nos diversos aspectos de saúde, como questão individual, e da Saúde, como sistema de cuidados a que tem direito de acesso, originados por ter “como companhia” uma espondilite anquilosante ou as manifestações espondilíticas de outra doença do mesmo grupo (espondiloartropatias).

O que pretendemos é que saiba e esteja disposto a defender-se dos riscos da sua doença ao melhor nível do que hoje se sabe.

2. QUEM SOMOS E PORQUE VIMOS TER CONSIGO?

Agregamos pessoas que sofrem de manifestações de espondilite anquilosante, seus familiares, seus amigos dispostos a prestar ajuda, médicos interessados nas questões desta doença (várias especialidades), outros quadros de saúde nomeadamente fisioterapeutas e psicólogos, profissionais de pesquisa científica sobre questões relacionadas com a doença e as suas circunstâncias.

O objectivo primordial é a interajuda de uma forma activa, com difusão de conhecimento, experiência e soluções. Dizemos activa porque não pretendemos associados que cheguem para serem servidos. A interajuda é uma questão de todos no alinhamento mental de que os amigos são para as ocasiões e de que todos podem ser úteis, a cada um, na hora própria.

Pretendemos fazer uma formação contínua da pessoa com doença espondilítica, tanto na perspectiva de consumidor frequente de cuidados de saúde como na conveniência de saber ter acesso aos seus direitos e oportunidades, como, ainda, na auto-responsabilização nas medidas de defesa contra a doença espondilítica e ao modo como tem de saber deixar-se ajudar pelos familiares e amigos, sem permitir tutela mas, também, sem que desperte equívocos geradores de conflitos (disfunção familiar).

A presença de uma doença de evolução crónica põe problemas para os quais não se nasceu ensinado e para os quais, presentemente, as instituições prestadoras de cuidados assistenciais não dispõe de oportunidade para abordar.

A Anea assume, entre outros, esse papel. Construiu essa tradição.

Numa síntese clara, a finalidade da Anea engloba: A formação contínua das pessoas enfrentando os riscos da evolução da espondilite (anquilosante) das diferentes espondiloartropatias; a formação dos familiares e amigos na arte de saber dar ajuda, conforme o momento de cada caso e a personalidade de cada pessoa; contributos à formação de quadros da Saúde (SNS) e outros prestadores de cuidados a espondilíticos; apoio e colaboração às iniciativas de personalidades interessadas na pesquisa estatística, biológica, clínica, social ou outra, relacionadas com o diagnóstico, o alargamento de conhecimentos, o tratamento, a efectiva acessibilidade aos direitos de saúde, à sensibilização das instituições, dos diversos níveis do Poder, nomeadamente dos SNS, do MS e do SNRIPD.

3. DEFINIÇÃO DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE COMO DOENÇA

Quando se manifesta de um modo que lhe é típico, o quadro de queixas instala-se de modo progressivo e a evolução é crónica embora sujeita a crises de agudização ou de complicações agudas.

Atinge de modo muito característico o sistema esquelético axial, iniciando-se, geralmente, nas articulações sacro-iliacas e expandindo-se, de seguida, à região lombar da coluna vertebral. Nos casos de evolução mais agressiva, esta expansão pode incluir toda a coluna vertebral e as ancas.

Os sintomas padrão são dor lombar ou lombo glútea, podendo incluir a coxa e simular uma ciática, acompanhada de dificuldade em mobilizar o tronco (rigidez da coluna), fadiga, por vezes,

inflamação súbita e muito aguda de um só dos olhos com grande incómodo, vermelhidão ocular e dor ao enfrentar a luz, por vezes, dificuldade em estar de pé por dor calcaneana plantar, habitualmente bilateral.

Uma característica muito importante referida por todos os doentes é o agravamento pelo repouso prolongado, em especial durante o sono, pelo que o doente tem dificuldade em dormir de uma só vez. De facto, acordam de madrugada com dores fortes que só diminuem saindo da cama, fazendo movimentos ou tomando um banho quente, ou as duas coisas, banho quente seguido de movimento. De um modo geral, o despertar é sempre difícil e a parte mais temida do dia.

O maior número de casos (pico de frequência) surge entre os dezoito e os vinte e cinco anos e, de um modo geral, pode dizer-se que a doença aparece entre os quinze e os trinta e cinco anos. Quando aparece muito cedo na vida, entre os nove e os dezasseis anos, é frequente que o sintoma inicial seja totalmente diferente do que foi dito e consista na inflamação aguda e unilateral de uma grande articulação dos membros inferiores, mais frequentemente um dos joelhos, que se apresenta distendido, quente e doloroso. A artrite súbita da anca ou do tornozelo num adolescente, com o teste para o factor reumatóide negativo, também deve levantar a suspeita de poder ser o primeiro sinal de espondilite.

De referir que a espondilite anquilosante não é uma doença do esqueleto, um reumatismo das articulações sacro-ilíacas e dos ossos da coluna vertebral. Se, nos casos ligeiros, a doença pode ficar limitada à bacia, também, em alguns casos, ela manifesta todo o potencial de agressividade sistémica e multissistémica. Então, geralmente decorridos muitos anos, haverá lesões articulares periféricas e lesões não esqueléticas ao nível do conjunto cardio-aórtico, dos lobos superiores dos pulmões, do tubo digestivo, da pele (nos casos de espondilite associada à psoríase). Estes aspectos serão abordados mais à frente.

4. 1. EVOLUÇÃO EXPONTÂNEA DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE OU

4. 2. EVOLUÇÃO CONDICIONADA DA ESPONDILITE (ANQUILOSANTE)

4. 1. No passado a espondilite anquilosante teve uma fama trágica. O diagnóstico equivalia a uma condenação de incapacidade a médio prazo por quatro razões:

a) O diagnóstico da doença era feita pelas suas piores consequências tardias. Só eram identificados os piores casos e com atrasos superiores a dez, muitas vezes, quinze anos de evolução.

b) Por não haver critérios de diagnóstico suficientemente apurados nenhum caso era diagnosticado em início, isto é, em tempo de ser tentado qualquer tratamento útil, e a maioria dos casos, isto é, os casos de evolução menos desfavorável nunca eram reconhecidos.

c) Por não estar descoberto que a melhor defesa contra os efeitos desta doença era a actividade física organizada como terapêutica, fazia-se o contrário do que tinha de ser feito: aparelhos gessados correctivos e ortóteses tentando evitar as deformações;

d) A radioterápia era usada para controlo da cor.

4. 2. A descoberta de que o tratamento certo era:

a) um programa semanal de exercícios diários personalizado a cada caso;

b) uma revisão clínica semestral ou anual com um período intensivo de exercícios em piscina terapêutica durante duas ou três semanas;

c) O controlo da dor utilizando anti-inflamatórios (AINEs) e não anti-álgicos ou radioterápia;

O conhecimento de que o rigidez pode ser muito retardada, a anquilose limitada na extensão e a deformidade, que incapacitava funcionalmente e deprimia visualmente, impedida de aparecer, deve obrigar-nos, hoje, a reescrever a evolução da doença para aqueles países que dispõe de uma organização da Saúde digna do nome.

Nesta posição preferimos passar a escrever Espondilite (Anquilosante) significando que há duas evoluções, uma condicionada por medidas preventivas de cidadãos informados de países evoluídos, a outra a evolução dependente de agressividade lesional + incúria própria e institucional e/ou bloqueio de acessibilidades a equipamentos de saúde.

A evolução de um caso de espondilite anquilosante é, hoje, um bom indicador de qualidade para qualquer serviço nacional de saúde e para o nosso SNS.

5. 1. COMPREENDER O NOME DA DOENÇA

5. 2. AS CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES FOCAIS

1. a) Espôndilo significa corpo da vértebra, ou seja, o segmento ósseo anterior que, com os discos intervertebrais adjacentes, constitui a unidade de suporte ou pilar anterior da coluna vertebral;

b) ...ite significa inflamação. No caso desta doença inflamação sem infecção;

c) Anquilosante significa que anquilosa, isto é, que elimina o movimento entre duas peças vertebrais que se tornam solidárias e, numa fase seguinte, adquirem continuidade óssea (fusão óssea intersegmentar).

À medida que perde andares de mobilidade, a coluna vertebral reduz o número de segmentos que, em contrapartida, ficam com o dobro, o triplo, ou o quádruplo do comprimento. Em termos de função mecânica, isso representa um menor potencial de alinhamento às condições de actividade de suporte e a concentração de forças nas zonas de transição de um segmento alongado com os níveis de mobilidade que lhe fiquem adjacentes.

2. As estruturas tecidulares que estão sempre atingidas são as inserções ósseas das cápsulas articulares, dos ligamentos e dos tendões do sistema esquelético axial. Quanto maior for a densidade local destas estruturas maior a probabilidade de haver aí inflamação. É o que sucede a nível das articulações sacro-iliacas e a nível da região dorsal da coluna, onde se concentram um grande número de articulações (cada vértebra medio-dorsal estabelece três articulações com a vértebra abaixo, três com a vértebra acima e duas com cada costela, no total de dez). À situação de inflamação de inserções chama-se entesopatia. Assim, a espondilite anquilosante começa por ser uma entesite ou entesopatia do sistema articular axial, palavras que derivam de entésis (significando união / inserção) e ite (inflamação) ou patia (perturbação / doença). A dor calcaneana plantar referida em 3) é também consequência de uma entesopatia, neste caso, entesopatia da inserção calcaneana da fásia plantar (inflamação da inserção dos músculos da planta do pé).

A entesopatia sacro-iliaca e vertebral é acompanhada por inflamação das correspondentes articulações (artrite espondilítica).

6. COMPREENDER A DIFICULDADE DO DOENTE EM LOCALIZAR AS QUEIXAS

As áreas ricas de entesis são simultaneamente ricas de inervação proprioceptiva pelo que não é de admirar que as entesopatias das espondilites despertem sofrimento doloroso importante. Porque a topografia dessas estruturas não tem correspondência com a distribuição quer dos nervos periféricos, quer dos plexus ou das raízes nervosas, as dores sentidas pelo doente sendo altamente incômodas são comparativamente muito difíceis de localizar e circunscrever, o que pode levantar dúvidas em profissionais de saúde menos “avisados”.

Além do eixo vertebral, são regiões ricas de inserções (enteses) os ísquions (ossos da bacia sobre o quais nos apoiamos quando sentados), os calcanhares, as regiões peitorais e as inserções da musculatura da parede abdominal, quer na bacia quer nas últimas costelas.

Esta diversidade de topografia basta para compreender a dificuldade que a pessoa com EA tem em referir com convicção o seu quadro pessoal de incômodos.

7. QUAL É A ORIGEM DA EA E QUAL É A CAUSA DESENCADEANTE?

As espondiloartropatias são doenças que têm origem em disfunções do Sistema Imunitário que deixa de reconhecer determinadas estruturas moleculares de certos tecidos como pertencentes ao “eu tecidual” do organismo.

O que há de comum em mais de 95% dos doentes de espondilite anquilosante – é a presença da molécula antigénica B27 do sistema HLA. A presença dessa enorme molécula, hoje bem conhecida nos seus componentes e morfologia, representa uma susceptibilidade mas, ainda assim, só uma minoria da população que a possui é que desenvolve a doença, isto é, só 2 a 3% daqueles 8% da população geral que é B27 positiva.

A opinião dos investigadores que se têm dedicado a estes estudos é de que é necessária a acção de um agente exterior ao indivíduo – agente ambiental (microbiano e, possivelmente, bacteriano) para que, nos indivíduos susceptíveis, se dê o arranque do processo autoagressivo inflamatório. De acordo com os dados presentemente disponíveis, o risco máximo de poder vir a desenvolver espondilite será ser filho B27 + uma mãe espondilítica. Nesse caso a probabilidade poderá atingir 30%.

8. COMPREENDER A ESPONDILITE (ANQUILOSANTE) COMO DOENÇA MECÂNICA DA COLUNA VERTEBRAL

Intercalada como uma ponte móvel e elástica entre a bacia e o crânio, a coluna vertebral é um sistema articulado com 27 andares de mobilidade e 25 segmentos de resistência elástica.

O encaixe sagrado no anel pélvico realiza-se por duas articulações, as sacro-íliacas, que funcionam predominantemente como interfaces de implante e de distribuição de pressão de orientação variável conforme o alinhamento da própria coluna e os esforços a que responde.

A união da coluna com o crânio é, pelo contrário, uma ligação de grande liberdade de movimento, distribuída pelas articulações condilianas occipito-atloideias e pelas articulações entre o Atlas e o Axis.

Dizendo de outro modo, a coluna vertebral insere-se na bacia por uma articulação de fixação para, na outra extremidade, se ligar ao crânio por um sistema articular tipo cardan que proporciona o máximo de liberdade mecânica.

A cabeça é sustentada, como um “periférico”, flutuando na ponta de um “chicote de defesa vertical” que absorve continuamente, por adaptação do alinhamento, traumatismos decorrentes de acelerações, vibrações e colisões.

A síndrome mecânica das manifestações espondilíticas das espondiloartropatias constitui uma exposição de todo o SNC aos efeitos mecânicos que a coluna vertebral como sistema axial dorsal vai, progressivamente deixando de ser capaz de absorver à medida que vai diminuindo o número de andares (articulares) de mobilidade e enfraquecendo, por perda de massa óssea e reorganização da morfologia, os andares (segmentares) de resistência elástica.

A espondilite anquilosante é, deste modo, um dos paradigmas do envelhecimento precoce da coluna vertebral, incluindo todos os seus componentes, como iremos abordar mais à frente.

9. TER EM ATENÇÃO OS AZIMUTES DO DIAGNÓSTICO

A tragédia que mais frequentemente atinge os espondilíticos situa-se no erro médico de aceitar como “diagnóstico feito” a síndrome lombálgica, pressupondo (erradamente) que na pessoa nova todas as lombalgias são de etiologia mecânica e, para além dos quarenta anos de idade, de origem degenerativa espondilótica.

A lombalgia de agravamento nocturno tem de desencadear sempre a exclusão das hipóteses de um tumor dentro do canal raquidiano ou de uma espondilite.

Num indivíduo para além dos quarenta /cinquenta anos é provável a etiologia espondilótica (degenerativa) mas, também, só depois de excluir as hipóteses de tumor secundário e de espondiloartropatia pouco diferenciada.

O diagnóstico de lombalgia espondilótica tem de ser feito por exclusão de todas as outras possíveis causas e deve ser revisto sempre que o quadro de sintomas se modifique. O excesso de diagnósticos de lombalgia e de espondilose traduz, muitas vezes, preguiça de perseguir um esclarecimento diagnóstico até o fundamental e, nessa medida, é indicador de má prática médica.

Início progressivo, dificuldade do doente de localizar bem a dor ou, sequer, de dizer bem como ela é, a associação da dor à prisão de movimentos (Dor e Rigidez), agravamento nocturno, melhoria pela actividade física e com os exercícios e banho quente, continuidade das queixas para além dos três meses, possibilidade de um antecedente infantil de artrite súbita e aguda de uma só das grandes articulações dos membros inferiores, antecedente de inflamação aguda de um só dos olhos, possivelmente mal diagnosticada como conjuntivite trivial, referência à dificuldade de permanecer de pé durante “algum tempo”, presença de quaisquer das doenças do grupo das espondiloartropatias nos familiares de primeiro grau, eventualmente, fadiga sem razões evidentes, velocidade de sedimentação elevada, dores esternais ou na base do tórax – nenhum médico pode esperar que tudo isto se manifeste para, só então, fazer o diagnóstico de um quadro óbvio de espondilite anquilosante.

Também não é admissível ficar à espera que os sinais radiográficos de sacro-ileíte venham satisfazer os critérios de Nova Iorque, modificados em 1984, porque isso significaria expor o doente à perda de mais de dois anos de medidas de prevenção de uma possível evolução catastrófica.

Perseguir a certeza do diagnóstico, em termos de exactidão de uma entidade clínica leva a ter diagnósticos fora do prazo de utilidade, sem utilidade real.

Há razões suficientes para utilizar o conceito de espondiloartropatia como nosologia apropriada aos estudos de um painel de doenças que têm um fundo comum a nível das alterações bioquímicas do relacionamento celular.

A síndrome espondilítica, a uveíte anterior aguda, algumas artrites reactivas (incluindo a síndrome de Reiter), a psoríase, as doenças inflamatórias crónicas do tubo digestivo (doença de Crohn e colite ulcerosa) aparecem em terrenos imuno-genéticos comuns ou similares, o fenó-

meno da agregação familiar (cluster) é frequente entre si e têm a estranhíssima característica de terem o mesmo tipo de potencial de manifestações clínicas, isto é, qualquer sinal ou sintomas – que julgamos característica de uma delas, pode aparecer no decurso da evolução de qualquer uma das restantes. Estas e outras razões justificaram a criação do conceito de espondiloartropatia – como um grupo patológico que as inclui, bem como às espondiloartropatias indiferenciadas – que abrangem os casos difíceis de classificar porque estão em fase de início ou são quadros incompletos.

Estes dois conceitos, espondiloartropatia e espondiloartropatia indiferenciada, têm-se mostrado de grande utilidade na prática clínica, permitindo a criação de novos critérios de diagnóstico e tomar atitudes de prevenção secundária nos períodos em que são mais úteis.

É nossa convicção que a utilização do conceito de espondiloartropatia e a aplicação dos critérios de Bernard Amor e do Grupo Europeu para o Estudo das Espondiloartropatias permitem significativas antecipações na prescrição do tratamento condicionante da evolução com impedimento ou atraso e limitação de consequências.

CRITÉRIOS DE BERNARD AMOR PARA AS ESPONDILOARTROPATIAS

1. Dorsalgias ou lombalgias nocturnas e/ou rigidez matinal	1
2. Oligoartrite assimétrica	2
3. Dores glúteas mal localizadas ou mudando de lado	1 ou 2
4. Dedo em salsicha (na mão ou no pé)	2
5. Entesopatia calcaneana (talalgia) ou outra	2
6. Uveíte anterior aguda	2
7. Artrite precedida menos de um mês antes de uretrite ou cervicite não gonocócicas	2
8. Artrite precedida, menos de um mês antes, de diarreia.....	2
9. Manifestações ou antecedentes de psoríase e/ou balanite e/ou Enterocolopatia crónica	2
10. Sinais radiográficos de Sacro-ileíte bilateral em estadio 2 ou Sacro-ileíte unilateral em estadio 3	3
11. Positividade HLA-B27 e/ou antecedentes familiares de Espondilite Anquilosante, síndrome de Reiter, Psoríase, Uveíte ou D. inflamatória crónica do intestino	2
12. Boa resposta aos AINEs, com retorno dos sintomas, quando são suspensos, ao fim de 48 /48 horas.....	2

Estaremos em presença de uma espondiloartropatia sempre que a soma da coluna da direita atingir ou ultrapassar o valor 6.

CRITÉRIOS DO GRUPO EUROPEU PARA O ESTUDO DA ESPONDILOARTROPATIAS

Associação de

- Raquialgia Inflamatória
ou
- Sinovite assimétrica ou predominando nos membros inferiores

com uma das seguintes situações:

- História familiar de espondiloartropatia, uveíte ou enterocolopatia;
- Psoríase;
- Enterocolopatia inflamatória;
- Entesopatia
- Imagem radiográfica de sacro-ileíte

1968, Critérios de Nova Iorque Para a Espondilite Anquilosante (Bennet e Wood)

Limitação da mobilidade da região lombar da coluna vertebral nas amplitudes articulares de flexão anterior, flexões laterais e extensão.

Presença ou história de dor na transição dorsolombar ou na região lombar da coluna vertebral.

Variação dos perímetros torácicos inspiratório / expiratório igual ou inferior a 2,5 centímetros.

I – Haverá diagnóstico fundamentada de Espondilite Anquilosante se:

- c) Uma ou mais destas condições estiver associada a imagem radiográfica de sacro-ileíte bilateral de grau 3 ou grau 4 fica fundamentada a presença de espondilite anquilosante;
- d) Houver associação quer de sacro-ileíte unilateral de grau 3 ou 4 quer de sacro-ileíte bilateral de grau 2 com a condição 1 ou com o conjunto das condições 2+3.

II – Haverá diagnóstico de provável Espondilite Anquilosante se

Houver apenas sinais radiográficos de sacro-ileíte bilateral de grau 3 ou 4.

10. A QUESTÃO DO DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Mais do que repetir o que está disponível em todos os livros de texto preferimos propor **esquemas de atenção e de suspeita**:

- Uma uveíte anterior aguda sem razão conhecida;
- Uma fascíte plantar da inserção calcaneana, impeditiva do indivíduo permanecer muito tempo em pé ou dores glúteas persistentes mudando de lateralidade;
- Uma mono-artrite aguda de uma grande articulação periférica;
- Uma lombalgia, sem contractura lombar unilateral, acompanhada de rigidez ao sair da cama, que se instala progressivamente, persiste mais de três meses, se agrava com o repouso, respondendo bem ao calor, ao exercício físico e aos (medicamentos) anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e respondendo pouco aos anti-álgicos e relaxantes musculares;
- Em certas circunstâncias, o aparecimento de tenosinovite múltipla a nível das mãos e dos pés originando o aspecto de dedos em forma de salsicha;
- Fadiga;
- Aumento (nem sempre) da velocidade de eritrosedimentação e da proteína C com negatividade dos testes para o factor reumatóide mas presença do antígeno B27.
- Qualquer associação disto deve justificar a suspeita diagnóstica de espondilite anquilosante e de outras espondiloartropatias.

Os critérios de Nova Iorque para a EA continuam muito úteis como instrumentos de confirmação de diagnóstico, todavia, porque implicam a existência de alterações lesionais demonstráveis radiologicamente, a sua utilização é indevida se pretendermos fazer o diagnóstico nos primeiros seis meses de evolução.

- Nesse aspecto os critérios de Bernard Amor são vantajosos por permitir estabelecer o diagnóstico em fase pré cicatricial. Pelo menos, enquanto não houver dados bioquímicos e estudos celulares que permitam identificar o início da doença.

O seguimento de um caso de EA ou de espondiloartropatia indiferenciada nos primeiros dois anos, permite estabelecer com relativa segurança a agressividade evolutiva. De referir a inutilidade de requisitar exames oblíquos das SI quando o exame AP da bacia não revela alterações SI. A concordância de B27+ com uma cintigrafia mostrando excesso de captação do tecnécio a nível SI será um bom factor de apoio da hipótese.

Em meu entender, é necessário alargar o quadro das manifestações das espondiloartropatias ao estudo de qualquer delas. Mesmo para a espondilite anquilosante não basta pensar em entesite/artrite inflamatória crónica com possibilidade de surgir um quadro de uveíte anterior aguda.

Nas espondiloartropatias há necessidade de pensar largo. Se, por um lado, a EA está sub-reconhecida como entidade diagnóstica, por outro, dentro das espondilites anquilosantes criteriosamente bem definidas, frequentemente, estão sub-diagnosticadas ou subavaliados quadros de osteoporose, de colite ulcerosa ou de doença de Crohn (com manifestações sub-clínicas), fracturas de fadiga (stress) ou pós traumáticas em evolução para pseudartroses instáveis, patologia pulmonar (ao nível dos vértices), quadros de bronquite crónica com enfisema pulmonar por tabagismo, manifestações de "entesopatia aórtica" com alterações do ritmo cardíaco e insuficiência ou doença aórtica (nos casos de longa evolução).

