

Espondiloartrites



Sociedade Brasileira de
Reumatologia

Espondiloartrites
Cartilha para pacientes

CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO:
Comissão de Espondiloartrites

CRÉDITO DAS IMAGENS:
Comissão de Espondiloartrites

EDITORAÇÃO:
Rosane Maximiano

COMISSÃO DE ESPONDILOARTRITES

COLABORAÇÃO DA COMISSÃO DE
MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO



Copyright©SBR - Comissão de Espondiloartrites, 2019
O conteúdo desta cartilha pode ser reproduzido
desde que citada a fonte.

Espondiloartrites

Cartilha para pacientes

Índice

1. Espondiloartrites	5
2. Achado Axial	5
3. Achado Periférico	5
4. Espondilite Aquilosa	7
5. Artrite Psoriásica	9
6. Artrite Reativa	11
7. Artrites Enteropáticas	12
8. Benefícios dos Exercícios Físicos para Pacientes com Espondiloartrites	12
9. Exercícios de fortalecimento	14
10. Exercícios de alongamento	16
Referências	19

1. Espondiloartrites

As espondiloartrites (EpA) representam um grupo de doenças distintas, mas que compartilham aspectos relacionados ao conceito dessas enfermidades, como o acometimento da êntese, a associação genética com o HLA-B27, o acometimento das articulações sacroilíacas e as manifestações extra-articulares (MEA).

A origem das espondiloartrites parece estar relacionada com a interação entre o sistema imunológico e bactérias do trato gastrointestinal, genitourinário e pele. Recentemente, diversos estudos têm demonstrado que em alguns pacientes com espondiloartrites, particularmente a espondilite anquilosante, há disbiose, ou seja, um perturbação da complexa estrutura do microbioma intestinal, constituído por um genoma coletivo entre o hospedeiro e mais de 100 trilhões de microrganismos. Todas essas alterações contribuem para a ativação de células de defesa (linfócitos) locais, que migram para articulações periféricas e medula óssea, desencadeando uma resposta inflamatória sistêmica (eixo intestino-articulação). Outro fator importante é o estresse mecânico sobre a êntese, levando a microtraumas, inflamação, mas também neoformação óssea independente da inflamação.

Fazem parte desse grande grupo a espondilite anquilosante (EA), a artrite psoriásica (APs), as artropatias enteropáticas (AE), a artrite reativa (ARe), as espondiloartrites indiferenciadas (EI) e as espondiloartrites juvenis (EJ). As manifestações articulares podem envolver o esqueleto axial e periférico e podem surgir antes, concomitante ou após as MEA.

2. Achado Axial

Espondilite

Dor nas costas, de início insidioso e curso persistente por mais de três meses. A dor piora em repouso e no período noturno e melhora quando o paciente se movimenta, caracterizando o ritmo de tipo inflamatório. É acompanhada por rigidez matinal prolongada, que excede 30 minutos. Qualquer segmento da coluna vertebral pode ser acometido, mas a região lombar é a mais frequente.

Sacroilíte

Dor em nádegas ou glúteos, alternante, podendo irradiar para a face posterior da coxa até fossa poplítea, geralmente bilateral, pior com repouso. Afeta principalmente a porção inferior e anterior (sinovial) da articulação sacroilíaca.

3. Achado Periférico

Entesite

Inflamação do ponto de ancoragem dos tendões, ligamentos e cápsulas ao tecido ósseo especialmente naquelas constituídas por fibrocartilagem, incluindo fásia plantar, tendão de calcâneo (tendão de Aquiles), tendão patelar, cristas ilíacas, sacroilíacas e ligamentos da coluna vertebral. Causa dor e rigidez, com restrição da mobilidade. O atraso diagnóstico e controle inadequado do processo inflamatório podem levar à neoformação óssea e ossificação, com perda irreversível da amplitude dos movimentos.

Artrite

Caracterizada pelos achados inflamatórios clássicos envolvendo articulações periféricas, particularmente joelhos, tornozelos e pés e, menos frequentemente, articulações dos membros superiores. Em geral, é oligoarticular, assimétrica e pouco erosiva. No Brasil, o acometimento periférico é mais frequente do que em países do hemisfério norte.