O referido revela a necessidade de entender sempre esta doença como um colectivo de quadros a detectar, a excluir e a rever ao longo do acompanhamento evolutivo mediante consultas médicas periódicas e disponibilidade de acesso em caso de complicações ou agudização.

11. ADESÃO AO PLANO PREVENTIVO OU DA ANCORAGEM DO EXITO DE UM SEGUIMENTO

Começa a ser dada a devida atenção aos aspectos vivenciais da doença como chave do êxito a longo prazo. Nenhum seguimento é eficaz se o empenhamento do próprio esmorece. O indivíduo espondilítico pode fazer uma rápida aprendizagem de frustrações e desânimo, entrar em depressão e desistir de se tratar ou entrar em choque e ruptura com os familiares, originando disfunção familiar e eventualmente ruptura.

A preparação de um familiar credível para saber quando nada dizer, quando dar ajuda, como saber prestar essa ajuda, pode ser determinante e tão necessário como encontrar para cada caso o seu AINE mais indicado e a sua dosagem mínima eficaz.

A indicação para a conveniência de visitar o núcleo associativo mais próximo da associação de doentes espondilíticos ANEA beneficiando da troca de experiências vividas, de soluções encontradas, de iniciativas em curso, das classes semanais de exercícios e de conhecimentos de acessibilidades são parte do tratamento complexo de uma doença complexa e muito variável de caso para caso e no, mesmo indivíduo, ao longo da evolução.

12. O DIAGNÓSTICO PELA IMAGEM

Em termos de radiologia, o exame mais sensível, embora pouco específico, é o estudo por cintigrafia óssea. Na espondilite anquilosante a imagem obtida revela um excesso de captação do produto radioactivo ao nível das sacro-iliacas. A bilateralidade do facto é importante, porque a artrite infecciosa, por tuberculose ou por febre de malta, dá imagem similar mas, habitualmente, unilateral.

A segurança diagnóstica, que pode demorar cerca de dois anos, virá a ser dada pelo aparecimento das imagens que caracterizam as diversas fases da artrite sacro-iliaca. Ver, adiante, em critérios. O exame simples da bacia em incidência AP é suficiente para confirmação diagnóstica, definição do estadio evolutivo e vigilância da integridade ou comprometimento das articulações das ancas (coxo-femorais).

Nas espondilites consideramos errado o estudo radiográfico de toda a coluna vertebral em película 30x90cm por grandes razões: não tem definição suficiente para ver o que é necessário procurar, sujeita um doente, que pode vir a necessitar de estudos repetidos, a um excesso de radiação em áreas de hematogénese.

Além da radiografia da bacia centrada para as articulações sacro-iliacas e incluindo, sempre, as coxo-femorais, o estudo inicial de uma espondilite/ espondilartropatia deve incluir a região dorso-lombar para pesquisa de eventual formação de sindesmofitos a esse nível.

Se a amplitude das flexões laterais da coluna cervical se revelar diminuída ao exame físico bi-manual, sobretudo em mulheres, estará indicado o estudo radiográfico da coluna cervical, centrado às últimas vértebras e dirigido às articulações postero-laterais.

Para efeitos de documentação evolutiva da perda de elasticidade da coluna e para referência no respeitante ao risco de deformação cifótica preferimos o estudo fotográfico do perfil do dorso com a) a pessoa a beber um copo de água, b) tentando atingir uma prateleira elevada e c) tentando levar as mãos ao pavimento com os joelhos em extensão.

Nos casos, menos frequentes, de evolução com comprometimento periférico distal (mãos e pés) e para estudos viscerais, nomeadamente do coração, o estudo ecográfico é imprescindível.

Em caso de acidente, por ex. colisão automóvel, queda em escadas ou na rua, agressão, todo o indivíduo espondilítico com rigidez de coluna, deve ser socorrido como apresentando fractura instável da coluna vertebral.

Quando há anquilose óssea, perda de trabéculas por osteoporose e remodelação das corticais, a reorientação da estrutura óssea propicia a ocorrência de fractura fora das topografias habituais, difícil de reconhecer pelos meios disponíveis nos serviços de emergência e altamente instáveis.

Em conclusão – Face a uma pessoa com espondilite anquilosante, em fase de anquilose instalada, que sofreu acidente de alguma importância, sobretudo se há espasmo muscular ou dor quando o próprio esboça mobilizar-se, refere parestesias ou são demonstráveis alterações neurológicas por mínimas que sejam, há que pedir a presença de um neuro-cirurgião ou ortopedista de coluna e, com os devidos cuidados, efectuar o estudo da integridade (?) da coluna, do canal raquidiano e da espinal medula por TAC e sobretudo RMN.

13. PROGRAMA DE CONDICIONAMENTO E “RETARDAMENTO” DA EVOLUÇÃO

O essencial do tratamento desta doença é o condicionamento da sua evolução de modo a limitar-lhe os efeitos que conduzem ao envelhecimento precoce do eixo esquelético e à incapacidade global por fixação postural em alinhamento deformante.

A “chave” disso está na execução diária de um programa semanal de exercícios concebidos para, cada vez que são executados, restituírem:

-
1. Ao sistema osteo-articular, os arcos da amplitude de movimento que a inflamação fez perder durante as 24 horas anteriores (ruptura de aderências inflamatórias, interrompendo a organização para fibrose cicatricial);
 2. Aos centros encefálicos do esquema corporal, um quantum de aferências proprioceptivas provenientes dos mecanismos capsulo-ligamentares das articulações interapofisárias e das musculatura satélite loco-regional;
 3. À musculatura satélite das articulações bloqueadas em rigidez reversível a possibilidade de retomarem o tónus normal, após contracções por estímulos nervosos centrais e relaxamento alongamento por reciprocidade da contracção dos músculos antagonistas;
 4. Ao tecido fibroblástico em evolução cicatricial um estímulo para metaplasia em fibrocartilagem, permitindo a conservação de amplitude de movimento com relevância funcional;
 5. Estímulos vectoriais para a manutenção da massa óssea e da normal arquitectura trabecular, limitando e revertendo a remodelação óssea em padrões disfuncionais.

14 . CONDIÇÕES PRÉVIAS NECESSÁRIAS

O tratamento da síndrome espondilítica consiste no condicionamento favorável, isto é, o menos desfavorável que for possível, da evolução do processo – mediante o cumprimento de um rigoroso e personalizado programa semanal de exercícios diários que se propõe à pessoa que enfrenta a doença, e que, depois, será ajustado – mediante observações médicas periódicas, conforme a evolução do caso. As propostas mais cientificamente ajustadas a determinado caso falharão se não se atender ao seguinte:

1. A condução da doença não pode tornar-se o equivalente de uma tortura. Os exercícios tem de ser tornados exequíveis com um prévio controlo anti-álgico. Para esse efeito, os medicamentos especificamente anti-álgicos não tem indicação nas espondilites. A terapêutica indicada são os agentes anti-inflamatórios não esteroides (os AINEs). São eles que tem de ser utilizados no controlo da dor.
2. Há múltiplos agentes AINEs que tanto podem ser agrupados pela morfologia da molécula como pelo mecanismo do seu efeito. O que importa referir é o facto da grande variabilidade de resposta individual, tanto em termos de tolerância (sobretudo gástrica) como em termos de eficácia, tornar necessário encontrar para o caso clínico de cada doente o seu AINE mais adequado. Isso só pode ser atingido por tentativas e referimos aqui este facto para que o doente não perca a inteira confiança no médico que honestamente e segundo a melhor arte se esforça por encontrar, para cada caso, a “melhor química”.
3. A hora de tomar a medicação? Parece sensato privilegiar a protecção do repouso nocturno, permitindo um sono reparador e obter o máximo de efeito anti-inflamatório enquanto as articulações permanecem em longa imobilidade. Assim, é habitual aconselhar a tomada do AINE, acompanhada de alimentos para protecção gástrica, ao deitar.
4. A pesquisa na área dos AINEs prossegue muito empenhada no sentido de obter moléculas com grande capacidade de bloquear os mecanismos da inflamação articular e entésica mas sem potencial para intervir nos mecanismos de defesa orgânica geral.
5. Acompanhar ou não a medicação AINE de um gastro protector terá de ser uma decisão tomada caso a caso por entendimento entre o médico, que conhece os condicionamentos clínicos, e o próprio doente. De qualquer modo, a prescrição de gastro protecção a um indivíduo espondilítico tem de ser administrativamente considerado em paridade com a necessidade de tomar o AINE.
6. Dificilmente se compreende que um individuo espondilítico que necessita de tomar AINE para poder dormir, para poder efectuar os exercícios de condicionamento da evolução e prevenção da incapacidade motora, para o desempenho da actividade profissional e encargos familiares e gastro protectores para colmatar os riscos do anti-inflamatório, não tenha esses dois medicamentos comparticipados a 90%.
7. É impossível cumprir um programa semanal de exercícios diários com a duração de 20 a 30 minutos sem haver preparação de familiares no sentido de gerarem circunstâncias domés-

ticas propiciatórias disso. A abordagem de familiares, nesse sentido, tem de ser considerada pelos prestadores de cuidados de saúde. De outro modo o a pessoa que enfrenta a ameaça anquilosante da “sua” espondilite não tem condições de fidelidade à sua protecção e geram-se quezílias que instalam uma situação de Disfunção Familiar. Uma prestação de cuidados de saúde mal arquitectado no exercício da realidade dos casos clínicos é não só a mais cara como um desperdício e o instalar de uma tradição de má prática.

8. Está provado ser a participação da pessoa com EA numa classe semanal de exercícios para espondilíticos supervisionada por um(a) fisioterapeuta um dos grandes meios não só de fidelizar aos exercícios diários como também de garantir estabilidade emocional, sentido de realidade e encontro de acessibilidades e soluções adequadas face a crises de agudizações e/ou complicações. A classe semanal de exercícios para espondilíticos, para além do valor em si própria é um agente fidelizador do programa semanal de exercícios diários sem o qual não se pode falar de tratamento da expressão espondilítica das espondiloartropatias.

15. PROGRAMA SEMANAL DE EXERCÍCIOS DIÁRIOS

- 1. ADOPÇÃO DE UM PROPGRAMA GENÉRICO**
- 2. CRITÉRIAS PARA UM PROGRAMA PERSONALIZADO**
- 3. A ANCA, UMA ARTICULAÇÃO ESTRATÉGICA**

1. A Associação Suíça da Espondilite Anquilosante adoptou o programa semanal de exercícios diários proposto por Peter Borter e Johannes Niklaus.

Por gentileza dessa associação a ANEA editou em português uma versão autorizada do respectivo manual, para utilização das pessoas que enfrentam a Espondilite (Anquilosante). Em fase inicial da doença e em estadios evolutivos sem comprometimento significativo das ancas ou rigidez extensa da coluna vertebral, este esquema parece-nos suficiente.

Os exercícios são fáceis de apreender, não se tornam aborrecidos com a repetição pela passagem dos dias e, de um modo geral, um programa destes, apesar de uma aparente simplicidade, solicita a mobilização dos andares articulares em maior risco de fixação da rigidez e evolução para fusão óssea intersegmentar.

A respeito da importância de cumprir este ou outro programa equivalente nunca é demais repetir o seguinte: Ingerir anti-inflamatórios não é cumprir o tratamento . É certo que os AINEs são necessários para que o doente de espondilite consiga dormir em paz, possa ter um acordar razoável, encurte o período de sofrimento matinal, possa cumprir as actividades profissionais, cumprir as tarefas familiares e sobretudo FAZER O TRATAMENTO DE DEFESA MECÂNICA.

Se chamarmos tratamento àquilo que realiza o objectivo de conservar a aptidão motora, atrasar o envelhecimento precoce do esqueleto e impedir o aparecimento das deformidades que originam incapacidade global, então o cerne do tratamento inicia-se no rigoroso cumprimento do PROGRAMA SEMANAL DE EXERCÍCIOS DIÁRIOS.

O equívoco de considerar a redução do nível da inflamação, o alívio das dores e o encurtamento do período de rigidez matinal como domínio terapêutico da situação, é o mais curto caminho de chegar a uma evolução catastrófica do caso.

2. Nos casos de evolução agressiva, à medida que os andares intervertebrais perdem mobilidade e anquilosam, a coluna vertebral empobrece como sistema esquelético e transforma-se num número reduzido de segmentos longos e de poucos níveis de mobilidade reduzida sujeitos a sobrecargas de esforço mecânico.

Sempre que já haja défices fixados de mobilidade e de alinhamento importantes é imprescindível um ajustamento dos esquemas propostos, num duplo objectivo:

-
- Manter a exequibilidade do que é proposto;
 - Evitar a focalização de esforços, isto é, a transformação de uma cinética preventiva em sobrecarga de forças nas áreas restrictas de um só nível intervertebral, ainda com mobilidade, ou de um segmento longo (risco de fractura de fadiga (stress) com evolução para pseudartrose).

Nos casos menos frequentes de evolução imparável para anquilose de todos os andares da coluna, o primeiro objectivo passa a ser garantir o melhor alinhamento possível para o longo osso céfalo-pélvico que vai constituir-se. De facto não é a perda de mobilidade entre a cabeça, o tronco e a bacia que causam incapacidade mas o desalinhamento grave que lhe anda associado. Desalinhamento que pode e tem de ser prevenido a qualquer custo.

A personalização do esquema de exercícios é uma decisão de âmbito médico e pressupõe conhecimentos importantes a respeito de biomecânica esquelética, de reserva cardiovascular e de tolerância ao esforço.

Pensamos abordar a personalização do programa semanal de exercícios preventivos da evolução desfavorável da síndrome espondilítica das espondiloartropatias num dos próximos Cadernos de EA.

3. A Anca é um problema diferente por ser uma articulação estratégica em qualquer fase da evolução do quadro axial da doença. Por esta razão, teste periodicamente a mobilidade das suas ancas (articulações coxo-femorais), em especial se a anquilose da coluna está a processar-se apesar dos seus esforços preventivos. Em vez de entrar em pânico, alargue a vigilância às ancas e examine-as, todas as semanas, do seguinte modo:
Deite-se de bruços com os membros inferiores juntos, faça a flexão dos joelhos, até as pernas ficarem na vertical, e comece a afastar os pés. Os pés devem poder afastar-se até as pernas formarem um V aberto e simétrico. Se isso não é possível, se aparece dor numa das virilhas, se uma perna abre muito menos, então torna-se necessário um novo estudo radiográfico da bacia e um estudo da anca que permite menos abertura do V.

16. COMPREENDER A ESPONDILITE (ANQUILOSANTE) NUMA PERSPECTIVA PRAGMÁTICA

Para o entendimento das medidas bloqueadoras da patogénese mecânica das espondiloartropatias há conveniência em compreender a sua tendência evolutiva em termos de mecânica esquelética.

É útil esquecer, por algum tempo, a caracterização da doença como uma situação auto-agressiva, por erro imunitário, em pessoas predisposta pela presença de uma molécula (B27) ligada à identidade molecular tecidual (Sistema HLA) dependente de gene(s) de transmissão mendeliana, que, objectivamente, se exprime como um quadro inflamatório axial peculiar que evolui para anquilose e fusão óssea intervertebral em vez de evoluir para instabilidade.

Numa abordagem mecânica redutora, mas clinicamente muito útil, a Espondilite (Anquilosante) é uma entidade clínica que, em evolução expontânea, origina:

1. Progressiva redução do sistema esquelético axial dorsal considerado como cadeia de interacções mecânicas. Nos casos mais graves essa redução pode atingir a situação de restar um longo segmento ósseo, remodelado, frágil e mal alinhado para a transmissão de forças longitudinais e para o relacionamento das grandes centros de massa;
2. Empobrecimento das aferências proprioceptivas originadas no eixo esquelético dorsal e estruturas satélites;
3. Bloqueio da parede musculo-esquelética torácica num alinhamento de flexão cifótica e expiratória, por anquilose das articulações costo-vertebrais e costo-transversárias;

-
4. Fixação das distâncias entre inserções para a musculatura satélite dos níveis intervertebrais que sofrem anquilose, resultando problemas de troficidade e de regulação do tónus;
 5. Diminuição do diâmetro AP do tórax;
 6. Diminuição do diâmetro vertical do abdómen por aproximação esterno – púbica resultando diástase supra umbilical dos músculos rectos abdominais e hipotonia dos músculos infra umbilicais da parede abdominal com avanço das vísceras móveis e aumento do diâmetro AP da cavidade abdominal;
 7. Afastamento em sentido ventral da linha de carga ponderal relativamente ao pilar de suporte da coluna vertebral por conjugação de factores, nomeadamente anquilose em deslordização lombar e cifose toracolombar ou torácica + aumento do diâmetro AP do abdómen com avanço das vísceras.
 8. Perda de massa óssea cortical e trabecular;
 9. Remodelação da parede cortical anterior do corpo vertebral por desgaste inflamatório dos anéis (entésicos ou epifisários) de reforço e planificação da correspondente arcada transversal da cortical anterior.
 10. Reordenamento do alinhamento e da configuração das trabéculas ósseas;
 11. Desorganização do tonus muscular do grande sistema musculo- aponevrótico dorsal com aparecimento de quadros de sintomas fibromialgia like;
 12. Focalização de vectores, por estarem bloqueados os mecanismos de dispersão e segmentação escalonada de esforços. Consequente risco de fracturas de stress de evolução para pseudartrose grave de cura cirúrgica complexa.

17. O TRATAMENTO DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

A Prevenção Secundária do Défice Esquelético

A nível esquelético, o tratamento da EA consiste no condicionamento da evolução por intervenção sobre os factores de organização do empobrecimento morfológico.

Realiza-se:

1. Atrasando a evolução da rigidez articular e o aparecimento de anquilose;
2. Atenuando a dor de origem capsulo-ligamentar e muscular a nível dos focos inflamatórios, restabelecendo o movimento e a drenagem de metabolitos;
3. Promovendo a génese de aferências proprioceptivas “diluidoras” dos estímulos gerados pela situação inflamatória;
4. Quando a anquilose se torna inevitável, condicionando que ela se estabeleça sem deformidade de alinhamento, isto é, sem desfiguração visual e sem afastamento dos eixos de carga e de suporte nas posições de em pé e de sentado;
5. Prevenindo o aparecimento de deformação cifótica fixada ao nível dorso-lombar que daria origem a:

Colápso toraco-pélvico,

Diminuição da altura anterior do abdómen,

Hipotonia da musculatura da parede abdominal por aproximação de inserções

Limitação da eficácia inspiratória do diafragma e da reposição expiratória em posição alta por pressão intra-abdominal;

6. Prevenindo o aparecimento de deformação cifótica fixada ao nível médio dorsal ou dorsal alto com:

-
- Deslordização cervical,
 - Avanço cefálico relativamente ao tórax,
 - Bloqueio sub-occipital em extensão com limitação do horizonte visual;
7. Limitando a perda de massa óssea (osteopénia /osteoporose) e o associado empobrecimento da arquitectura cortical (configuração) e trabécular (alinhamento dos feixes de reforço);
 8. Gerindo o tonus da musculatura satélite das articulações anquilosadas, o acerto do tonus do sistema miofascial do dorso (resolvendo os problemas “fibromialgia like”) e prevenindo a hipotrofia muscular;
 9. Prevenindo a evolução para dismorfia da cabeça femural, não só durante as crises de artrite, como também durante os períodos de evolução sub-clínica (prevenção do aparecimento de incongruência de superfícies articulares) com exercícios rotatórios em descarga nas posições de decúbito ventral e de sentado;
 10. Controlando as manifestações das entesopatias como um contexto “metastático inflamatório” indutor de disfunções articulares e de aceleração das manifestações artríticas, dando particular atenção às entesopatias isquiática, aquiliana e da inserção da fáscia plantar, por interferirem com o apoio na postura de sentado e com a marcha;
 11. Prevenindo a rigidez intervertebral dorsal fazendo marcha com reforço da dissociação de cinturas, isto é, marcha com rotação em sentidos opostos dos diâmetros biacetabular e biacromial;
 12. Prevenindo a aceleração da evolução catastrófica da anquilose intervertebral em alinhamento incapacitante pela cirurgia da anca com PTA (prótese total) logo que esteja perdida a extensão completa da anca;

Prevenção Secundária de Défice Visual

1. Recorrendo de imediato a um oftalmologista, em caso de sintomas inflamatórios agudos do globo ocular.

Prevenção Secundária de Défice Respiratório

1. Prevenindo ou retardando o aparecimento de rigidez costo-vertebral;
2. Impedindo a anquilose costo-vertebral em deformidade cifótica;
3. Impedindo o encurtamento da distância esterno púbica;
4. Eliminando os factores de bronquite crónica e enfisema pulmonar.

18. A ESPONDILITE ANQUILOSANTE COMO FACTOR DE ENVELHECIMENTO PRECOCE DO SISTEMA ESQUELÉTICO

A EA é uma doença da Arquitectura Corporal que é precocemente envelhecida de modo progressivo. Nesta perspectiva, a Síndrome Espondilítica das espondiloartropatias pode ser estudada como modelo patológico para o estudo do envelhecimento musculo-esquelético humano.

O que é que há de comum entre Síndrome espondilítica e envelhecimento?

Resposta:

A perda de massa óssea, osteopénia ou osteoporose;

A diminuição das amplitudes de movimento dos andares articulares atingidos;

A diminuição do número de andares de mobilidade da coluna vertebral;

A diminuição das aferências proprioceptivas e a alteração da sensibilidade proprioceptiva por

destruição inflamatória e fibrótica de terminações nervosas capsulo-ligamentares, desaparecimento dessas estruturas a nível das fusões intersegmentares e génese inflamatória de estímulos que serão interpretados como dor.

A síndrome mecânica das manifestações espondilíticas das espondiloartropatias representa um modelo natural do envelhecimento precoce do sistema esquelético axial dorsal por uma cachoeira de factores facilmente quantificáveis, com repercussão sobre funções viscerais.

Aquilo que na EA é crónico é a necessidade de, todas as manhãs, ter de reconquistar a liberdade das amplitudes articulares do dia anterior.

Aquilo que na EA tem de ser crónico é a determinação de sobreviver com liberdade corporal, é a determinação de não aceitar gradeamentos dentro do próprio, é a decisão de saltar as grades articulares.

A EA é uma patologia que atinge:

- **A economia de marcha** (bloqueio da dissociação de cinturas);
- **O ajuste mecânico aos esforços**, isto é, da capacidade de aproximar a linha de resistência raquidiana da vertical de carga conforme as circunstâncias. A perda dessa aptidão de variar a geometria do alinhamento agrava a alavanca das cargas agravando os esforços vectoriais, por focalização de vectores;
- **A ventilação pulmonar**;
- **A mecânica da parede abdominal**; interferindo com a altura anterior e, desse modo, gerando hipotonia e diástase de rectos anteriores do abdómen (associação da diminuição do diâmetro longitudinal com o aumento do diâmetro AP) e avanço das vísceras, isto é, afastamento da vertical da linha de carga do eixo do pilar anterior da coluna vertebral.
- **Os mecanismos de absorção de vectores de aceleração e desaceleração**
- **A sensibilidade proprioceptiva.**

19. A TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA PELOS AINEs

O controlo da inflamação não é o controlo da evolução da doença e muito menos o bloqueio do potencial de originar consequências graves. A respeito dos AINE há pontos chave a ter em permanente atenção:

Os Aine tem vantagens e riscos. O doente necessita deles para: poder dormir, ter um acordar aceitável, manter a actividade profissional, social e doméstica, poder realizar o programa semanal de "exercícios espondilíticos" diários. A tomada dos Aine tem estes objectivos.

A escolha do melhor Aine tem de ser feita individualmente por tentativas e mediante confiança recíproca e boa colaboração entre médico e doente espondilítico.

O que resulta melhor num caso seu conhecido pode ser inaceitável para si porque dá pouco efeito ou porque o seu organismo tolera mal essa composição química. Encontrado o medicamento ideal haverá que encontrar, também por tentativas, a dose mínima eficaz. Em algumas pessoas será necessário proteger o estômago dos efeitos secundários do Aine com um medicamento gastro-protector.

Uma vez estabelecido o esquema de tratamento ele deve ser cumprido sem variações. É particularmente inconveniente compensar esquecimentos com doses duplas, a seguir, porque as curvas de efeito terapêutico e de risco de efeitos indesejáveis raramente são paralelas.

Em síntese, a pessoa que enfrenta Espondilite Anquilosante tem de adquirir um sentido de disciplina militar. O que tem de ser, tem de ser a horas certas.

20. A CONDUÇÃO DA EVOLUÇÃO PELA CINESIOLOGIA

- Na espondilite (anquilosante) ou nos quadros espondilíticos de qualquer das espondilolartropatias a cura da doença consiste em, todos os dias, recuperar o movimento que a doença fez perder desde o exercício anterior.
- Um indivíduo diabético necessita de cumprir um regime alimentar apropriado... Do mesmo modo, um indivíduo com espondilite necessita cumprir o programa semanal de exercícios padronizados e, por vezes, personalizado para o caso.
- Para quem, sofrendo de espondilite, teve a sorte de dispor do diagnóstico no início da doença, antes de se terem instalados défices fixos de movimentos e alinhamentos, o objetivo primordial dos exercícios deve dirigir-se à manutenção das amplitudes de rotação do segmento torácico da coluna vertebral, da mobilidade respiratória torácica que lhe está associada, da extensão e flexão da coluna lombar, da capacidade de permanecer 20m deitado em decúbito ventral (na posição de bruços), de ser capaz de se encostar a uma parede de modo a estabelecer contacto com a cabeça, as costas, as nádegas e os calcanhares.
- A capacidade funcional da coluna cervical exercita-se com exercícios de flexão lateral (flexão da cabeça para a direita e para a esquerda), mantendo o queixo retraído, e com exercícios de auto alongação (encostado a uma parede baixar e retrair o queixo e levantar o mais possível a porção posterior do crânio).
- As ancas protegem-se defendendo a esfericidade das cabeças femurais, sobretudo em períodos em que haja dor localizada às regiões inguinais (virilhas), aos trocanteres (saliências laterais das ancas) ou às faces laterais dos joelhos. Um bom exercício pode ser: deitar de bruços algum tempo, se necessário depois de um banho quente e, de seguida, com os joelhos unidos, as pernas na vertical, flectindo os joelhos afastar lenta, progressiva e suavemente, os pés.

O normal é conseguir afastar os pés o suficiente para que as pernas desenhem um V bem aberto e simétrico. Se uma das pernas descai menos e aparece dor na virilha isso pode ser sintoma de artrite dessa coxo-femural, sendo aconselhável um estudo radiográfico de boa qualidade.

- Outro bom exercício para a anca consiste em, na posição de sentado sobre um banco, cruzar uma perna (pousando o tornoselo sobre o joelho contrário) e, a partir dessa posição, deixar cair o mais possível o joelho da perna que cruzou.

Se de um lado o joelho descai menos ou aparece dor na região inguinal (virilha) convém estudar essa anca.

No primeiro exercício testa-se a rotação interna da anca em extensão e adução. No segundo a rotação da anca em flexão e abdução.

- Se esses exames estão bem não é provável a existência de lesões importantes nas ancas e as dores regionais que existam poderão ser consequência quer da sacro-ileite, quer de uma crise inflamatória das inserções dos músculos glúteos (músculos das nádegas) nas cristas ilíacas (quadril) ou de bursite trocantérica (inflamação de uma pequena almofada junto à inserção dos tendões).

21. OUTROS EXERCÍCIOS PERFEITOS PARA QUEM SOFRE DE EA

- Subir rampas ou escadas com as palmas das mãos empurrando as faces anteriores das coxas, logo abaixo das virilhas. Este "truque" reforça e consciencializa a dissociação das cinturas.
- A quadrupedia assimétrica;
- A ponte glútea;
- A mobilização de dorso de gato;

22. ESPONDILITE ANQUILOSANTE – UMA QUESTÃO MECÂNICA

O nosso corpo tem uma geometria (configuração) que está continuamente a ser alterada visando objectivos múltiplos, em especial a economia de esforço, a comodidade, a eficácia, a segurança.

Somos uma geometria que abre para o abraço, fecha para o choque, nos enrola para não perder calor e nos distende para o conforto de um banho de sol.

Mesmo durante o sono, de modo periódico, alteramos a relação com a superfície de apoio e revesamos as partes do corpo em compressão pelo próprio peso.

Noutra perspectiva, é, também, importante compreendermos que não há movimentos isolados do todo corporal. Quando um segmento move, seja um simples dedo, todos os restantes segmentos respondem mecanicamente para manter a inércia, de repouso ou movimento, do todo restante, ou seja do centro de massa de todo o organismo. Nunca há movimentos segmentares circunscritos mas orquestrações muito globais mesmo para actividades aparentemente muito limitadas.

Ao atingir a essência da resposta central, a espondilite anquilosante é uma patologia da organização vectorial da actividade motora naquilo que melhor a define:

- O alinhamento segmentar de conveniência global: posturas de repouso em pé e sentado, de alerta, de vantagem mecânica em esforço, de actividade cinética padronizada;
- A marcha nas suas variantes de marcha em plano sem obstáculos, rampas a subir e a descer; escadas, transposição de obstáculos;
- A ventilação pulmonar pela mobilidade da parede torácica.

23. PARA UM DIALECTO NA COMUNICAÇÃO A RESPEITO DE ESPONDILITE (ANQUILOSANTE)

Em poucas patologias será mais importante dispor de um “dialecto” eficaz, situado entre a linguagem clínica ou científica e a coloquial emotiva / pouco precisa, do que na EA.

Sendo um quadro de riscos e uma situação evolutiva a ter de se ir cuidando durante todos os dias da semana, justifica-se um esforço pedagógico por parte dos médicos e outros quadros da saúde.

24. DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO PATOGENICO ESQUELÉTICO

Estadio pré inflamatório

Susceptibilidade Imunogenética B27

Susceptibilidade agravada pela existência de um familiar do 1.º grau portador de EA ou de outra doença do grupo das espondiloartropatias;

Estadio per-inflamatório

Factores determinantes da estrutura tecidual a sofrer agressão inflamatória (sinóvia, entesis, estruturas não esqueléticas)

Factores determinantes da macro topografia articular:

Articulações S.I.;

Discovertebrais toracolombares;

Interapofisárias cervicais;

Ancas;
Periféricas distais.

Questões:

Interveniência de factores mecânicos?

Osteoporose como resposta à presença de metabolitos inflamatórios?

Papel da inflamação capsulo-ligamentar sobre as terminações nervosas geradoras de aferências proprioceptivas para o centros do esquema corporal?

Papel das entesopatias peitorais e das artrites manúbrio-esternal, da sínfise púbica e esterno-claviculares na cifosização da coluna espondilítica?

Jogo do contexto

Inflamação + Redução da mobilidade intervertebral + Dor + Osteoporose + Desafereciação + Diminuição do n.º de andares de mobilidade intervertebral + entesite da linha média anterior com dor á tracção

Constituição da Síndrome Neuro-Mecânica:

- Enfraquecimento postural do alinhamento corporal por desafereciação e interferência de aferências interpretadas como dor
- Macro segmentação do sistema vertebral com concentração de esforços vectoriais nos andares móveis adjacentes
- Empobrecimento das constelações de mobilidade articular (diminuição do n.º de andares de mobilidade)
- Perda de mobilidade de rotação intervertebral dorsal, extinguindo a dissociação de cinturas durante a marcha e sujeitando a maior esforço as articulações coxo-femorais.

25. ABORDAGEM DAS SÍNDROMAS MECÂNICAS DAS ESPONDILOARTROPATIAS

1. Compreender os estadios pré, per e pós inflamatórios;

2. O eclodir da inflamação: determinantes do desencadear do processo inflamatório auto agressivo;

3. Factores determinantes da topografia da expressão inflamatória:

Como primeira manifestação
Como manifestação dominante
Como manifestação tardia
Como quadros extra esqueléticos

4. A expressão inflamatória esquelética inicial, no respeitante:

Ao Órgão sinovial

Sinovite das monartrites (grandes articulações periféricas)
Sinovite das articulações interapofisárias vertebrais

Ao órgão de inserção capsuloligamentar (Entesis)

Entesite dos ligamentos das artc. sacro-iliacas.

Entesites das articulações axiais (disco-vertebrais toracolombares)

Entesites miofasciais periféricas (entesite calcaneana da fásia plantar)

Entesites tendinosas periféricas (aquiliana, do T. rotuliano)

5. A expressão inflamatória não esquelética inicial

Olho (Úvea)

Uveíte anterior aguda

Tubo digestivo

Doença de Crohn

(Colons) – Colite Ulcerosa

Pele

Psoríase

Tracto Urogenital

Síndrome de Reiter

Parênquima Pulmonar

Alterações fibro cavitárias dos lobos apicais

Inserção Ventricular da Aorta

Septo (Alterações da condução AV)

Aortite (insuficiência aórtica / doença aórtica)

26. ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO DA FUNÇÃO ESQUELÉTICA

ESQUELETO CENTRAL:

Esqueleto Axial Dorsal

Crânio

Arco Pélvico

ESQUELETO VENTRAL:

Face

Suspensão esternocleido-mastoideia

Suspensão Escapulo-occipital

Arcadas costais

Cordeira ventral mastoideio-púbica

AS CINTURAS

OS PERIFÉRICOS DISTAIS

O ESQUELETO SEGMENTAR INTERCALAR

PARTES MOLES

Inserções de ancoragem

Terminações nervosas

Musculatura e mecanismos de transmissão
Tecidos de interstício
Pele

Nota: Estes temas serão abordados em caderno específico.

27. O ENVELHECIMENTO NAS ESPONDILITES

- Estreitamento das amplitudes de movimento dos andares intervertebrais atingidos (níveis de rigidez no sistema);
- Progressiva perda de eficácia mecânica do sistema esquelético axial por sucessivas perdas de andares de mobilidade;
- Alongamentos segmentares com focalização de esforços vectoriais;
- Perda de massa óssea + alteração da micro-arquitectura trabecular;
- Apagamento de morfologia funcional da cortical corporal;
- Empobrecimento aferencial do esquema postural
- Défices de alinhamento postural

Nota: Ver outras abordagens neste manual.

28. AS ESPONDILITES DAS DIVERSAS ESPONDILOARTROPATIAS

Foi reconhecido que um grupo de diferentes doenças com expressão reumatismal, consideradas em termos de prática clínica como entidades autónomas, tinha mecanismos fisiopatológicos comuns ou idênticos e apareciam em indivíduos com afinidades genéticas.

O que dará individualidade clínica a estas entidades será o tipo e proporção dos diversos sinais e sintomas comuns ao grupo. A constatação de existir entre elas o fenómeno da agregação familiar reforça esta convicção.

As doenças em questão são as seguintes, Espondilite (anquilosante), Artrites reactivas (que incluem a síndrome de Reiter), Espondilartrite juvenil, Artrite psoriásica, Espondilites das doenças inflamatórias crónicas do intestino (colite ulcerosa e doença de Reiter), as Espondiloartropatias indiferenciadas e, provavelmente, outros quadros clínicos como Uveíte anterior aguda, SAPHO (sinovite, acne, postulose, hiperostose e osteíte) e SEA (síndrome entesítico-artrítico).

A denominação dada ao colectivo destas nosologias clínicas, encarado como conceito fisiopatológico abrangente, foi de Espondilartropatia ou espondiloartropatias.

Neste conceito de espondiloartropatias a Espondilite (Anquilosante) representa o paradigma no respeitante às manifestações esqueléticas axiais e entesopáticas, razão pela qual é, habitualmente, descrita em primeiro lugar.

Segundo a minha experiência, facilita a compreensão da diversidade dos casos de EA considerar as seguintes síndromas:

Axial, entesítica e artrítica;

Entesítica não axial;

Artrítica periférica;

Orgânicas não esqueléticas.

Na síndrome axial incluímos os quadros de sacro-ileíte; entesite dos ligamentos longos, entesite disco-vertebral, artrite inter-apofisária, entesite capsulo-ligamentar das articulações inter-apofisárias e artrite costo-vertebral/costo-transversária.

Nas síndromas entesíticas não axiais damos destaque à fascíte plantar e às fasciites, isquiática, da crista ilíaca, do contorno inferior do tórax e da região peitoral, por razões de estratégia clínica.

Nas síndromas de artrite periférica incluímos:

(As occipito-atloideias e atloido-axoideias ou charneira sub-occipital);

As da linha média anterior: temporo-maxilares, esterno claviculares, manubrio-esternal e sínfise púbica;

As artrites das ancas;

As artrites dos ombros: acromio-claviculares e gleno-humerais;

As artrites dos joelhos e cotovelos;

As artrites distais (tornoselo e pé, antebraço, punho e mão)

Nas manifestações orgânicas não esqueléticas incluímos:

As uveítes;

A inflamação da inserção ventricular da aorta (os diversos graus de bloqueio do feixe de His e a insuficiência/doença aórticas);

As alterações fibro-cavitárias dos lobos apicais dos pulmões;

29. AVALIAÇÃO DO RISCO EVOLUTIVO

A evolução da doença é muito variável podendo ter períodos de remissão e períodos de exacerbação. De um modo geral deve dizer-se que se está frente a uma forma clínica benigna quando ao fim de alguns anos não há extensão da anquilose à região torácica da coluna vertebral nem artrite coxo-femural.

Nas formas moderadas há diminuição significativa da mobilidade da coluna, há andares intervertebrais anquilosados, isto é, a coluna tem menos andares de mobilidade articular, tem segmentos longos, tem menos mobilidade nos andares não anquilosados, mas não há colapso toraco-pélvico nem avanço cefálico relativamente ao tórax. Pode haver alterações coxo femurais com redução das rotações mas a extensão em adução permite o bom alinhamento em pé e a flexão permite levantar-se sem ajuda estando sentado.

Embora as formas benignas e moderadas sejam as mais frequentes, dez a vinte por cento dos casos manifestam tendência para uma evolução agressiva. Geralmente são caracterizados por:

- Aparecimento da doença antes dos dezasseis anos de idade;
- Uma progressiva anquilose de toda a coluna que se transforma num único segmento ósseo unindo o crânio e a bacia;

-
- Aparecimento de alterações artríticas das ancas originando rigidez articular em posição de défice para a marcha;
 - Aparecimento de manifestações tenossinovíticas nas mãos ou pés (dedos em salsicha);
 - Pouca resposta da inflamação e da dor aos AINEs; com indicadores biológicos de inflamação muito elevados (VS e Proteína C reactiva). Embora a correlação entre os desvios analíticos e a evolução clínica não seja forte, os seus níveis devem ser tidos em conta no contexto.

MANUAL DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE ABORDAGEM ACADÉMICA CONVENCIONAL

Genérico

Espondilite Anquilosante (EA) – doença de potencial sistémico, de agressividade e topografia muito variáveis, caracterizada por manifestações de padrão inflamatório a nível de enteses, articulações cartilagueas e membranas sinoviais, que toma a expressão mais característica a nível do sistema esquelético axial (coluna vertebral e estruturas com ela relacionadas) que está aceite ser uma patologia por disfunção imunitária que ocorre num terreno de predisposição multifactorial no respeitante a incidência, topografia de lesões e padrão evolutivo.

Segundo os dados presentemente disponíveis, o quadro de manifestações esqueléticas pode constituir toda a doença (**espondilite anquilosante essencial**) ou ser parte síndrómica inserida no quadro clínico dum grupo de doenças diversas. O conjunto é denominado por espondiloartrite ou espondiloartropatia e inclui as seguintes entidades clínicas:

A EA, as **espondilites de algumas artrites reactivas**, onde se situa a síndrome de Reiter, a **espondilite psoriásica**, as **espondilites das enteropatias crónicas (doença de Crohn e colite ulcerosa)**, algumas **artrites juvenis** e as **espondiloartropatias indiferenciadas**.

No estado actual do conhecimento, o que se diagnostica como um caso padrão de EA poderá vir a ter uma evolução que, pelo aparecimento de manifestações cutâneas ou do tubo digestivo, necessite a correcção para espondilite psoriásica ou espondilite enteropática, respectivamente. Associadas com a EA estão ainda certas formas de uveíte anterior aguda, caracteristicamente unilaterais, que podem constituir o primeiro sintoma ou tornarem-se recidivantes e, nos casos de longa evolução, manifestações a nível da inserção da artéria aorta, dos lobos superiores dos pulmões e da cauda equina.

Embora a denominação que prevaleceu tenha sido a de espondilite anquilosante, os países com tradição germânica preferem a designação de doença de Bechterew para a espondilite anquilosante, utilizando o nome de quem apresentou a primeira longa listagem de casos – Vladimir von Bechterew, de modo a evitar assumir que a doença seja anquilosante em todos os casos.

Para efeito de trabalhos epidemiológicos e alguns outros, faz todo o sentido continuar a utilizar os critérios de diagnóstico estabelecidos em 1968 (critérios de Nova Iorque) mas, para efeitos clínicos destinados a iniciar o condicionamento terapêutico da evolução espondilítica de qualquer das espondiloartrites em fase inicial pré-cicatrizal demonstrável, o importante é aplicar os **critérios de Bernard Amor** ou os do **Grupo Europeu para o Estudo das Espondiloartropatias** (ESSG European Spondyloarthropathy Study Group) de que falamos adiante.

A prevalência da espondilite anquilosante (número de casos que se podem encontrar em cada 100 indivíduos adultos) reflecte a prevalência dos contextos imunogenéticos das diferentes populações e particularmente dos diversos subtipos da macromolécula B27 do sistema antigénico de histocom-

patibilidade. Poupar argumentos que aqui não fariam sentido, parece sensato dizer-se que para a população residente em Portugal haverá cerca de três pessoas sofrendo de espondilite por cada mil (prevalência de 0,2 a 0,3%) – o que equivale a dizer que haverá em Portugal vinte a trinta mil casos.

Idade de emergência dos sintomas; relacionamento de prevalências no homem e na mulher; relacionamento da agressividade evolutiva no homem e na mulher.

A EA surge geralmente entre os 15 e os 35 anos e é aceite que o aparecimento juvenil é um sinal de provável maior agressividade evolutiva. No respeitante à proporção de homens e de mulheres atingidos, os dados vão no sentido de haver um caso feminino para cada 2 a 3 casos masculinos, mas é possível que a relação venha a descer mais.

Foi suposto que o sexo feminino, além de menos predisposto quanto à incidência, estava protegido contra a potencial agressividade evolutiva. Hoje sabe-se não ser bem assim. O que, genericamente, pode ser dito é que há tendência para que a filha de pai espondilítico que herdou o antígeno B27, se vier a desenvolver a doença, sofra de um caso mais atenuado do que o filho de mãe espondilítica que herdou o antígeno B27, se, também, vier a desenvolver a doença.

Risco de emergência da doença espondilítica

As espondilites das espondiloartrites estão ligadas a terrenos de contexto imunogenético. No grupo das espondiloartrites é frequente a existência de vários casos das diversas entidades clínicas na mesma família de sangue – fenómeno da agregação familiar.

Em particular quando a espondilite é toda a doença – espondilite anquilosante (EA) – há um fortíssimo relacionamento com o antígeno HLA-B27. Mais de 95% dos doentes de EA possuem a molécula B27, são B27+.

Falando em valores aproximados para a população portuguesa, cerca de 8% será B27+ mas, desses, só apenas 2% irão desenvolver a doença espondilítica.

Se o indivíduo B27+ tiver um doente espondilítico entre os familiares de sangue em primeiro grau isso deixa de ser assim e a probabilidade de desenvolver sobe a 20%.

Para ficar claro:

- a) na globalidade da população portuguesa 8% dos indivíduos é B27+,
- b) nessa população B27+ a prevalência de espondilíticos é de 2%,
- c) esses 2% situam-se de forma desigual sendo muito mais elevada para quem tenha pais, avós ou irmãos espondilíticos,
- d) cerca de 5% dos doentes de espondilite não possui o antígeno B27 a explicação para esses casos é de que possuirá outros antígenos com um papel idêntico,
- e) apesar de o antígeno B27 ser um factor de predisposição para desenvolver a EA, o padrão topográfico e a agressividade evolutiva parecem estar dependentes de outros factores imunitários e genéticos. Falta conhecer muito sobre esses contextos

Crítérios Para O Diagnóstico Clínico de Espondilite Anquilosante

1963, Critérios de Roma (Kellgren, Jeffrey e Ball)

2. Imagem radiográfica de sacro-ileíte bilateral associada a uma das seguintes situações:
2. Lombalgia e rigidez com mais de três meses de duração
3. Dor e rigidez torácicas
4. Limitação das amplitudes articulares da região lombar
6. Presença, sequelas ou história clínica de uveíte anterior aguda.

1968, Critérios de Nova Iorque (Bennet e Wood)

4. Limitação da mobilidade da região lombar da coluna vertebral nas amplitudes articulares de flexão anterior, flexões laterais e extensão

-
5. Presença ou história de dor na transição dorsolombar ou na região lombar da coluna vertebral
 6. Variação dos perímetros torácicos inspiratório / expiratório igual ou inferior a 2,5 centímetros

Haverá diagnóstico fundamentada de Espondilite Anquilosante se:

- a) Uma ou mais destas condições estiver associada a imagem radiográfica de sacro-ileíte bilateral de grau 3 ou grau 4;
- b) Houver associação quer de sacro-ileíte unilateral de grau 3 ou 4 quer de sacro-ileíte bilateral de grau 2 com a condição 1 ou com o conjunto das condições 2+3.

Haverá diagnóstico de provável Espondilite Anquilosante se houver apenas sinais radiográficos de sacro-ileíte bilateral de grau 3 ou 4.

Critérios de B. Amor para as Espondiloartropatias (EApts): **Pontuação**

Lombalgias ou dorsalgias nocturnas e/ou rigidez matinal	1
Oligoartrite assimétrica	2
Dores glúteas	
mal definidas	1
saltando de lateralidade	2
Dedo (mão ou pé) em salsicha	2
Talalgia ou qualquer outra entesopatia	2
Uveíte Anterior Aguda	2
Uretrite não gonocócica ou cervicite que antecedeu uma artrite, em menos de um mês,	1
Diarreia que antecedeu uma artrite em menos de um mês	1
Presença de lesões ou antecedentes de psoríase ou balanite ou enterocolopatia crónica	2
Sinais radiográficos de sacro-ileíte bilateral, se em estadio dois ou acima, ou unilateral, se em estadio três ou acima	3
Presença do HLA-B27 ou antecedentes familiares de EA, síndrome de Reiter, psoríase, UAA ou enterocolopatia crónica	2
Melhoria das dores após 48 horas de aine em doses terapêuticas e retorno rápido das queixas às 48 horas de suspensão do mesmo	2

Se desta listagem estão presentes os critérios bastantes para atingir a soma de 6 ou mais pontos, estará presente um caso de espondiloartropatia a esclarecer como entidade clínica

Critérios do Grupo Europeu para o Estudo das Espondiloartropatias (ESSG)

Associação de

- Raquialgia Inflamatória
- ou**
- Sinovite assimétrica ou predominando nos membros inferiores

com uma das seguinte situações:

- História familiar de espondiloartropatia, uveíte ou enterocolopatia;
- Psoríase;
- Enterocolopatia inflamatória;

-
- Entesopatia
 - Imagem radiográfica de sacro-ileíte

Topografia das Manifestações Clínicas (Sinais e Sintomas)

- a) Esqueléticas axiais incluindo cintura pélvica
- b) Esqueléticas não axiais
- c) Oftálmicas
- d) Viscerais

Manifestações esqueléticas axiais

As manifestações mais características da EA estão relacionadas com as articulações sacro-iliacas e com a coluna vertebral. Uma das primeiras é a dor. O que a caracteriza é o aparecimento lento, a localização imprecisa, a ligação aos períodos de repouso, o não ter limites definidos, a dificuldade em ser caracterizada, o não se acompanhar de sinais ou alterações ao exame neurológico, o interromper o sono da madrugada, o facto de se acompanhar de rigidez matinal da região lombar ou do tronco, a boa resposta ao banho quente, à actividade física e aos aine(s).

Para o clínico não cometer o erro grave de adiar por vários anos um diagnóstico fácil tem de compreender que a palavra lombalgia é uma ratoeira e que dor pela face posterior da coxa não significa ciática. Uma lombalgia que se instalou lentamente e se agrava com o repouso e uma dor pela face posterior da coxa que não se acompanha de alterações dos reflexos ou de positividade do sinal de Lasegue, nada tem que ver com lesões discais, com dores de crescimento ou com espondilose. Nessa situação, em indivíduo novo, no diagnóstico diferencial, pode pensar-se em infecção da articulação sacro-iliaca ou de um corpo vertebral por tuberculose ou brucelose, em osteoma osteóide ou em tumor intratecal mas o mais provável é ser Espondilite Anquilosante.

As articulações sacro-iliacas são profundas e muito estáveis, por essa razão, o seu exame manual não é fácil e exige manobras próprias, experiência e aplicação de força. Estão descritas manobras que usam a anca e o fémur como alavancas mas entendo serem mais simples a "impulsão sagrada" e a "abertura da bacia".

Na impulsão sagrada o doente está deitado em decúbito ventral e o médico apoia a porção posterior da mão esquerda sobre a porção superior do sacro e a mão direita sobre a esquerda. O teste consiste em aplicar, de modo súbito, todo o peso do tronco. Se isso provoca dor sagrada ou glútea há artrite sacro-iliaca.

A abertura da bacia faz-se com o doente em decúbito dorsal confortável e com os joelhos semi-flectidos sobre almofada. Nesse posicionamento, o médico cruza os antebraços de modo a colocar a palma da mão direita sobre a crista ilíaca direita e a mão esquerda sobre a crista ilíaca esquerda. O teste consiste em, de modo súbito, exercer pressões em sentidos contrários como se abrissemos uma caixa. O aparecimento da glutealgia que o doente conhece é sinal de artrite sacro-iliaca.

O espasmo muscular da musculatura das goteiras também é um achado inicial frequente. Mandar fazer flexão anterior do tronco na posição de pé e mantendo os joelhos em extensão, revela, mais do que uma diminuição, "um modo cauteloso" do doente a fazer ou "uma falta de harmonia no desenho do arco de curvatura" do dorso.

Estamos a considerar fases iniciais da doenças e não a falar de deformidades instaladas por atraso de diagnóstico.

Manifestações esqueléticas periféricas articulares

Uma forma de início da doença, sobretudo frequente nos casos juvenis, é a mono-artrite (sinovite) de uma grande articulação periférica (frequentemente o joelho) ou uma oligoartrite assimétrica. O erro frequente era considerar um joelho distendido por derrame inflamatório de um adolescente como uma forma de doença reumatóide mesmo quando a pesquisa do correspondente factor

resultava negativa. Atenção, face a uma artrite súbita do joelho de um adolescente sem óbvia razão traumática, procurar a existência das várias doenças do grupo das espondiloartropatias nos irmãos, pais, tios e avós (o fenómeno da agregação familiar existe e tanto para a espondilite como entidade clínica como para o conjunto), pedir o factor reumatóide e a pesquisa do antigénio B27 e tirar as devidas conclusões provisórias alertando o próprio e os familiares para a necessidade de uma seguimento a médio prazo.

Manifestações esqueléticas periféricas não articulares

Uma forma não rara de primeira queixa é o desconforto em permanecer em pé por talalgias plantares, unilaterais ou bilaterais, ou por dores calcaneanas. Essas dores traduzem a existência de entesite (o mesmo que entesopatia) da inserção calcaneana da fascia plantar ou do tendão de Aquiles na tuberosidade do calcâneo.

Manifestações oculares

O diagnóstico de espondilite Anquilosante pode nascer no consultório de um oftalmologista que, face a uma uveíte anterior aguda unilateral, entenda perguntar sobre eventuais dores de repouso nas regiões lombo-glútea ou acerca de dores calcaneanas plantares. Face às uveítes anteriores agudas o risco está em confundi-las com conjuntivites banais e trata-las como tal. Os sinais de alarme para suspeitar de uveíte são a intensa inflamação, a queixa de “areias” no olho inflamado, a impossibilidade de enfrentar a luz, a dor agravada pelo facto de enfrentar a luz com o olho contrário (estando o inflamado tapado). Uveíte anterior aguda é uma urgência para médico oftalmologista; uveíte anterior aguda unilateral é razão para pensar largo, para pensar em termos de patologia inflamatória esquelética.

Manifestações viscerais

O potencial patogénico da espondilite anquilosante inclui o partilhado pelas entidades clínicas agrupadas nas espondiloartropatias (o mesmo que espondiloartrites). Assim, podem surgir, no decurso da evolução, manifestações a nível do sangue, da junção cardio-aórtica, dos lobos superiores dos pulmões, do tubo digestivo (geralmente intestinais), da pele, dos rins, da raízes nervosas da cauda de cavalo. Habitualmente, estas manifestações só surgem após longa evolução e nos casos de maior agressividade patogénica.

Manifestações hematológicas laboratoriais

A pesquisa da proteína C reactiva parece ser o melhor indicador analítico de actividade e deve ser quantificada. Sobretudo nos casos que cursam com artrite periférica, uma elevação da velocidade de sedimentação (que não reflecte com fidelidade a intensidade das manifestações clínicas), uma ligeira e moderada anemia normocítica e normocrómica, uma moderada elevação da imunoglobulina A (IgA) e, por vezes, uma moderada fosfatase alcalina são frequentes.

Concluindo, para além detecção do factor antigénico B27 e da quantificação da Proteína C, as análises sanguíneas são importantes não tanto no respeitante ao processo patológico mas no sentido de verificar que o tratamento aine está a ser bem tolerado. A este respeito os estudos laboratoriais devem incluir hemograma com contagem de plaquetas, ureia, creatinina e testes de função hepática.

Estudos Imagiológicos

Nos casos de manifestações suspeitas mas insuficientes para satisfazer os critérios de diagnóstico, pode justificar-se o pedido de **cintigrafia óssea com tecnésio** e a pesquisa do antigénio B27. A ausência de hiperfixação do tecnésio a nível sacro-iliaco (considerando a sua grande sensibilidade) e um teste negativo para o antigénio B27 (considerando que em 95% dos casos de EA ele está presente) podem ser importantes para excluir essa probabilidade. O inverso (presença do antigénio B27 e hiperfixação sacro-iliaca do tecnésio) acrescentam dados à suspeita mas não são decisivos.

O exame mais útil para confirmar uma espondilite (anquilosante) é, todavia, um dos mais simples – O “simples” **exame radiográfico da bacia em incidência antero-posterior** centrado ao sacro. O aparecimento de imagens de lesões sacro-iliacas que satisfaçam os critérios de Nova Iorque será o arranjar das dúvidas mas ter em conta que estes dados reflectem uma situação que pode estar atrasada de um ou dois anos. Conclusão, a prevenção do atraso de diagnóstico e da perda do melhor momento para iniciar a condução evolutiva da doença de modo preventivo definem a necessidade de aplicar os critérios do Grupo Europeu para o Estudo das Espondiloartropatias ou os critérios de B. Amor, não esperando pelas imagens radiográficas de sacro-ileíte.

A **tomografia axial computadorizada** dirigida às articulações sacro-iliacas é mais sensível que a radiografia simples da bacia e pode esclarecer casos de dúvida.

A **ecografia** tem como principal papel o esclarecimento de algumas situações de entesite, tenossinovite e bursite. Exemplos: identificação da entesite das inserções calcaneanas das fascias plantares nas talalgias plantares, a avaliação dos dedos em salsicha, a separação entre entesite da inserção calcaneana do tendão de Aquiles e bursite.

Onde surpreender as frentes inflamatórias no esqueleto axial

Além das articulações sacro-iliacas; no pilar anterior de D10 (T10) a L1, sob a forma de entesite das inserções dos anéis discais nas corticais dos corpos vertebrais; na junção lombo-sagrada; nas articulações interapofisárias cervicais (sobretudo nos casos de evolução agressiva e em mulheres); nos restantes andares intervertebrais da coluna; nas articulações costo-vertebrais e condrocondrais; na articulação manubrio-esternal (em indivíduos jovens), na sínfise púbica, nas entesises das cristas ilíacas e rebordo inferior do tórax

Onde surpreender as frentes inflamatórias no esqueleto não axial

Nas ancas, nos joelhos (em idade juvenil, a monoartrite reversível do joelho é uma forma frequente de primeira manifestação) e articulações das cinturas escapulares; nas entesises das fascias plantares, dos tendões de Aquiles, dos tendões rotulianos, das inserções glúteas nos grandes trocanteres, e nas inserções dos músculos posteriores das coxas nas tuberosidades isquiáticas

A que estar atento no seguimento médico de um caso agressivo? (A compreensão dos factores intervenientes na lógica patogénica).

- a) A redução de amplitude dos movimentos intervertebrais associada a sucessivas reduções do seu número por anquilose seguida de fusão;
- b) A interferência da inflamação capsular e ligamentar (e subsequente fibrose) com redução das aferências proprioceptivas axiais e a génese de noxas álgicas;
- c) A perda global de massa óssea dos corpos vertebrais associada à perda de morfologia funcional das corticais anteriores dos mesmos corpos;
- d) A hiperémia e a estase regional;

Interagem numa cachoeira catastrófica que (nos casos de grande agressividade patogénica deixada em evolução espontânea não condicionada por exercícios terapêuticos) conduzem à situação de:

- 1. Geometria caótica da arquitectura corporal;
- 2. Relacionamento vectorial anormal entre os centros de massa cefálico e pélvico;
- 3. Desarmonização dos diâmetros e diminuição das capacidades do tórax e do abdómen.
- 4. Concentração de esforços mecânicos.

Este contexto de factores e de consequências intermédias têm de ser entendido pelos médicos responsáveis por um seguimento orientado por objectivos.

Objectivos do seguimento médico da evolução de um caso agressivo de espondilite sujeito a condicionamento evolutivo:

1. Retardar o empobrecimento da coluna vertebral nas seguintes dimensões funcionais:
 - a) Potencial de alinhamentos de vantagem mecânica (mobilidade intervertebral de ajustamento do eixo de suporte);
 - b) Resistência elástica a esforços e traumatismos, dependentes da morfologia funcional e da massa óssea funcional;
 - c) Potencial como órgão proprioceptivo axial;
 - d) Mobilidade ventilatória da parede torácica;
 - e) Dissociação das cinturas pélvica e escapulares permitindo uma marcha de baixo consumo energético e de baixo desgaste estrutural;
 - f) Fixação postural do tronco por tempo suficiente para permitir o desempenho eficaz e bem tolerado das actividades correntes (pessoais, domésticas, profissionais e sociais).

Colheita de parâmetros fidedignos para registo da evolução e reconhecimento de situações de alarme

A plétora de propostas disponíveis nesta finalidade prejudicam mais do que ajudam. Um programa vasto de verificações, embora tecnicamente brilhante para efeitos académicos, é, na realidade clínica, demolidor da sua exequibilidade.

Preferimos o minimalismo essencial.

Para verificar a presença e o grau de rigidez do segmento lombar da coluna vertebral seleccionamos o **teste de Schobber**: -com o indivíduo em pé, definir o nível das duas cristas ilíacas e marcar uma referência cutânea sobre a coluna lombar, a partir dessa referência marcar dois pontos na linha média do dorso, um dez centímetros acima, outro cinco centímetros abaixo, ficando definida uma distância de 15cm.

De seguida, o indivíduo examinado faz uma esforçada flexão de tronco mantendo os joelhos em extensão. Uma nova medição deve constatar que a distância que era de 15 cm se alongou para 20 cm ou mais. Caso contrário define-se uma situação de rigidez lombar. Numa anquilose completa o alongamento não ultrapassará 1 ou 1,5 cm.

Para avaliar o grau de rigidez torácica preferimos a **medição dos perímetros inspiratórios e expiratórios** a nível dos 4.º espaços intercostais;

Para detecção e avaliação do comprometimento do segmento cervical C2 a C7 testamos a **flexão lateral da cabeça** estabilizada nas mãos do observador, no sentido de não permitir associar qualquer rotação compensadora;

Para verificar a mobilidade entre C1 e C2 (a nível do atlas sobre o axis) peço à pessoa doente o **gesto de dizer não com a cabeça**;

Para verificar a mobilidade do crânio sobre o atlas, peço o **gesto de dizer sim com a cabeça**;

Para avaliar o alinhamento global da coluna vertebral peço à pessoa espondilítica para **encostar todo o dorso a uma parede** (pode manter os calcanhares a uma mão travessa de distância) e verificar:

- a) se há um espaço livre entre a região da cintura e a parede (persistência do **alinhamento lordótico lombar** normal,
- b) se o ponto de máximo contacto – **topografia do vértice de cifose** – se verifica a nível da região medio-dorsal (médio torácica),

-
- c) é possível à pessoa examinada fazer contactar com a parede a porção mais posterior do crânio mantendo a horizontalidade do olhar. Se isso não é possível, a distância entre o occipital e a parede toma o nome de **flecha occipital** e define-se uma situação de deslordização cervical ou de cifosização global grave.

Para verificar se um processo de artrite sacro-iliaca espondilítica se está a alargar em sentido cefálico peço à pessoas espondilítica que faça **flexão de ancas e tronco estando em pé**, de perfil para o médico e mantendo os joelhos em extensão;

Para verificar se há artrite ou rigidez das ancas pedir sucessivamente para:

- a) o doente se deitar em **decúbito ventral confortável e simétrico**. Qualquer dificuldade deste posicionamento exige um bom exame clínico da articulação coxofemural onde apareça a dificuldade ou o desconforto;
- b) Nessa posição de decúbito ventral, com os joelhos flectidos em ângulo recto (pernas verticais), pedir para, conservando os joelhos unidos, afastar os pés de modo a que as duas pernas formem um V alargado e simétrico. Este teste compara as amplitudes de rotação interna das articulações coxo-femorais em extensão. A **assimetria do V** traduz menor amplitude de movimento da anca correspondente ao pé que descair menos. O aparecimento de dor na virilha tem o mesmo significado;

No respeitante a **testar os complexos articulares dos ombros**, um teste global aproximativo consiste em, com os cotovelos encostados às paredes torácicas e os antebraços e mãos na horizontal, pedir ao doente que afaste bilateralmente as mãos tudo que lhe for possível. Se a pessoa com espondilite executar esse movimento com facilidade e for capaz de cruzar os braços atrás do tórax não haverá significativo comprometimento artrítico dos ombros. A abdução dos membros superiores é complexa e é mais difícil de avaliar correctamente (pode existir uma apreciável limitação mascarada pela associação de flexão, para os olhos de profissionais menos experientes ou atentos.

Metrologia básica dos défices

O teste de Schobber não é um teste de diagnóstico de EA ou da síndrome espondilítica das restantes espondiloartropatias. É um teste de detecção ou da confirmação da rigidez do segmento lombar da coluna vertebral e a variação do alongamento ao longo do tempo tem muito interesse para a avaliação da evolução dessa rigidez.

Se, existir flecha occipital é obrigatório que ela seja medida em cms e aconselhável que se verifique se há flecha significativa para a apófise espinhosa de C7 porque esta definiria em conjunto com o nível do vértice de cifose o padrão de uma cifose dorsal, dorsolombar, ou global;

Os sucessivos registos dos perímetros inspiratórios e expiratórios do tórax documentará, ao longo do tempo, a eficácia do programa cinesiológico orientado para a prevenção do empobrecimento ventilatório da interface alvéolo-capilar dos pulmões;

As flexões laterais da coluna cervical podem ser avaliadas com algum rigor, tendo o cuidado de impedir as rotações em C1/C2;

A distância dedos solo em flexão anterior do tronco reflecte mais a distensibilidade elástica da musculatura posterior das coxas do que a situação inflamatória articular. Todavia, como uma boa elasticidade desta musculatura é importante para um bom amortecimento durante a marcha, o seu registo periódico faz sentido como indicador da eficácia da "preparação física para a condição espondilítica".

Metrologia para trabalhos de pesquisa

Calin e a escola de Bath estudaram em pormenor conjuntos de indicadores no sentido de definirem escalas de actividade da doença – Basdai (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) e de funcionalidade do indivíduo – Basfi (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index).

Seguimento clínico dos casos de espondilite anquilosante

O médico que aceite responsabilizar-se pelo acompanhamento de um caso de EA deve estar disponível para garantir:

1. A apresentação de um plano preventivo bem estruturado incluindo: a introdução do aine que se mostre mais adequado e um programa semanal de exercícios diários;
2. Tempo de contacto para a (in)formação do próprio e do seu familiar mais influente, visando: a obtenção de uma boa adesão ao plano, a prevenção da disfunção familiar, a prevenção das vigarices dos charlatães de saúde, a definição dos sinais de risco evolutivo ou de emergências (uveíte anterior aguda p.ex.), programa de consultas periódicas imprescindíveis, acesso ao contacto com outros doentes e a correspondente núcleo associativo da Anea.

Topografias não esqueléticas em que podem surgir manifestações de EA

1. Globo ocular – Não fazer diagnósticos de conjuntivite unilateral sem óbvia razão traumática. A uveíte anterior aguda espondilítica existe e é uma urgência oftalmológica;
2. Tubo digestivo – Estão descritas lesões subclínicas da mucosa intestinal. A fibroscopia pode ser necessária para o esclarecimento de casos de colite ulcerosa ou de doença de Crohn (casos de espondilites enteropáticas);
3. Tracto urogenital – Além das uretrites que antecedem três semanas as espondilites das artrites reactivas podem surgir manifestações de cervicite (em mulheres) e de uretrite no decurso de algumas espondilites;
4. Pele – Quando as pontes sindesmofíticas intervertebrais se apresentam pouco regulares, sobretudo a nível dorsal, com aspecto próximo de osteofitos, torna-se necessário reobservar com atenção toda a superfície de pele e, em especial, o bordo livre de todas as unhas na procura de manifestações de psoríase (espondilite psoriásica);
5. Inserção cardio-aórtica – A palpação do pulso, a auscultação cardíaca, o ECG e o ecocardiograma fazem todo o sentido no seguimento de um caso de EA após duas ou três décadas de evolução, no sentido de excluir ou detectar alterações do ritmo cardíaco e de insuficiência valvular aórtica por dilatação do anel fibroso;
6. Lobos superiores dos pulmões – nos casos de grande agressividade patogénica, após longa evolução, podem surgir alterações fibrocavitárias dos lobos superiores dos pulmões que podem simular tuberculose pulmonar, em particular, quando aparece infecção por fungos – aspergillus e ocorrem episódios de hemoptise;
7. Raízes nervosas da cauda equina – Após uma longa evolução podem surgir alterações neurológicas por compressão radicular causada por alterações quísticas das meninges;
8. Rins – Como em qualquer processo inflamatório prolongado, na espondilite pode aparecer insuficiência por amiloidose. A insuficiência renal pode, ainda, aparecer em consequência de uma má utilização dos aine(s). Há que avisar o doente espondilítico no respeitante a não fazer associação de aines e, sobretudo, a não utilizar estes medicamentos de modo errático. É preferível manter uma dosagem recomendada diária durante um período significativo do que pretender suspender repetidamente a terapêutica, retomando-a com doses duplas que acrescentam pouco efeito terapêutico e ultrapassam significativamente a margem de segurança;
9. Sangue – As análises sanguíneas dirigem-se essencialmente a detectar sinais de depressão ou outras alterações da série mielóide, a doseamentos da proteína C reactiva e ao doseamento da ureia e da creatinina.

Esta sistematização não significa que a EA provoque todos estes tipos de danos ou alguns destes danos com tanta gravidade. A sua apresentação a profissionais de primeira linha destina-se a apresentar a doença em toda a sua riqueza e a despertar interesse por ela. Os casos de espondilite não são patologia monótona que corre sempre mal mas, pelo contrário, patologias de diagnóstico fácil, de agressividade, topografia e evolução muito diversificada, que respondem muito bem aos investimentos preventivos e terapêuticos.

MANUAL DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE ABORDAGEM SIMPLIFICADA

ESPONDILITE ANQUILOSANTE (EA) ESPONDILOARTROPATIAS (EApts) Súmula Rudimentar de Conhecimentos Orientadores

1 – Prevalência Provável na População Portuguesa

Entre 2 e 3 por mil, ou seja, nos dez milhões que somos haverá perto de 30.000 pessoas sofrendo de EA, com diagnóstico correcto, sem diagnóstico feito ou com diagnóstico errado.

2 – Risco Genético e Factor Ambiental

A EA é uma doença de terreno biológico e de agente desencadeador ligado a um factor ambiental. Está provada a fortíssima ligação ao marcador antigénico B27 do Sistema HLA em relação com a constituição genética do sexto cromossoma (mais de 95% dos indivíduos com EA são B27 positivos).

Os dados disponíveis vão no sentido de que o referido terreno biológico seja de contexto multifactorial não só quanto à probabilidade de desenvolver a doença como no respeitante à topografia das manifestações e agressividade evolutiva do processo inflamatório (ver seguinte). O agente exterior que activa a susceptibilidade em doença está provado ser uma bactéria para as espondilites que ocorrem integradas numa artrite reactiva (Espondilite da Síndrome de Reiter, por ex.). Para as EA primárias e para outras espondiloartropatias a causa que activa o processo está por determinar.

3 – Factores Determinantes da Localização das Primeiras Manifestações

É suposto que a doença espondilítica se inicie nesta ou naquela estrutura tecidual, nesta ou naquela região, neste ou naquele órgão ou sistema, de acordo com o contexto (leque) de genes e antigénios do terreno biológico individual.

4 – Órgãos e Topografias dos Primeiros Sintomas e Sinais.

Globo Ocular – Inflamação de um só dos olhos, súbita, intensa, sem causa traumática, acompanhada de grande desconforto ao enfrentar a luz com qualquer dos olhos e mesmo com o olho contrário tendo o olho doente tapado. É muito importante não confundir esta situação de Uveíte Anterior Aguda (UAA) unilateral que exige tratamento em oftalmologia com uma banal conjuntivite. Quando a UAA ocorre em indivíduo B27+ com queixas dolorosas lombares – é muito provável estar em início uma EA;

Grande Articulação Periférica – Quando num adolescente e sem razão aparente uma das grandes articulações periféricas (joelho, anca, ombro, tornozelo por ex.) se apresenta em situação de artrite aguda com distensão por derrame sinovial não purulento e essa situação resolve por si em poucas semanas, há que ficar muito atento ao aparecimento de queixas lombares nos anos que se seguem. De facto, esta monoartrite (ou até uma artrite assimétrica de duas ou três articulações) pode ser a manifestação “antecipada” do que virá a ser uma EA;

Calcanhar – A queixa de dificuldade de permanecer parado em pé, por dor calcaneana plantar ou dor na inserção dos tendão de Aquiles, em pessoa nova e, em especial, se bilateral, deve conduzir à suspeita de entesite das inserções das fascias plantares e dos tendões de Aquiles e fazer pensar na possibilidade de EA;

Região Lombar Baixa e Nádega – A descrição clássica e a forma mais habitual da EA se revelar é a forma de dor lombar baixa que se instala de forma progressiva até se tornar muito incómoda mas difícil de definir bem ou de localizar com precisão, que pode atingir a nádega e uma das coxas mas sem descer abaixo do nível do joelho, não acompanhada de qualquer sinal de défice nervoso ou irri-

tação radicular, que pode saltar de lateralidade (passar de predomínio direito para esquerdo ou vice versa), que se agrava com o repouso, interferindo com o sono da madrugada, e se acompanha de rigidez do tronco ao sair da cama, que se alivia com actividade motora, exercícios de tronco, banho quente ou utilização de um medicamento anti-inflamatório não esteroide durante dois a três dias.

Este quadro de queixas dispensa a adição de qualquer dado imagiológico como manifestações radiográficas nas articulações sacro-iliacas e ou na região toraco-lombar que já são sinais de lesões fixadas. Com este quadro a suspeita de EA é tão forte que eliminadas, entre nós, as hipóteses infecciosas de artrite tuberculosa e de artrite melitocócica (artrite ou espondilite pelo bacilo da febre de Malta), o programa de controlo das manifestações inflamatórias e de condicionamento da evolução por um programa semanal de auto-reabilitação diária deve ser iniciado de imediato, isto é, iniciado na oportunidade certa.

Aguardar dados radiológicos que podem tardar um a mais anos pode significar desperdiçar a melhor oportunidade de ser determinante no futuro. A pedir um estudo imagiológico sensível (mas sem especificidade) o que haverá a pedir é a cintigrafia óssea que demonstrará a existência actividade inflamatória a nível das articulações sacro-iliacas.

A existência de dor lombar de agravamento nocturno sem sinais de sacro-ileíte à manipulação clínica (ou ao exame cintigráfico) exige o diagnóstico com tumores primários ou secundários intra-tecais ou, pelo menos, dentro do canal raquidiano.

Região Cervical – Deve ser acrescentado que, sobretudo no sexo feminino, eventualmente, o primeiro sintoma doloroso pode ocorrer a nível cervical.

Em toda a mulher com menos de quarenta anos que se queixe de cervicalgias não agravadas com o esforço, o médico deve começar por testar-lhe a mobilidade lateral da coluna cervical, tendo o cuidado de estabilizar-lhe a cabeça com as mãos, de modo a impedir a substituição por movimentos de rotação e ou flexão/extensão. A flexão lateral testada com os cuidados referidos estuda a região cervical de C3 a C7). Se, de modo simétrico, ocorre uma significativa diminuição justifica-se considerar, como provável hipótese diagnóstica, a presença de EA.

5 – Como Se Diagnostica?

O caminho do diagnóstico em tempo oportuno assenta na compreensão dos quadros de manifestações acima referidos. O primeiro grande drama de quem sofre de EA chama-se credibilidade pessoal e espera por um diagnóstico feito segundo critérios assentes em bases imagiológicas de lesões estabelecidas. Os critérios estabelecidos em Roma, substituídos pelos de Nova Iorque, por sua vez, substituídos pelos de Nova Iorque modificados, são critérios baseados em “factos tardios” se quisermos ter em conta a melhor oportunidade de programar e iniciar a execução das medidas de condicionamento evolutivo, de modo a atrasar os défices e impedir as consequências incapacitantes (prevenção secundária na EA = prevenção primária da perda de aptidões esqueléticas e motoras durante a evolução da EA).

Embora “Os Critérios de Nova Iorque Modificados” sejam insubstituíveis para definir bem aquilo de que falamos em trabalhos de pesquisa e em estudos epidemiológicos, em meu entender, na prática clínica, os critérios mais úteis afiguram-se-me os dirigidos às espondiloartropatias em geral (onde a EA se encontra incluída) sejam os de Bernard Amor ou os do Grupo Europeu para o Estudo das Espondiloartropatias (EApts). A discussão desses critérios ultrapassa o âmbito desta abordagem.

6 – Previsão do Curso Evolutivo da EA Acabada de Diagnosticar

Como doença a EA pode ter todos os graus de agressividade evolutiva, tanto no que diz respeito à rapidez com que evolui cada lesão como no que respeita às áreas que virá a atingir.

Não há uma espondilite, há tantas espondilites (anquilosantes) como casos de espondilite. Para ter uma ideia do prognóstico evolutivo é necessário fazer o diagnóstico cedo, acompanhar a doença dois anos, verificar como o quadro se modificou nesses dois anos, verificar como a frente inflamatória responde ao tratamento e conhecer a personalidade do doente e a correspondente adesão terapêutica (saber como ele enfrentou a doença e aderiu ao plano terapêutico prescrito).

7 – A “Sombra” da Inflamação

A inflamação é a componente evidente do quadro espondilítico da EA primária e das restantes

espondiloartropatias. O grande risco reside em a inflamação esgotar a atenção do médico responsável pelo seguimento de um caso de EA. A inflamação pode encobrir outros aspectos igualmente importantes como: osteopénia (perda de massa óssea); degradação da sensibilidade postural segmentar; fadiga desproporcional às outras manifestações clínicas e laboratoriais; intensa remodelação óssea com, por um lado, apagamento da diferenciação morfológica funcional e, pelo outro, neoformação de estruturas ósseas disfuncionais; repercussão no sistema neuromuscular dos bloqueios articulares; manifestações extra esqueléticas (ver adiante) – são alguns exemplos.

8 – A EA como Doença Mecânica da Arquitectura Esquelética

A EA representa um empobrecimento dos mecanismos de resposta corporal a todas as forças mecânicas que atingem o organismo. Ao fim de alguns poucos anos de evolução, a EA engloba na sua fisiopatologia factores mecânicos. Os casos mais graves são-no na medida em que a questão essencialmente inflamatória se torna essencialmente uma questão de desorganização arquitectónica auto progressiva pelas alterações morfológicas estabelecidas.

No passado foi cometido o gravíssimo erro de tentar prevenir essas alterações mecânicas com aparelhos (aparelhos gessados e ortóteses). Esse erro não pode ser repetido. O tratamento correcto da EA é baseado no movimento no sítio certo, nos momentos certos, com as técnicas de cinesiologia adequadas a cada caso e a cada seu momento de curso evolutivo;

9 – Instabilidade Mecânica nos Casos de Evolução Grave de EA

Nos casos, pouco frequentes, de anquilose progressiva de toda a coluna vertebral pode suceder que, ao nível sub-occipital, em vez de anquilose, ocorra evolução para instabilidade, por predominio de fenómenos destrutivos e amolecimento de ligamentos, que tem de ser detectada antes que origine danos neurológicos centrais. Em especial, a estabilidade C1-C2 (atloido-axial) tem de ser suspeitada e excluída ou confirmada mediante competente imagiologia. O mesmo poderá ser dito para as articulações occipito-atloideias.

Nota importante, cefaleias occipitais e manifestações neurológicas de irritação ou défice radicular não são para serem manualmente exploradas por profissionais demasiado seguros de si e daquilo que sabem porque os riscos são demasiado graves.

10 – A EA como Patologia de Potencial Multissistémico

A EA não é somente a manifestação esquelética, por mecanismo inflamatório, de uma disfunção autoimune sistémica. Na sua evolução podem aparecer manifestações em diversos órgãos e sistemas. O médico encarregado de conduzir a evolução do caso tem de estar atento aos olhos (UAA); ao aparelho circulatório central (insuficiência valvular aórtica e alterações do ritmo cardíaco e da hidráulica circulatória que daí decorrem); aos pulmões (depois de muitos anos de evolução, podem ocorrer alterações fibro-cavitárias dos lobos apicais que os médicos menos avisados podem confundir com tuberculose pulmonar); às manifestações de irritação ou défice radicular da cauda de cavalo por alterações quísticas do saco meníngeo (sobretudo nos casos em que toda a coluna se encontra fundida num longo e único segmento ósseo dorsal).

11 – EA e Espondiloartropatias

As manifestações esqueléticas de EA, com ou sem crises oculares de UAA unilateral, podem constituir toda a doença – a situação diz-se Espondilite Anquilosante Primária, ou constituírem parte (síndrome) de um quadro de manifestações patológicas multissistémicas que engloba um grupo de doenças a que foi dado o nome de ESPONDILOARTROPATIAS – atendendo ao facto de, no decurso de qualquer delas, poderem vir a surgir manifestações de EA e, reciprocamente, a EA poder vir a mostrar-se ser apenas o primeiro quadro de qualquer das restantes.

Assim, os textos médicos de referência definem espondiloartropatia como um grupo de doenças que partilham o mesmo tipo de mecanismo patológico e, por essa razão, o mesmo potencial de sintomas. As doenças presentemente incluídas são as seguintes: Espondilite Anquilosante / Uveíte Anterior Aguda, síndrome de Reiter e outras artrites reactivas, psoríase, doença de Crohn, colite ulcerosa e espondiloartropatia indiferenciada.

12 – A EA no sexo feminino

No passado foi cometido o erro de supor a EA como uma patologia típica do homem e rara na mulher. Embora continuem a ser feitos mais diagnósticos no sexo masculino, a relação homens/mulheres espondilíticoa tem baixado à medida que são propostos, aceites e utilizados critérios mais clínicos. Os dados mais recentes aconselham a referir uma proporção de 2,4 diagnósticos de EA em homens para 1 diagnóstico de EA em mulheres. Talvez esta relação continue a baixar e talvez seja mais adequado fazer a proporcionalidade para as espondiloartropatias como conjunto com melhor suporte científico.

13 – EA no Feminino: Gestação, Parto, Puerpério, Cuidados Maternais Pós Parto.

Os dados presentemente disponíveis parecem permitir a conclusão de que as alterações hormonais, metabólicas e mecânicas da gestação não tem influência significativa na evolução ou nas manifestações da EA durante o período de gravidez.

No respeitante ao futuro bebé pode ser dito que as investigações já feitas não revelam diferenças de saúde entre os filhos de espondilíticas e de não espondilíticas.

No respeitante ao parto, o facto de a articulações estarem fundidas tem pouca importância, em contra partida é muito importante que as articulações coxo-femorais (ancas) tenham uma boa amplitude de abdução em flexão (permitam um bom afastamento de coxas), caso contrário deve ser planeado o recurso “à via alta”, isto é, ao parto por cesariana.

O ser mãe, sofrendo de EA, acarreta, todavia, o risco de descompensação mecânica, com agravamento de sintomatologia nas semanas seguintes ao parto/puerpério, por razão dos esforços decorrentes de levantar e recolocar o bebé no berço (mamadas, banho, a conveniente dose de ternura etc.) e inerentes encargos domésticos acrescentados.

14 – O Risco de Os Descendentes Virem a Sofrer de EA

A EA não é uma doença hereditária e a respeito das espondiloartropatias não faz sentido falar de prevenção genética. O que pode ser transmitido a parte dos descendentes é um contexto de factores genéticos que propiciam uma maior incidência de casos de EA e de outras espondiloartropatias. De acordo com dados disponíveis parece possível dizer-se o seguinte:

O risco de uma pessoa B27 positiva sem familiares de sangue sofrendo de espondiloartropatia (EA e outras) vir a ter de enfrentar uma EA é de cerca de 2%. Os riscos dos filhos de espondilíticos que herdem o marcador B27 (B27 positivos) são mais elevados:

- Se é mulher filha de pai sofrendo de EA o risco é de 14%,
- Se é homem filho de pai sofrendo de EA o risco é de 30%,
- Se é mulher filha de mãe sofrendo de EA o risco é de 40%,
- Se é homem filho de mãe sofrendo de EA o risco é de 60%.

Estes deduções têm todavia de ser interpretadas com reserva. São apresentadas como estímulo da atenção acerca da importância dos estudos de campo e da necessidade de uma boa colaboração entre as associações de doentes espondilíticos e os investigadores.

O que foi dito acima não se aplica aos filhos que não herdem o marcador B27 (B27 negativos).

15 – A Questão de Pedir a Tipagem B27 aos Descendentes

A conclusão praticamente unânime dos maiores estudiosos desta questão vai no sentido de considerar que essa tipagem não deve ser feita por três razões principais:

Não é conhecido nenhum meio preventivo da EA;

A família conhece bem os sintomas da doença para a reconhecer em devido início, se vier a ocorrer;

O detectar que um filho(a) é B27+ acarreta prejuízos pessoais e deforma para a objectividade acerca de manifestações reais da doença, se ela vier a ocorrer.

16 – EA e Prioridade das Soluções Cirúrgicas

Nos casos de correcto (correcto = a em devido seu tempo) diagnóstico não pode ser aceite que seja permitido que a evolução fique espontânea e se “instale” uma deformação cifótica que venha a exigir a tremenda cirurgia que é a osteotomia correctiva da coluna vertebral. Nas deformidades instaladas, havendo condições biológicas que a permitam, e sobretudo se estiver em curso uma pseudartrose destrutiva a nível toraco-lombar, a necessidade de uma osteotomia lombar pode ser uma absoluta emergência de poucas semanas;

Urgência é, também, a artroplastia de substituição total da anca quando uma situação de artrite coxo-femural espondilítica alterou a compatibilidade cefalo-acetabular e impede o correcto alinhamento em posição de pé ou de sentado. As consequências patogénicas sobre a coluna vertebral de protelar esta solução cirúrgica dificilmente pode ser avaliada por quem não possua uma razoável experiência de fazer o seguimento médico de espondilites “mais graves”. Acresce o facto perfeitamente documentado de os tecidos do indivíduo espondilítico reagirem tão bem (ou melhor) à solução protésica que os de um doente artrósico;

Os critérios de cirurgia para as artrites periféricas dos, felizmente, muito raros casos de evolução muito grave ultrapassa o âmbito do que aqui deve ser referido;

A cirurgia da insuficiência valvular aórtica deve respeitar os critérios habituais e os resultados no indivíduo espondilítico não representam excepção. A intervenção protelada para a fase de doença aórtica (associação de insuficiência e estenose) corresponde a intervir com pior prognóstico;

Raramente referida é a cirurgia geral, todavia ela é, no meu entender, uma absoluta necessidade em caso de diástase de rectos abdominais (situação relativamente frequente em espondilíticos), hérnias da parede abdominal e patologias venosas rectais e de membros inferiores.

17 – Farmacologia: Custo / Benefício e O que Há de Novo?

É do conhecimento genérico que o combate da dor espondilítica se baseia na articulação de um anti-inflamatório não derivado da cortisona (não esteroide) – habitualmente designado por aine, com um programa individualizado e personalizado de exercícios mecânicos, com actividade física ajustada ao contexto, com uma vida organizada segundo um ritmo curto de imobilidade / actividade e com banho ou chuveiro quente no momento do dia mais oportuno e viável.

Nos artigos médicos sobre utilização dos aines raramente se encontram referências explícitas no respeitante a: – deve a medicação ser suficiente para controlar efectivamente a expressão inflamatória? ou deve utilizar-se no mínimo bastante para no contexto com outras medidas controlar a dor, tornar o repouso nocturno reparador, permitir a realização diária do programa semanal de exercícios diários, permitir o desempenho de actividade profissional para independência económica?

Esta é uma grande questão porque o custo dos fármacos aines não é apenas financeiro mas também, e perigosamente, biológico. Os medicamentos mais recentes parece terem resolvido o risco da hemorragia e outras perturbações gástricas mas persistem os riscos de função renal que progridem sem dar sintomas até estadios de grave insuficiência global bilateral.

Em conclusão, até que estejam disponíveis novos progressos do conhecimento médico, parece ser sensato:

Usar os aine(s) na dosagem de equilíbrio efeito anti-doloroso / risco de efeitos, sem aumentar a dose prescrita porque o efeito terapêutico adicional será acompanhado por um desproporcional exagero de riscos acrescentados adversos;

Acompanhar a sua utilização com testes analíticos (urina e sangue) da função renal, hematogénea e outras que o clínico responsável pelo caso entenda correcto;

Não utilizar essa medicação de forma indisciplinada e errática mas de modo sustentado, só experimentando interromper a medicação depois de um significativo período sem queixas. Então, se a suspensão durante três dias não desencadear o retorno de manifestações, será lógico manter a suspensão.

18 – EA e Desporto: Esquisto de Prática Desportiva com Utilidade Terapêutica

O cérebro dos desportistas é, frequentemente, permeável a toda a horda de marginais promotores de eventos, competições e agressividades, com federações de actividades lúdicas transformadas

em compulsão de consumismos que deterioram o tempo livre, o bem estar, o centro das razões de viver, o convívio cordato. Em suma, mais vezes do que parecerá aos distraídos, o desporto infectará a qualidade de vida com razões sem razão e, no seu pior, encurtará a esperança de vida. Caro leitor, se tem o azar de enfrentar uma EA, fuja dos fanáticos competitivos, dedique-se ao desporto lúdico que dá prazer com a simples prática e dispense, em sua casa, a cómoda das medalhas e taças. O desporto de competição é uma actividade profissional, uma forma de actividade financeira para o próprio e "circunstantes". Estamos a falar de outra coisa, a falar do interesse de actividade desportiva sensata no condicionamento favorável da "sua" EA.

As trabéculas dos segmentos ósseos, as estruturas capsulo-ligamentares, as interfaces articulares, a musculatura satélite, devem ser solicitadas no máximo de amplitude fisiológica, sem esticões, sem concentração focal de sobrecargas, sem acrescentar micro agressões, que agravem o nível inflamatório ou originem rupturas trabeculares. São de excluir desportos com alto risco de traumatismo violento sobre as articulações periféricas pelo risco de aí activarem a expansão do processo espondilítico. O "ballet" e outras actividades que integram intensas acelerações súbitas são de excluir totalmente.

19. O Básico Essencial Para O Diagnóstico

A forma mais frequente de início da doença num adolescente ou adulto jovem é o aparecimento de um quadro de dores progressivas, muito incómodas mas difíceis de localizar, na região lombar baixa e nádegas, acompanhada de prisão dos movimentos da coluna (rigidez da coluna) podendo atingir as coxas mas nunca descendo abaixo dos joelhos, bilaterais ou unilaterais (mudando ou não de um lado para o outro), agravando-se durante a noite e interrompendo o sono da madrugada, que aliviam com a actividade física, exercícios /ou banho quente, não acompanhadas de sinais neurológicos de défice ou irritação. Como a consulta médico a que o doente recorre se realiza, habitualmente, ao fim do dia (na melhor fase das 24 Horas) a possibilidade de as queixas serem interpretadas como um fenómeno de desajuste social ou profissional (e o diagnóstico falhar) é grande. Os primeiros grandes dramas de quem sofre de espondilite chamam-se credibilidade pessoal e atraso de diagnóstico com desperdício das melhores oportunidades de condicionar de modo preventivo a evolução da doença.

Outras formas de início da doença, frequentes em adolescentes:

Início sob a forma de artrite aguda de uma grande articulação periférica (joelho, anca, ombro, tibio-társica) ou até de duas ou três destas articulações mas de modo assimétrico (nunca os dois joelhos ou as duas ancas etc.). A espondilite anquilosante (EA) está associada a um passado de erros de diagnóstico por preconceitos clínicos. As formas de EA iniciadas por artrite periféricas foram sistematicamente interpretadas como formas bizarras de Artrite reumatóide (AR) com todas as péssimas consequências de um tratamento orientado nesse sentido. EA e AR são patologias totalmente diferentes, são paradigmas diferentes de patologia reumatismal. Embora não haja absolutos em clínica das doenças esqueléticas, de um modo geral, pode dizer-se que a EA destroi as articulações bloqueando-as e fixando as extremidades ósseas intervenientes e a AR destroi as articulações tornando-as instáveis e frágeis.

Não é, também, raro que o primeiro sintoma seja:

Incapacidade de um indivíduo novo permanecer em pé. A necessidade de um adolescente se sentar quando interrompa a marcha mais de alguns minutos, deve levar à pergunta da razão disso. Uma dor calcaneana, plantar ou na inserção do tendão de Aquiles, sobretudo se bilateral, é forte razão para suspeitar de EA e orientar a pesquisa diagnóstica nesse sentido.

Formas de Início Não Esquelético:

– O Globo Ocular: EA e Uveíte Anterior Aguda Unilateral estão frequentemente associadas. O primeiro quadro de sinais e sintomas da patologia que virá a exprimir-se como Espondilite Anquilosante pode ser o aparecimento de uma inflamação ocular aguda, unilateral, súbita e muito incómoda, com impossibilidade de enfrentar a luz, sem óbvia razão mecânica para que tal suceda. Uveíte Anterior Aguda é uma urgência em termos de especialista de olhos (oftalmologista) e, por essa razão, não é raro ser este profissional médico quem encaminhe o doente para o diagnóstico subjacente de EA.

PERSPECTIVAS COMPLEMENTARES

I – SISTEMATIZAR ACERCA DO DIAGNÓSTICO;

Afigura-se vantajoso sistematizar topograficamente o potencial de manifestações que podem ocorrer, algumas das quais pouco frequentes ou tardias no decurso da evolução:

A Nível Esquelético:

- Sacro-ileíte;
- Síndrome entesítica e sinovítica das articulações do sistema axial dorsal (coluna vertebral, ráquis ou espinha dorsal);
- Síndrome entesítico ou entesopatia (inflamação das inserções nos ossos) de tendões e fâscias (tendões achatados em forma de faixa) em áreas funcionalmente muito activas, por ex., a inserção da fascia plantar na superfície plantar do osso do calcânhar (calcâneo), do tendão de Aquiles na parte posterior do mesmo osso, da inserção dos músculos da nádega ou da parede abdominal nas cristas ilíacas e nas costelas;
- Artrite de grandes articulações periféricas;

A Nível Não Esquelético:

- Globo Ocular
- Tracto urogenital;
- Tubo digestivo;
- Pele
- Aparelho circulatório (junção cardio-aórtica)
- Pulmões (regiões apicais)

II – A ESPONDILITE ANQUILOSANTE DE A a Z EXEMPLO DA DIVERSIDADE DE QUESTÕES A SEU PROPÓSITO

- a) Terreno biológico imunogenético de susceptibilidade;
- b) Agentes ambientais que despertem em uma resposta disfuncional;
- c) Arranque da auto-agressão inflamatória;
- d) Contexto genético da topografia inicial da inflamação e do decurso evolutivo;
- e) Mecanismos da dor, rigidez, fadiga, osteopénia, alterações dos testes analíticos;
- f) Empobrecimento de influxos de aferências nervosas para as estruturas neurológicas centrais do esquema corporal;
- g) Empobrecimento do sistema esquelético axial dorsal como órgão sensorial do alinhamento corporal;
- h) Disfunção do alinhamento intersegmentar da coluna vertebral
- i) Remodelação dismórfica do perfil funcional da parede anterior dos corpos vertebrais;
- j) Progressiva perda ascendente (pelvi-cefálica) de andares de mobilidade com alongamento de um pilar deslordisado / cifosado;
- k) Bloqueamento da musculatura satélite dos andares articulares extintos, com perturbação dos mecanismos de regulação do tonus e troficidade;
- l) Sobrecarga dos andares articulares restantes e em particular ao nível do primeiro andar de resposta móvel;
- m) Progressiva perda de massa óssea funcional com aparecimento de estruturas ósseas bloqueadoras de resposta por deformação elástica;
- n) Perda ascendente dos alinhamentos posturais em situação de vantagem mecânica;
- o) Acréscimo de mialgias às dores sinovíticas e entesopáticas;

-
- p) Interferência com a ventilação pulmonar por imobilização costo-vertebral em limite expiratório;
 - q) Interferência com o sistema miofascial oblíquo (toraco-pélvico) da parede abdominal;
 - r) Entesopatias das inserções musculares do dorso, da linha média anterior, da crista ilíaca, e periescapulares;
 - s) Entesopatias periféricas distais: calcaneanas das fâscias plantares, calcaneanas do tendão de Aquiles e outras do membro inferior e do membro superior;
 - t) Alterações do esqueleto fibroso das válvulas aórticas e alteração das funções cardíacas daí decorrentes;
 - u) Alterações fibrocavitárias dos lobos apicais dos pulmões;
 - v) Uveíte Anterior Aguda Unilateral;
 - w) Manifestações próprias das restantes espondiloartropatias;
 - x) Situações cirúrgicas Ortopédicas
 - y) Situações cirúrgicas não ortopédicas: Cirurgia geral / cirurgia cardiovascular;
 - z) Patologias iatrogénicas: por má escolha ou má utilização da medicação prescrita e por descuidos com a vigilância funcional dos órgãos em risco, rim, sangue, fígado, por ex.

III – A EA COMO DOENÇA DE EVOLUÇÃO CRÓNICA:

- a) A necessidade de re-escrever a evolução da EA quando sujeita a condicionamento por programa semanal de exercícios diários;
- b) As condições de eficácia desse condicionamento, meios de (in)formação e acessibilidades sociais e institucionais;
- c) As situações de emergência na decurso da evolução da EA;
- d) Os diversos padrões de manifestações esqueléticas de EA;
- e) Os parâmetros de seguimento a nível médico e a nível do familiar treinado para prestar apoio;
- f) Os instrumentos de avaliação do estadió evolutivo, do défice mecânico, da resistência à fadiga,
- g) A compreensão dos factores de desorganização mecânica, seus sinais de alerta e avaliação da insuficiência esquelética;
- h) O desastre mecânico na evolução da EA, padrões;
- i) O tripé no controlo da evolução: Exercícios de reabilitação diária da perda de amplitudes articulares perdidas nas 24 Horas precedentes + Classe espondilítica semanal + Revisão médica semestral e duas a três semanas de exercícios intensivos em descarga (piscina institucional com temperatura da água igual ou superior a trinta graus Celsius);
- j) A personalização e adequação ao momento evolutivo da prescrição “galénica” da cinesiologia diária e em classe semanal. O acerto do modelo genérico de programa semanal de exercícios diários.

IV – FACTORES GERAIS DE EVOLUÇÃO CATASTRÓFICA NA EA

Na Espondilite Anquilosante são factores de evolução catastrófica:

1. Alta agressividade patogénica do caso clínico;
2. Tempo de evolução livre das manifestações inflamatórias por atraso de diagnóstico;
3. Confusão entre acção anti-inflamatória pela ingestão de AINEs e real programação terapêutica eficaz;
4. Falta de aculturação do principal interessado e de um seu familiar directo de presença próximo;
5. Falta de ou rupturas no acesso aos meios institucionais de seguimento clínico e de resposta imediata, em caso de complicações prováveis mas de data de ocorrência imprevisível;
6. Indefinição de hierarquia de critérios para tomada de decisão;

-
7. Não considerar as calendarizações das observações de seguimento como acções inadiáveis. O cumprimento de um planeamento de seguimento de uma doença crónica evolutiva com potencial incapacitante é uma urgência como qualquer outra urgência médica;
 8. Atribuir a responsabilidade de um programa de seguimento médico de um caso de espondilite ou espondilartropatia a um médico em formação (Internato) ou sem experiência e critérios na patologia ou, sucessivamente, a diversos médicos é propiciar tragédia alheia;
 9. Excluir o familiar mais influente do doente de um mínimo de formação sobre a doença e sobre o modo de colaborar e ajudar no melhor sentido ou obstar a que o doente se integre no núcleo mais próximo da associação de pessoas espondilíticas – Anea.
 10. O pressuposto de que a prevalência da EA é baixa. Preto no branco, a prevalência da EA é similar à de licenciatura em medicina, isto é, a probabilidade de qualquer dos leitores se cruzar, no nosso país, com um doente de espondilite (anquilosante) é idêntica à probabilidade de se cruzar com um médico. Ficará claro de uma vez por todas? Haverá assim tão poucos médicos?
 11. Pressupor que o seguimento criterioso e eficaz de um caso de EA é clinicamente tão simples como fazer o diagnóstico na maioria dos casos. Não é.
 12. Porque o diagnóstico de EA pode ser fácil na maior parte dos casos esquecer, que para o encontrar em fase de espondilartropatia indiferenciada, pode ser necessário ter muita atenção e um alto sentido de suspeita para essa hipótese.

Feito o diagnóstico a seu tempo, com os devidos critérios, cumprida a missão pedagógica individual e familiar, **testados os aines e encontrado o mais eficaz** e melhor tolerado, dirigido o doente à associação de doentes, **estabelecido o programa de tratamento** com intervenção activa e responsabilizado o principal interessado, **calendarizadas as observações periódicas do seguimento clínico**, ainda assim mesmo, **persistem quatro mecanismos que podem conduzir à incapacidade**:

1. A subvalorização do potencial incapacitante da evolução subclínica, continuada;
2. Os tempos desperdiçados em lista de espera para atendimentos médicos em casos de crise de agudização / complicação;
3. As quebras de adesão ou de fidelidade ao programa de auto reabilitação diária por parte do próprio – quebras de adesão (compliance);
4. Os atrasos na execução das intervenções ortopédicas, uma vez definida a sua conveniência.

OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS NA CONDUÇÃO DE UM CASO DE EVOLUÇÃO AGRESSIVA DE ESPONDILITE ANQUILOSANTE

1. Retardar a evolução da rigidez no respeitante a: estreitamento das amplitudes articulares nos diversos andares intervertebrais atingidos; diminuição do número de andares intervertebrais bloqueados por anquilose; perda da possibilidade de anquilose final em alinhamento de conveniência mecânica.
2. Atrasar a metaplasia óssea do tecido cicatricial pós inflamatório promovendo, com intervalos curtos, a ruptura focalizada de aderências a nível das interlinhas de deslizamento, isto é, condicionando a evolução cicatricial no sentido de obter fibrocartilagens “pseudartrose like”;
3. Reforçar os estímulos das aferências neurológicas da coluna vertebral, encarada como órgão central de propriocepção postural, retardando a degradação da sensibilidade ao alinhamento axial;
4. Diminuir a perda de massa óssea (osteoporose) e de diferenciação morfo-funcional trabecular mediante reforço do retorno venoso a nível dos focos inflamatórios por adequada estimulação mecânica das micro-estruturas corticais e trabeculares;

-
5. Manter a estimulação trófica do tecido muscular satélite das articulações inflamadas e reorquestrar a coordenação motora perturbada pela diminuição das amplitudes de mobilidade e número de andares de funcionalidade intervertebral;
 6. Limitar os factores de remodelação óssea e de formação de tecido ósseo ectópico-disfuncional;
 7. Programar a prevenção de acidentes mecânicos e educar comportamentos e medidas de limitação de danos, em caso de ocorrerem;
 8. Não perder o sentido de que a EA e as Eapts são, essencialmente, patologias sistémicas / multissistémicas.

A MEDICINA DE REABILITAÇÃO NA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Abordagem genérica

A reabilitação na espondilite anquilosante começa por ser a perspectiva com que o médico compreende a doença, a sua evolução espontânea e os meios de condicionar essa evolução atrasando e minimizando efeitos patogénicos.

O que se pode fazer depende do que se sabe, da experiência que se tem e das perspectivas com que se joga esse conhecimento no concreto de cada caso, nos condicionamentos da personalidade de cada indivíduo e nas suas circunstâncias familiares e socio-profissionais.

O exemplo de uma outra doença pode ajudar. Na diabetes mellitus a compreensão como patologia auto-imune de genética multifactorial veio alterar muitas convicções fortemente estabelecidas, modificando horizontes de pesquisa, de prevenção e de tratamento.

Prosseguindo, frente a uma espondilite anquilosante, correctamente diagnosticada no período de eclosão clínica, não se deveria falar de reabilitação ou de medicina de reabilitação, mas de medicina física e de habilitação pedagógica do doente. A designação reabilitação ficaria restringida para as sequelas resultantes dos atrasos de diagnóstico ou má condução do seguimento preventivo, para as situações pré e pós cirúrgicas das deformidades cifóticas e, nos casos de evolução agressiva com comprometimento de articulações periféricas, no pré e pós artroplastia.

No entanto, se aceitarmos a existência de um painel de riscos biológicos como expressão de défice, passa a fazer sentido falar de reabilitação em espondilite anquilosante em qualquer estadio evolutivo, mesmo para o estadio inicial sem lesões macroscópicas.

O tempo em que o médico era activo e o doente obedientemente passivo é histórico. Não só passou de moda como representa, hoje, uma má prática. A pessoa sofrendo de qualquer alteração de saúde de evolução prolongada não perde direitos nem obrigações sobre si próprio, com ressalvas quanto às situações de défice mental que aqui não consideramos.

Face ao doente a quem acaba de diagnosticar espondilite anquilosante, o primeiro cuidado de um clínico é impedir que ele naufrague na informação e se torne dependente da doença, desistindo de cumprir o projecto de vida que tenha planeado ou assumido.

Tentar resolver isso fornecendo o mínimo possível de informação é um erro corrente. O que parece cómodo como solução de momento, a rever e complementar mais tarde, leva sistematicamente ao desastre evolutivo. Isso porque o doente impreparado vai “resolver essa questão por baixo”, depressão reactiva, ou “por cima”, rejeitando a doença e vivendo o tempo possível. É muito mais fácil aculturar o doente na hora certa do que tentar fazê-lo mais tarde.

O que é o planeamento efectivo de prevenção secundária?

O que pretendo dizer com isto engloba:

- 1 – A prevenção sem tempos de ruptura,
- 2 – Ao cuidado do próprio doente,
- 3 – Ajustada ao estadio lesional e ao perfil evolutivo de cada caso,
- 4 – Com reforço de familiares e amigos preparados para saberem prestar essa ajuda,
- 5 – Com uma programada supervisão médica periódica,
- 6 – Com listagem de endereços de emergência, considerando a possibilidade de complicações súbitas e imprevisíveis, como é bom exemplo a uveíte anterior aguda.

Persistem questões na espondilite anquilosante que são difíceis de aceitar:

- 1 – O diagnóstico pode ser tão fácil que se torna absurdo tentar compreender que continue a haver atrasos do mesmo, numa altura em que os erros grosseiros da prática médica já despertam consequências jurídicas.
- 2 – O seguimento destes doentes é tão apaixonante, proporcionando um relacionamento profissional médico-doente tão confiante e sustentado, e os resultados tão demonstráveis, que é difícil compreender o porquê de a nossa comunidade continuar a acumular maus resultados a longo prazo. De facto, às iniciativas de um grupo organizado de doentes não tem correspondido uma resposta clínica criativa. Possivelmente, os espondilíticos (doentes de qualquer uma das espondiloartropatias com quadro clínico de E.A.) continuam a justificar pouca atenção devido a **três pressupostos errados**:

-
- 1 – Que a prevalência é baixa em Portugal;
 - 2 – Que o seu diagnóstico não é uma urgência e que a sacro-ileite é um sinal suficientemente “precoce”;
 - 3 – Que, quando o diagnóstico se impõe, a medicina de reabilitação vai suficientemente a tempo do seu papel preventivo.

Acreditar nisto é ruinoso para os doentes espondilíticos pelo seguinte:

- 1 – Diagnosticar E.A. é uma urgência de seis meses. Os critérios de Roma e de Nova Iorque estão ultrapassados pelo aparecimento dos critérios do Grupo Europeu para o Estudo das Espondiloartropatias e pelos critérios de Bernard Amor, que é necessário passar a utilizar.
- 2 – O perfil evolutivo de cada caso diagnosticado em seu devido tempo só pode ser razoavelmente definido ao fim de dois anos de seguimento. Só ao fim desse período é sensato aligeirar as medidas de prevenção secundária, quando houver dados para definir um prognóstico favorável.

À partida, toda a espondilite tem de ser enfrentada como muito agressiva, de modo a não desperdiçar as melhores oportunidades de defesa naqueles casos onde venha a definir-se grande agressividade, quer no respeitante à intensidade da inflamação, quer em termos de extensão topográfica.

No entendimento de tudo isto, **a E.A. exige do médico:**

- 1 – Determinação para informar o doente,
- 2 – Empatia para o proteger da informação,
- 3 – Persuasão pedagógica para que o aconselhamento seja interiorizado e cumprido.

Porque **não há tratamento da E.A. sem habilitação do doente nas técnicas de condicionar a evolução do processo patológico do modo menos desfavorável**, quer atrasando-o, quer impedindo alguns dos seus piores efeitos, não se pode aligeirar a comunicação com o doente.

No entendimento de um contexto de riscos como deficiência, o diagnóstico de qualquer espondilartropatia com manifestações espondilíticas impõe o início imediato de cuidados de reabilitação: Informação, formação e programação de um ritual motor diário: – Eis o problema.

A E. A. é uma tempestade inflamatória, isso é tão óbvio para qualquer pessoa como a dor para o doente que a sofre. Pelo facto de ser assim, até um passado recente, monopolizou todas as atenções terapêuticas, originando muito sofrimento, deformidade, perda de aptidão motora e incapacidade orgânica global. Na percepção do doente espondilítico não informado, tal como numa tempestade em que o raio é quem mata mas é o trovão que assusta, a preocupação de resolver a dor que tira o sono faz cair o doente na ratoeira de aceitar a rigidez em posição de alívio.

Na percepção do médico não actualizado o importante é resolver a inflamação, considerada primeiro motor de todos os males. Assim, a não preparação do doente para a monótona tarefa de todos os dias reconquistar a liberdade articular perdida todas as noites vai determinar o habitual rumo incapacitante.

Não pretendo diminuir a importância da inflamação mas, porque essa importância é consensual, parece-me mais útil abordar outros factores determinantes, frequentemente esquecidos para não dizer sempre esquecidos.

Quando, pela agressividade do caso, se torna de todo impossível garantir a funcionalidade articular, então, há que mudar para um objectivo menos ambicioso: – atrasar a anquilose o mais possível e conseguir que ela venha a constituir-se no alinhamento postural mais conveniente. Saber aceitar a derrota quanto à mobilidade e ganhar no respeitante à postura de conveniência funcional, é uma forma elaborada de preparação para a saúde.

Em síntese, há que ter em conta balizas de orientação antes de qualquer decisão terapêutica porque na E.A. a lógica aparente é enganosa. Se, por um lado, como acabamos de afirmar, a defesa que importa é contra o raio (inflamação), pelo outro, também se compreende mal que o raio não é toda a tempestade, havendo outros factores patogénicos a ter em atenção.

A questão da dor é outra questão de solução ambígua. Parece lógico combatê-la com antiálgicos mas como todos sabem, não é assim.

A dor espondilítica combate-se controlando a sua causa directa que é a inflamação. Controla-se a inflamação e resolve-se a dor. **É o AINE que importa.** Qual deles? Há que encontrar o indicado a cada caso, isto é, ao caso de cada doente. Também a este respeito médico e doente tem de entender-se bem.

Mas a defesa tem de ser mais abrangente. O êxito contra a inflamação é apenas uma batalha necessária para

seguir em frente, um resultado a ser aplicado de imediato, um investimento preparatório de outras aplicações. Dito isto, entremos na intervenção fundamental que, para vantagem de exposição, se pode resumir em itens:

- 1 – **Habilitação comportamental.** Isso inclui informação, formação do próprio, formação de um familiar próximo com estabilidade emocional e poder afectivo, e proposta de contacto com a associação nacional de espondilíticos – ANEA.
- 2 – **Controlo da inflamação** (e, deste modo, da dor, conforme já referido), encontrando, por tentativas, o AINE mais indicado ao caso de cada doente.
- 3 – **Aplicação de um esquema global de reabilitação**, entendida numa perspectiva não bloqueada por definições rígidas. Assim, naquilo que pode importar ao doente espondilartropático, consideramos ser do âmbito da MFR:
 3. 1 – Compensar os défices fixados pela utilização criteriosa de reservas funcionais a diagnosticar (potencial de reabilitação);
 3. 2 – Atrasar a evolução da doença e condiciona-la de modo a limitar os resultantes défices e lesões estruturais, mediante participação activa do próprio doente espondilartropático.
 3. 3 – Dotar esse doente com planos de procedimentos e endereços de emergência, face à eventual ocorrência de complicações agudas imprevisíveis, de que é bom exemplo a uveíte anterior aguda..
 3. 4 – Garantir uma boa “compliance” (concordância, adesão e persistência) do doente ao plano de tratamento e prevenção, nomeadamente no respeitante à execução dos exercícios diários.
 3. 5 – Prevenir o colapso da personalidade pela depressão reactiva ou pela neurose de ansiedade, face a uma situação nova sem saber o que fazer e a quem recorrer.
 3. 6 – Prevenir a disfunção familiar, quer entendida como doença do agregado, quer como fonte adicional de sofrimento para o próprio ou, ainda, como desperdício de um importante factor de apoio terapêutico.
 3. 7 – Aceitar a intervenção da associação de espondilíticos na especificidade da suas competências, referindo-a ao doente espondilartropático e não recusando dialogar com ela.
 3. 8 – Apoiar o doente espondilartropático nos seus direitos de saúde, como perito da função motora do aparelho musculo-esquelético.
- 4 – **Ter o sentido dos objectivos funcionais a perseguir.** Significa isto reabilitar à luz dos últimos conhecimentos da fisiopatologia mecânica. Dizendo de um modo mais sugestivo, de uma fisiopatologia mecânica que considere relevantes os seguintes aspectos:
 - 4.1 – Defender a viabilidade mecânica de uma ventilação pulmonar suficiente para esforços de grau moderado e médio, mesmo quando a anquilose intervertebral se venha a processar. A este respeito, o importante é raciocinar em termos geométricos e compreender bem as relações espaciais entre a bacia e o tórax, tendo presente a necessidade de defender, a qualquer custo, a altura anterior da parede abdominal. Como órgão motor, o diafragma interage com a tonicidade muscular da parede abdominal e depende tanto da volumetria abdominal como da torácica, cuja importância é mais evidente.
 - 4.2 – Defender a normalidade do alcance visual. Na posição de pé, o alinhamento correcto da cabeça permite manter em harmonia as informações proprioceptivas recebidas das estruturas musculo-esqueléticas cervicais, labirínticas e oculares. Há, que pensar na eventualidade de uma futura anquilose de toda a coluna. Isso implicará marcha sem sincinésias de tronco e propensão para desequilíbrios e quedas. Com o horizonte visual reduzido a alguns passos em frente, a segurança da marcha será mínima.
- 5 – **Defender a normal esfericidade das cabeças femurais**, isto é, a congruência das superfícies articulares das ancas, porque, o esforço de carga durante a marcha agrava-se com a perda da rotação interna.

O que há a fazer ?

Deitar de bruços com os membros inferiores juntos e os joelhos flectidos a 90°.

Nessa posição afastar os pés o mais possível e lentamente voltar a uni-los.

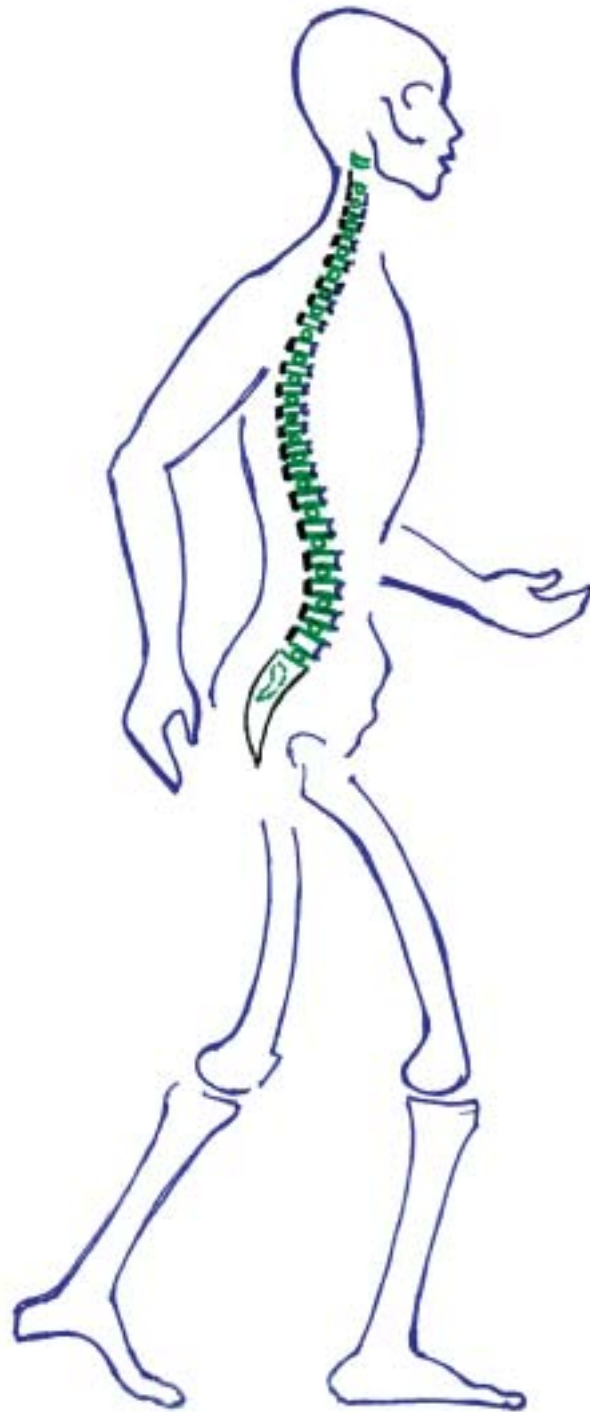
Sentar com as ancas flectidas a 90° e cruzar, alternadamente, as pernas. De cada vez tentar que o joelho da perna cruzada desça o mais possível.

Estes dois exercícios são simples mas de extrema importância. A dificuldade em executa-los deve constituir um sinal de alarme.

Quando a artrite espondilítica da anca entra em fase de crise é de extrema importância limitar os períodos de marcha e utilizar ajuda mecânica na mão contrária, de modo a obter significativa descarga da pressão articular. Isto só é possível se as diferentes articulações do ombro contralateral permitem suportar o esforço compensatório.

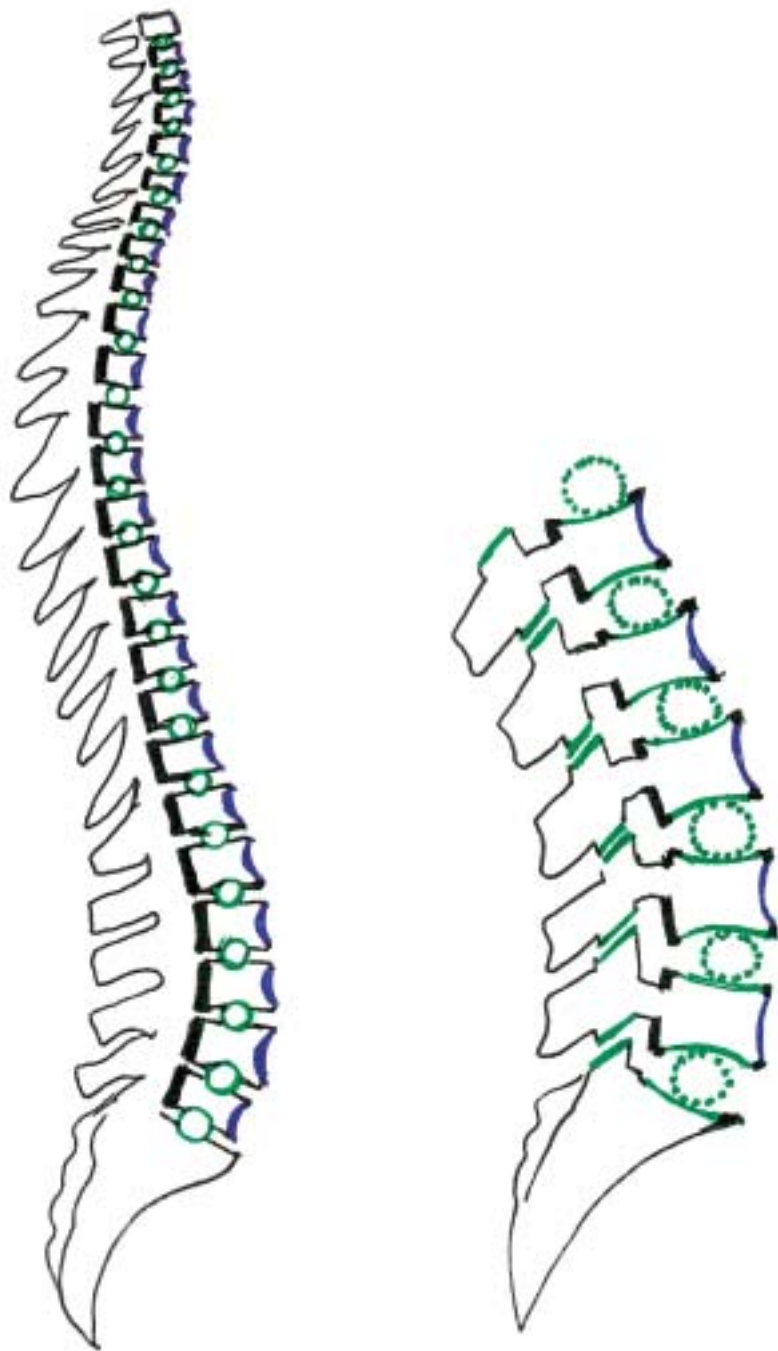
-
- 6 – **Vigiar o esqueleto periférico.** As espondiloartropatias podem manifestar-se como artropatias periféricas, como teno-sinovites e como entesopatias. Não esquecer que a artrite aguda e assimétrica o joelho pode ser o primeiro sintoma, sobretudo em adolescentes, e que o tratamento físico é particularmente indicado para lesões de partes moles referidas.
- 7 – **Estar atento ao padrão de marcha.** Muitas pessoas tem um padrão de marcha muito traumatizante para as articulações tornadas plásticas pela inflamação. Se é esse o caso, há que prescrever treino correctivo de marcha e, além disso, prescrever uso de calçado com tacão de borracha macia e sola em cabedal. Desse modo atenua-se o choque de calcanhar e permite-se melhor reconhecimento sensorial do pavimento. Nos casos mais rebeldes, a terapêutica será prescrever o uso de palmilhas plantares para redistribuir a carga.
- 8 – **Orientar o doente no que diz respeito à protecção traumatológica, face à eventualidade de um acidente,** nomeadamente de estrada. Quem possui viatura própria tem de ajustar o SEU ASSENTO às características da SUA COLUNA VERTEBRAL: Encosto de cabeça, apoio de costas, assento, cinto de segurança volante, podem constituir um sistema de salvação ou um sistema de morte. Todo o condutor espondilítico deve verificar semanalmente este conjunto: – Sentado na posição de condução, empurra com força o volante e, enquanto faz isso, tem de sentir a cabeça, o dorso, a cintura, as nádegas e as coxas, transmitindo pressão às diferentes partes do assento. Se tal não suceder, não virá a ser defendido em caso de colisão. É, também, muito importante que, estando a olhar em frente, o contacto do crânio com o apoio de cabeça se dê à altura dos olhos..
- 9 – **Considerar a fadiga como um dos síndromas relevantes das espondiloartropatias,** a avaliar e ter em conta. No contexto desta patologia representa um mecanismo intercalar, é uma resultante e é um factor. É consequência do desperdício energético causado pela inflamação, das dificuldades do repouso nocturno, do agravamento dos custos energéticos da actividade motora por perda de sincínias de ajuste do centro de gravidade, por perturbações do tonus muscular dependentes da perda de articulações intercaladas. É um factor de evolução desfavorável porque contribui para a perda do bom alinhamento corporal e, nessa medida, para a rigidez em postura incapacitante. Uma parte significativa do êxito das classes de exercícios espondilíticos repousa na melhoria da aptidão de esforço. Nas espondiloartropatias a fadiga anormal não se corrige com repouso acrescido mas com exercícios prescritos de modo individualizado às circunstâncias.
- 10 – **Nas espondiloartropatias qualquer novo défice focal altera os contextos funcional e de risco evolutivo.** É particularmente importante compreender e respeitar os tempos cirúrgicos de intervenção ortopédica. Protelar a artroplastia de uma anca artrítica em que a incongruência de superfícies interfira com as amplitudes de extensão e flexão funcionais da marcha, originando sobrecarga destrutiva da anca colateral e da coluna vertebral, é destruir todo um seguimento e um projecto de prevenção / reabilitação com um único erro. Há outras cirurgias, ortopédicas ou não, que tem o seu tempo próprio. Um bom exemplo é a aplicação de prótese valvular aórtica em caso da correspondente insuficiência descompensada. Não compete aos políticos definir que estes casos e outras situações, são urgências para a pessoa sofrendo de espondiloartropatias. Urgências de semanas ou meses, mas urgências nesses prazos, isto é, situações que não podem entrar na mesma lista de espera são competência e obrigação clínicas.
- 11 – **A depressão, existe na E.A.,** reactiva ou não, e há que entendê-la de modo idêntico ao utilizado para a fadiga. A depressão é consequência de um contexto de dificuldades e desvalorizações sentidas e é, por sua vez, factor importante de evolução desfavorável. Por vezes inter-actua com a disfunção familiar criando situações de difícil ajuda.
- 12 – **A uveíte anterior aguda** inclui-se no quadro clínico das espondiloartropatias. A previsão da necessidade de recurso de emergência a um serviço de oftalmologia obriga a que o espondilítico possua uma listagem de acessos disponíveis e uma adequada informação sobre a evolução do seu caso.
- 13 – **A defesa contra as consequências adversas das espondiloartropatias assenta na utilização efectiva e disciplinada da informação relevante** que, em seu devido tempo, tenha sido prestada de modo pedagogicamente adequado à personalidade da pessoa espondilítica e aos contextos de: – lesão, disfunção, prognóstico evolutivo, situação familiar e projecto de vida, este último a compatibilizar na medida do bom senso. Significa isto ter de defender o espondilítico com a ajuda dos seus melhores (familiares e amigos) e, também, com a ajuda daqueles que enfrentam idênticos problemas e dificuldades, com coragem, disciplina, solidariedade de grupo e organização. Esquecer o papel da família e da respectiva associação de doentes crónicos, quando a haja, será pretender exigir demasiado do doente. Importa preparar-lhe os familiares nas técnicas de prestar-lhe a ajuda certa no momento certo, sem irritar, sem humilhar, sem ofender por imperícia. É um objectivo obrigatório do médico que faz o diagnóstico e assume o encargo do seguimento. Felizmente, existe em Portugal uma associação nacional que pode prestar esta ajuda em correcta articulação com os diferentes interlocutores: – a Associação Nacional da Espondilite Anquilosante (ANEA).
-

ICONOGRAFIA DE APOIO



1.ª Figura

A coluna vertebral como um alinhamento em pilha de segmentos (corpos vertebrais) e de juntas (complexos articulares disco-vertebrais e articulações interapofisárias) capaz de geometria variável e de movimentos interdependentes.



2.^a Figura

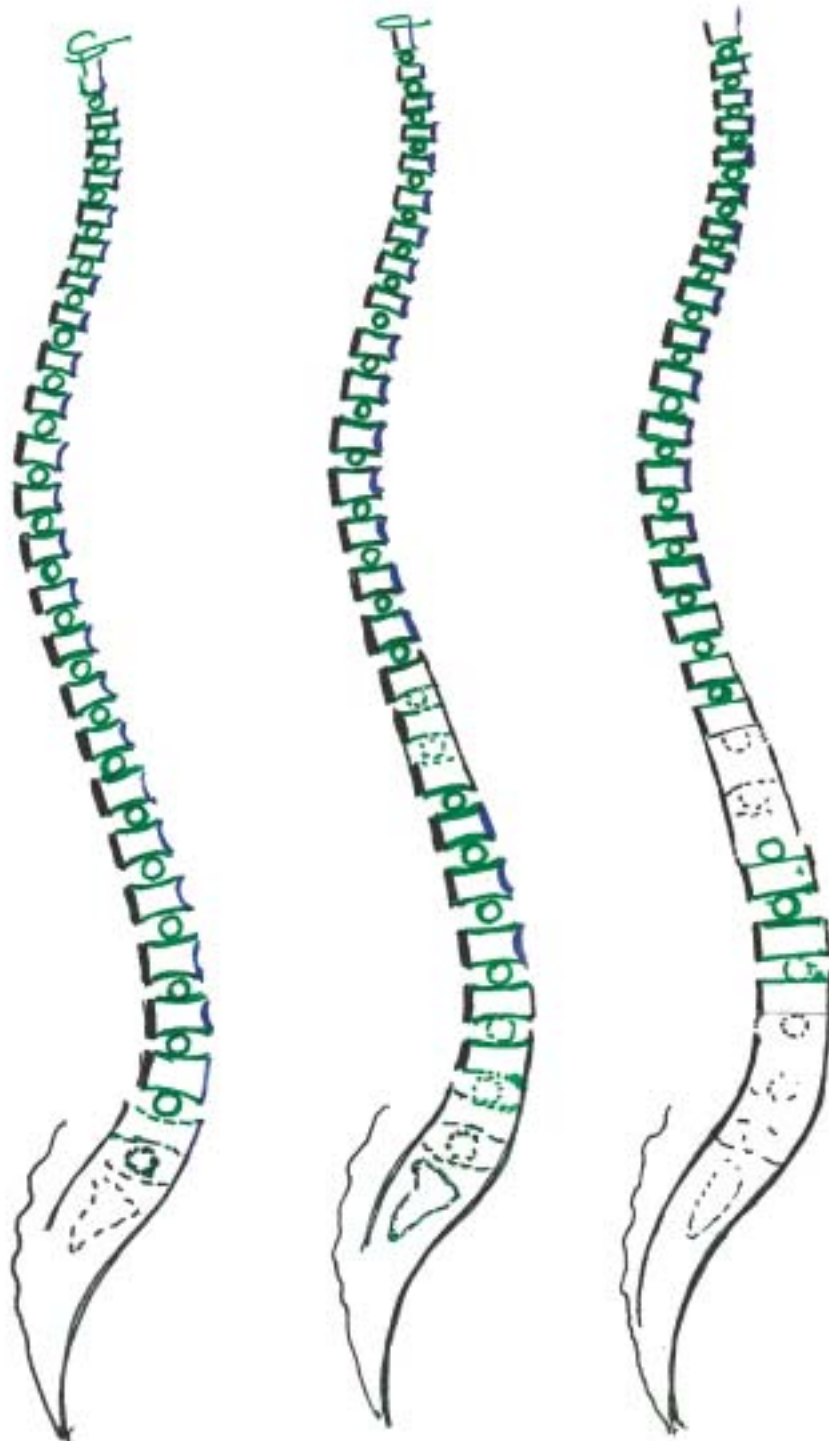
Componentes Esqueléticos resistentes às forças de compressão:

Pontuado a verde – O disco respondendo como estrutura plástica e hidrostática;

A verde contínuo – As cartilagens dos pratos vertebrais e das diartroses interapofisárias;

A azul – A cortical óssea das faces anterior e antero-laterais dos corpos vertebrais, dotada de elasticidade;

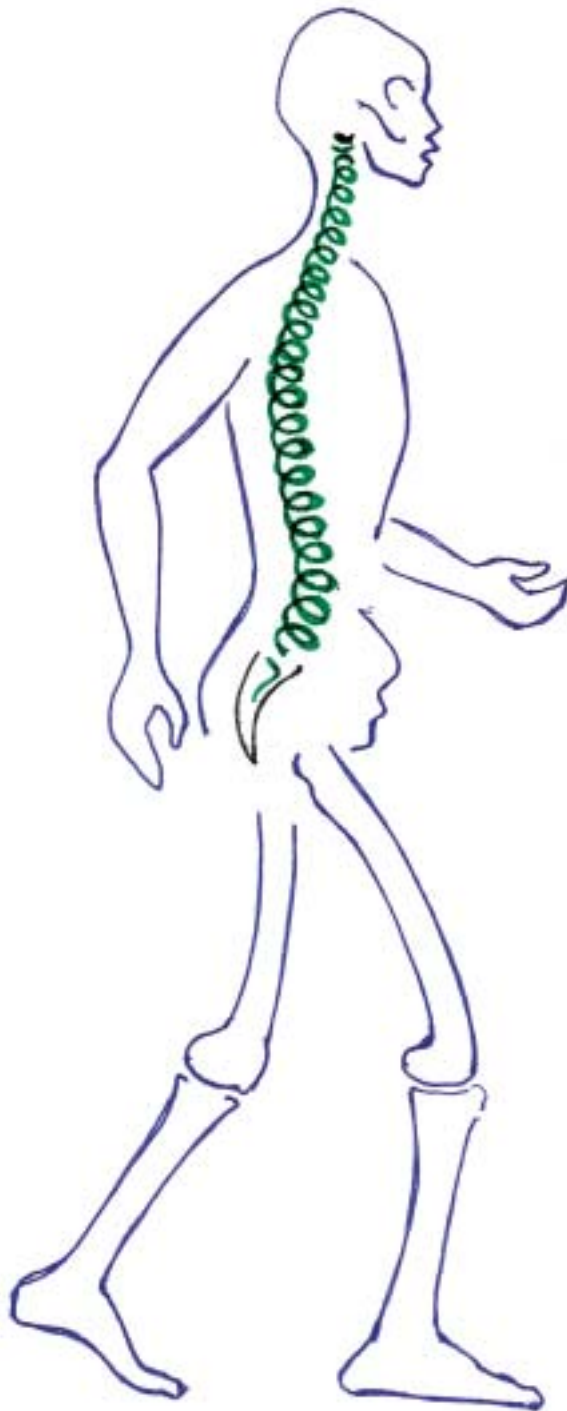
A preto – As corticais ósseas de resposta isométrica: Muros posteriores dos corpos vertebrais, pedículos, pilares posterolaterais (istmos), lâminas e apófises espinhosas (apófises transversas não representadas).



3.^a e 4.^a Figuras

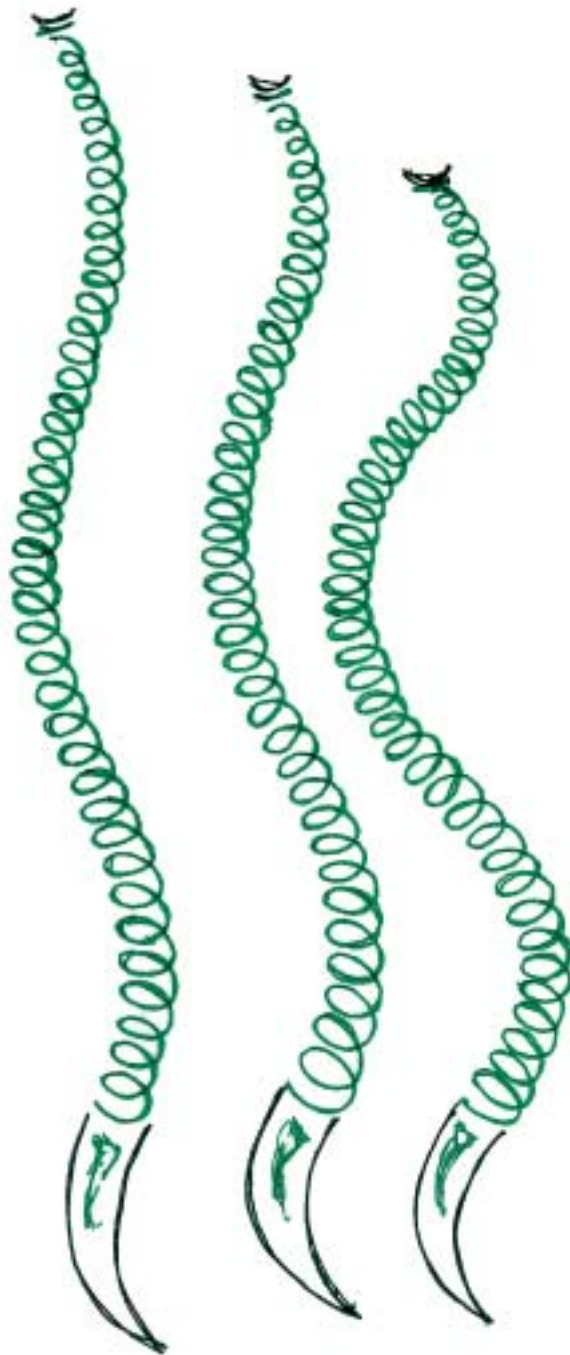
Diagramas de um caso de evolução muito agressiva demonstrando o encurtamento do sistema funcional raquidiano e a sua progressiva substituição por um crescente segmento longo a partir das regiões lombo-sagrada e toraco-lombar.





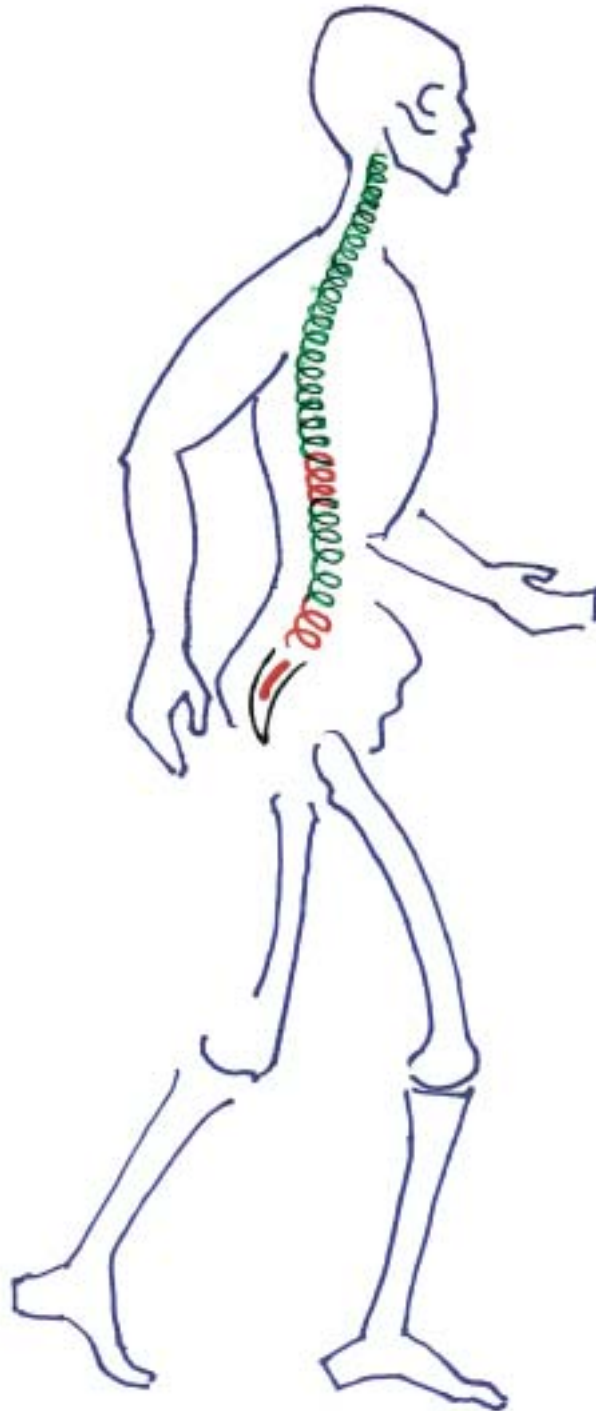
5.ª Figura

A coluna vertebral interpretada como um sistema em linha de elasticidade contínua, interposto entre a inércia pélvica e os principais centros nervosos e órgãos dos sentidos.



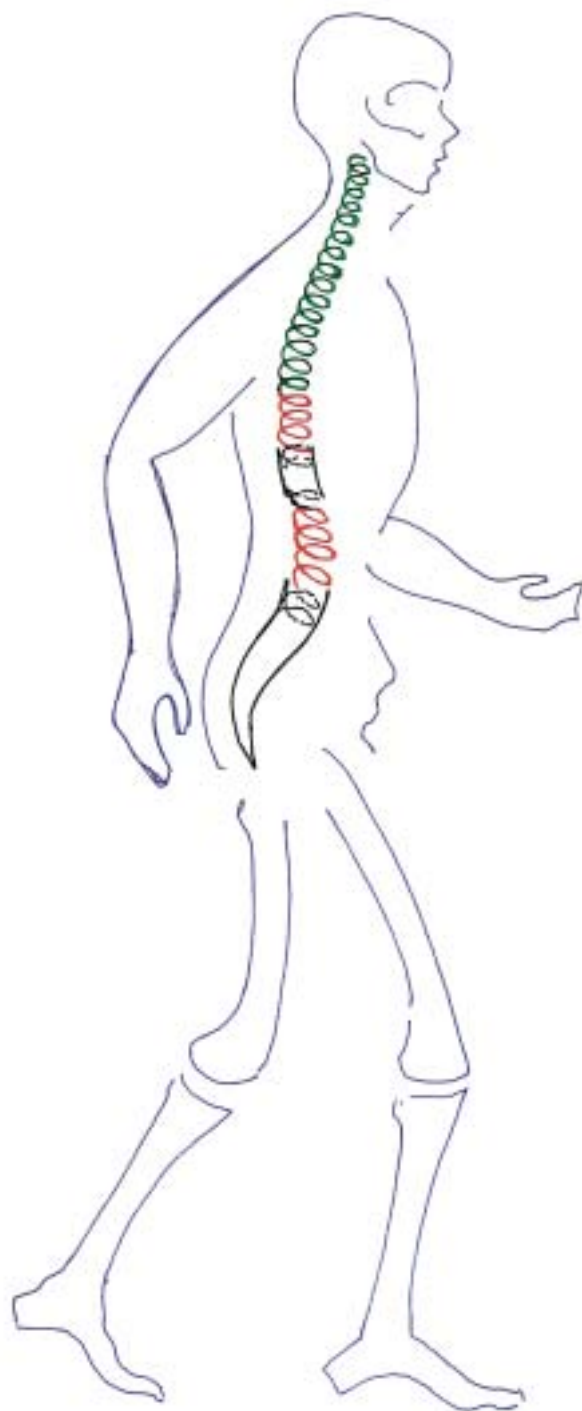
6.^a Figura

É chamada a atenção para o facto de a coluna responder focal e globalmente às circunstâncias de carga. Da esquerda para a direita desgravitada por imersão do indivíduo em água, em pé, suportando esforços (o indivíduo transporta cargas ou absorve o impacto de uma queda sobre os pés ou de uma aceleração vertical).



7.ª Figura

O deflagrar da inflamação espondilítica a nível sacro-iliaco e da transição toraco-lombar. A inflamação está representada a vermelho



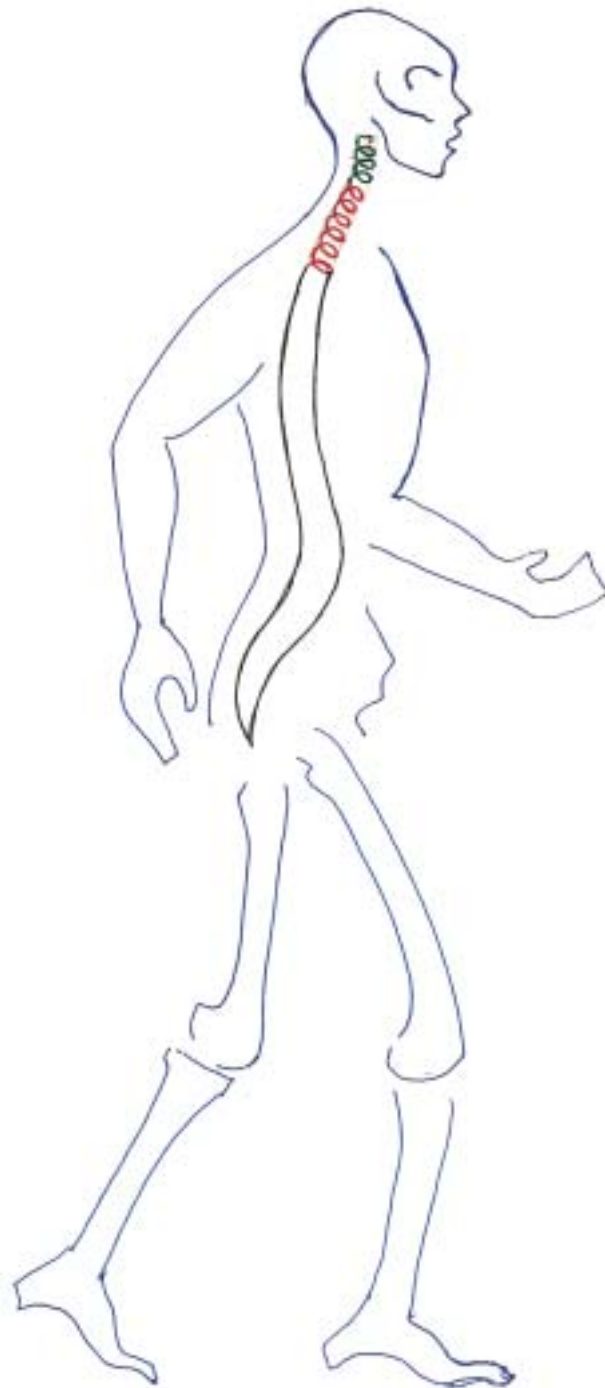
8.ª Figura

A inflamação foi substituída por anquilose, representada a preto, e a inflamação deslocou-se em sentido cefálico.



9.^a Figura

As áreas de anquilose de origem lombo-sagrada e toraco-lombar coalesceram e constituiu-se uma longa diáfise que cresce seguindo a expansão da inflamação.



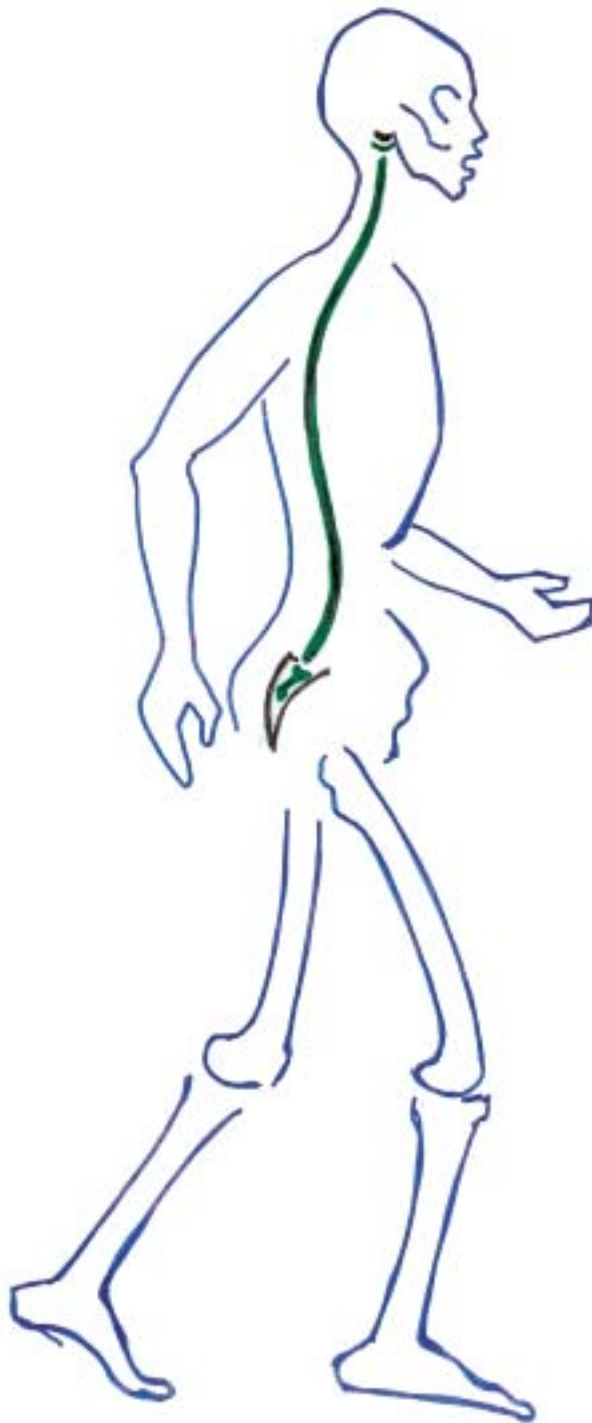
10.^a Figura

Apenas a região cervical da coluna vertebral mantém a mobilidade e a elasticidade. A nível do pescoço, a primeira mobilidade a perder-se é sempre a de flexão lateral da cabeça. Quando estes movimentos começam a estar dificultados toda a atenção deve ser dirigida no sentido de impedir a deslordização cervical (rectificação da lordose cervical normal) com avanço cefálico relativamente ao tronco e aparecimento de flecha occipital. Os movimentos de rodar a cabeça para a direita e para a esquerda, que se situam-se entre a primeira e a segunda vértebras, e os de olhar para cima e para baixo, que se situam-se entre os côndilos do occipital e a primeira vértebra – atlas, são os últimos a perder-se, pelo que a sua pesquisa não tem interesse como orientador de terapêutica preventiva.



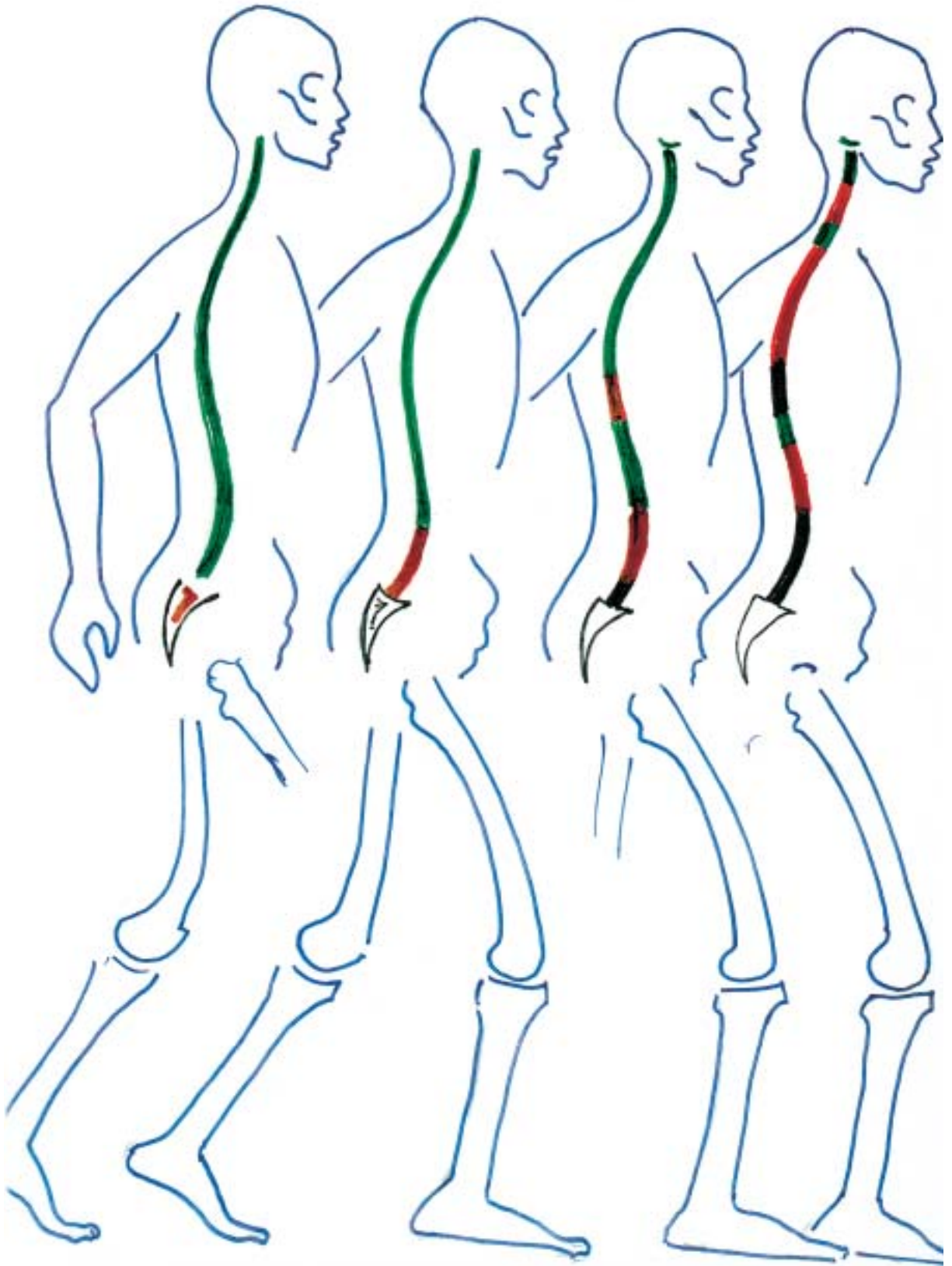
11.ª Figura

A inflamação atingiu as articulações dos atlas com o axis e do crânio com o atlas. Abaixo de C2 o sistema vertebral / intervertebral extinguiu-se. Quando o tecido inflamatório for substituído por tecido cicatricial que ossifique ficará estabelecida uma continuidade de tecido ósseo entre crânio e pelvis.



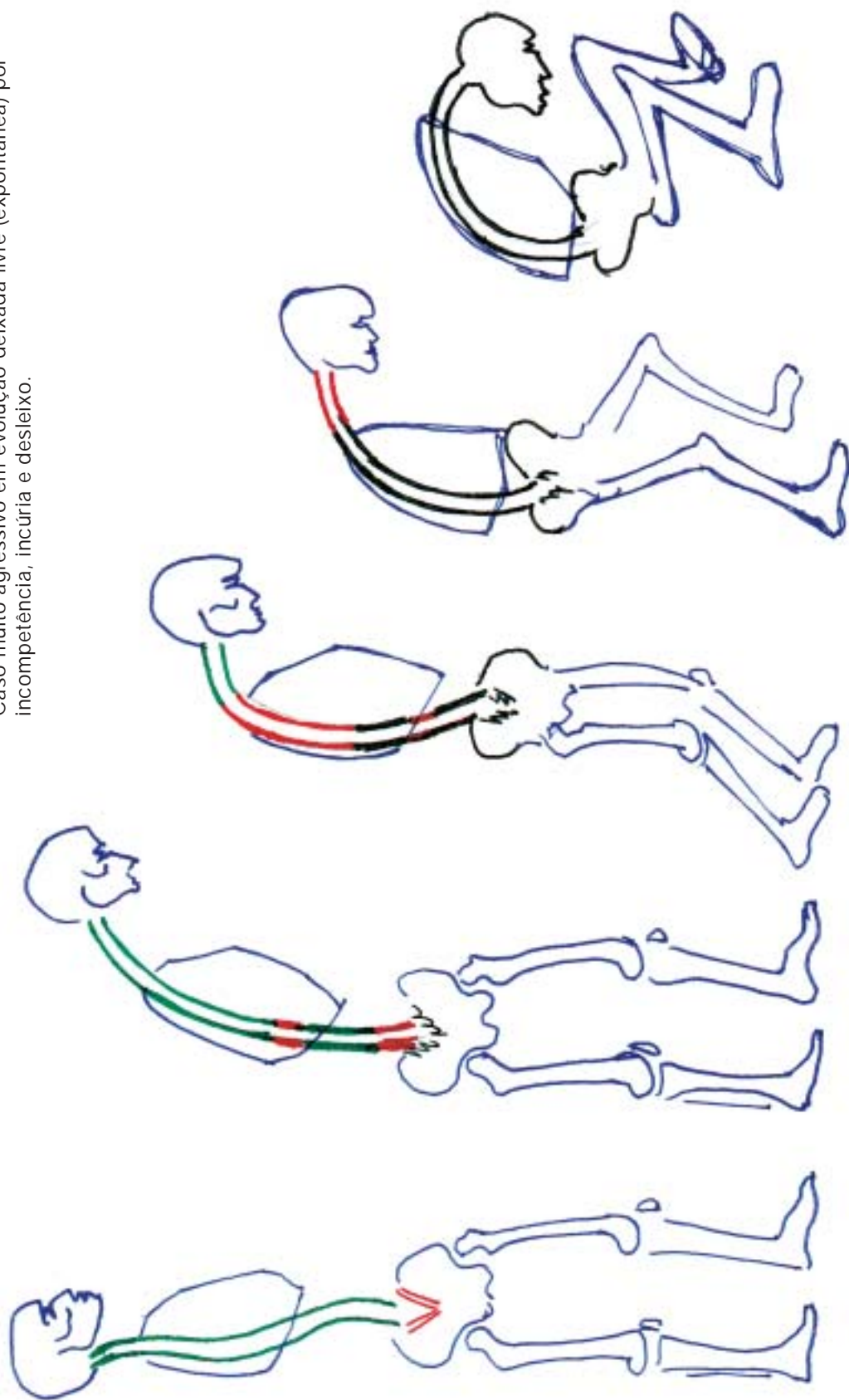
12.^a, 13.^a e 14.^a Figuras

Esta série de “traço mínimo” deve ser lida em paralelo com a “série diagonal” da página 89. A primeira série traduz a condução eficaz da evolução de um caso muito agressivo de espondilite. O indivíduo perdeu toda a mobilidade do tronco mas salvou o alinhamento, a presença física social, o bom relacionamento de órgãos torácicos e abdominais, não sofre de insuficiência respiratória porque o diafragma tem espaço para compensar a perda da componente costal da ventilação pulmonar. A segunda série é a associação de um caso muito agressivo deixado em desastrosa evolução espontânea.





15.ª Figura
Caso muito agressivo em evolução deixada livre (exponatânea) por incompetência, incúria e desleixo.



POSFÁCIO

Após este manual estar em disquete, aguardando entrega para edição, a Anea recebeu a oferta de "Ankylosing Spondylitis, the facts" escrito por Muhammad Asim Khan e editado pela Oxford University Press (ISBN 0 19 263282 5). Esta monografia é pequena, o inglês e a terminologia são muito acessíveis e está escrita de modo muito cuidado.

Recomendo a sua leitura a todos os associados capazes de lerem em inglês. Asim Khan é professor de medicina em Cleveland, sofre de EA desde criança e é um dos grandes amigos da Anea. Alguns dos associados lembrar-se-ão da afabilidade dele – porque esteve connosco como conferencista no Congresso de Espondilite Anquilosante de Monte Estoril, 1995. A Anea adquiriu um exemplar para cada Núcleo Regional.

Embora possam ser encontradas pequenas divergências, decidi não modificar o meu texto. Como os leitores podem comprovar, não posso ser acusado de excessivo quando proponho, para a população de mais de 12 anos residente em Portugal, uma prevalência de 2,5 a 3%^o, isto é, quando escrevo que o número dos nossos espondilíticos atinge, pelo menos, o total de 25.000 (vinte e cinco mil).

Acerca do Autor

Súmula Curricular referida a Julho de 2002

Filipe Gonçalves de Rocha,
Médico Fisiatra de Carreira Hospitalar,
Nascido em Ponte de Lima em 01 de Maio de 1935,
Residente em Cascais desde 1970.

1. Licenciatura em Medicina e Cirurgia em 1959:
Média de licenciatura – 15 valores,
Média de clínicas – 16 valores,
Título da tese de licenciatura:
“Aspecto de Condicionamento Biológico de Neoplasia” (ensaio),
Classificação – 16 valores;
2. Internato Geral no Hospital Geral de Santo António do Porto, 1962,
Classificação final – 19 valores;
3. Curso de Medicina Sanitária, 1961,
Classificação final – 16 valores;
4. Concurso de provas públicas para ingresso no Quadro de Médicos
Escolares do IASE,
Classificação de Muito Bom.
5. Exerceu o cargo de médico escolar no Liceu Nacional de Oeiras,
Período de 1970 a 1981;
6. Internato Complementar de Fisiatria (Md. Física e de Reabilitação), 1973,
Classificação de Muito Bom com Distinção;
7. Foi o médico responsável pela introdução da vertente fisiátrica nos cuidados de saúde dos
Recolhimentos da Capital, estrutura de assistência das Forças Armadas destinada a senho-
ras idosas, e sua implementação, Período de 1973 a 1978;
8. Chefiou a Unidade de Paraplégicos 1.º Direito do CMR Alcoitão de 1973 a 1974;
9. Foi Provido em Chefe de Serviço Hospitalar do CMR por Portaria 690/74 de 24 de Outubro;
10. Abriu e dimensionou um Ambulatório de Reabilitação de Adolescentes no CMR de Alcoitão,
dirigido às patologias do crescimento axial e às situações pós traumáticas do plexo braquial
nos anos de 1973 e 1974;
11. Foi estagiário do Royal National Orthopaedic Hospital, sob orientação de The Institute of
Orthopaedics of London, como bolseiro do British Council, em Outubro de 1978 e de 10 de
Janeiro a 13 de Junho de 1979. O treino foi orientado no sentido do rigor do diagnóstico
etiopatogénico e da escolha das soluções, estando centrado nas diversas patologias
esqueléticas do sistema axial, do ombro, do plexo braquial, da mão e do pé;
12. Abriu e dimensionou uma Unidade de Internamento – Unidade 3.1 do CMR Alcoitão – voca-
cionada para a reabilitação dos doentes sofrendo de patologia musculoesquelética,
Período de 1980 a 1986.
Nota: A unidade foi fechada em virtude, ou a pretexto, de ruptura estrutural de pavimentos
que vieram a ser escorados e reforçados;
13. Foi Consultor de Fisiatria do Hospital Distrital de Cascais e, nessa qualidade, organizou a
prestação de cuidados específicos da especialidade a doentes, quer do internamento quer do

ambulatório, criando a tradição e as estruturas de um atendimento clínico que estiveram na génese do actual Serviço de Fisiatria desse hospital,
Período de dois anos;

14. Foi Director Clínico do CMR, por eleição médica,
Período de 1984 a 1986;
15. Foi Consultor de M. F. e de R. do Hospital de Ponta Delgada onde organizou o primeiro serviço da especialidade na Região Autónoma dos Açores, lançando as bases, as estruturas e a tradição do actual funcionamento do mesmo. Para esse efeito deslocou-se e permaneceu aí uma semana em cada mês.
Período de 1984 a 1988.
Nessa qualidade de consultor, foi ouvido para o planeamento do actual hospital e presidiu ao concurso de provimento do fisiatra que o substituiu na direcção do primeiro serviço açoriano de medicina física e de reabilitação;
16. Foi eleito Director do CMR de Alcoitão em Maio de 1987.
Em 1988 o desempenho desse cargo foi confirmado por nomeação ministerial. Terminou o desempenho, ao fim do mandato de três anos,
Período de 1987 a Maio de 1990;
17. Foi Director Clínico do CMR, segundo mandato iniciado em 1988, em acumulação de funções com o cargo de Director, por nomeação ministerial.
Período de 1988 a Maio de 1990.
Nota: Terminou estas funções a seu expresso pedido no termo do mandato de Director do CMR (afirmação que tem suporte documental);
18. Planeou, abriu e promoveu o progressivo dimensionamento do primeiro serviço de atendimento ambulatorio de medicina física e de reabilitação do Barlavento Algarvio (Centro de Reabilitação de Lagos da Misericórdia de Lagos) tendo organizado a selecção e a preparação do quadro de pessoal técnico;
19. Exerceu a actividade de Medicina Desportiva no Futebol Club do Porto, área de orto-traumatologia, sendo o responsável pelos atletas profissionais e amadores, durante duas épocas,
Período de 1967 a 1969;
20. Exerceu clínica privada da sua especialidade em clínica própria. Prestou cuidados de medicina física e de reabilitação a particulares e em regime de convenção com diversos subsistemas de saúde;
21. Participou na equipa do Projecto SPRINT/C 480 do Centro de Estudos Heurísticos de Maximização Tecnológica Industrial, LNETI, 1989/1990, para um produto de reabilitação de que veio a ser construído um protótipo industrial;
22. Foi vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação;
Período 1990 a 1992;
23. Possui diversificada experiência de docência em Saúde e do planeamento de medidas da saúde a nível da Direcção Geral dos Hospitais e do Secretariado Nacional de Reabilitação (actualmente, SNRIPD). Neste âmbito, foi nomeado para diferentes comissões de estudo;
24. Situação e Actividades Actuais:
 - A – No respeitante à carreira hospitalar, está na situação de aposentado desde Janeiro de 1996, após ultrapassar 36 anos de serviço e sessenta de idade;
 - B – No respeitante ao exercício de actividade privada mantém a actividade profissional dando consultas na área da vertente musculo-esquelética do aparelho locomotor;
 - C – É presidente da Associação Nacional da Espondilite Anquilosante desde o seu início.

-
- D – Colaborou na génese e constituição da Federação Internacional de Espondilite Anquilosante – ASIF, e pertenceu à respectiva Comissão Executiva até Setembro de 1999. Deixou esse cargo por sua iniciativa tendo em vista a rotação pelos Diversos representantes nacionais;
- E – Foi o responsável pelo IV ASIF Council Meeting, Estoril, 1995;
- F – Edita o “Boletim Informativo da Anea”, que atingiu o n.º 55 e os “Cadernos Espondilíticos” de que este manual corresponde ao n.º 5.