Dactilite

É um tipo de entesite característica das EpA, cuja inflamação (tenossinovite) compromete os flexores dos dedos das mãos e dos pés, com a impressão clínica de “dedos em salsicha”. Mais comumente observada em pacientes com APs e ARe.

As MEA podem ser divididas em dois grupos principais, conforme a relação com o conceito das EpA:

MEA relacionadas ao conceito das EpA

São comuns, acometem 20 a 60% dos pacientes e podem surgir em qualquer fase da doença. Estão associadas ao processo inflamatório crônico e à atividade da doença. Em geral, respondem ao tratamento sistêmico das manifestações articulares das EpA, incluindo medicações sintéticas e imunobiológicas. As principais MEA observadas em pacientes com EpA são:



Envolvimento ocular

O principal achado é de uveíte anterior aguda não-granulomatosa, alternante e unilateral, e os pacientes se queixam de dor, hiperemia, fotofobia e embaçamento visual. Em geral, tem início súbito e duração limitada. No entanto, os episódios podem recorrer (uveíte anterior recorrente), com múltiplos ataques de início súbito e duração limitada, alternados com períodos de remissão, sendo que esses têm duração superior ou igual a três meses após suspenso o tratamento. A uveíte crônica tem início insidioso e duração persistente, e a reativação ocorre no período inferior a três meses após a interrupção do tratamento. Tem boa resposta ao tratamento e, em geral, não deixa sequelas. Pequena parcela (<10%) dos pacientes pode evoluir para amaurose, em especial aqueles refratários aos glicocorticosteroides tópicos ou tratamento sistêmico.



Envolvimento gastrintestinal

O envolvimento do intestino é descrito em até 60% dos pacientes com EpA, por meio de achados endoscópicos (quadros subclínicos e pouco sintomáticos), enfatizando o papel da mucosa intestinal na fisiopatogenia da doença. Pequena porcentagem desses pacientes (8 a 10%) podem apresentar diarreia crônica ou intermitente, necessitando de tratamento medicamentoso associado.



Envolvimento da pele

A manifestação mais frequente é a psoríase, que, classicamente, mostra-se como uma lesão eritematosa, com espessamento e descamação (em “escamas prateadas secas”), de limites precisos, mas com tamanho e morfologia variáveis¹. Em geral, as lesões são simétricas e acometem preferencialmente a superfície extensora das extremidades e couro cabeludo^{2,3}. O acometimento das unhas é frequente em pacientes com APs e se caracteriza pela distrofia ungueal (onicólise, leuconíquia, hipertrofia subungueal, manchas de óleo e pitting).



Envolvimento geniturinário

Uretrite (leucorréia ou descarga uretral) e balanite circinada, principalmente na ARe, e está associada ao HLA-B27.

MEA não relacionadas ao conceito das EpA

São mais raras (< 5% dos casos) e surgem em fases tardias da doença. Não se associam ao processo inflamatório crônico nem à atividade da doença. Não existem evidências que elas respondam ao tratamento sistêmico das manifestações articulares das EpA. Acometem:

-  **Coração:** valvopatia, especialmente aórtica (insuficiência) e distúrbios de condução, incluindo arritmias.
-  **Rim:** nefrite intersticial pelo uso crônico de anti-inflamatórios não hormonais (AINH), hematúria por nefropatia por IgA, amiloidose. Adicionalmente, parece haver uma associação entre a espondilite anquilosante e o aumento de risco de calculose renal.
-  **Pulmão:** fibrose apical por restrição aos movimentos da caixa torácica (inflamação e/ ou anquilose costochondral).
-  **Sistema nervoso:** síndromes de compressão relacionadas à anquilose vertebral ou fraturas.
-  **Ossos:** osteoporose, osteomalácia e fraturas por fragilidade.

Vale a pena ressaltar que diante de um paciente com suspeita de EpA, todos esses aspectos devem ser explorados ativamente, por meio de anamnese e exame físico completos, uma vez que os pacientes não fazem a relação entre esses achados clínicos. Além disso, a correta caracterização das manifestações articulares e extra-articulares auxilia a fazer o diagnóstico diferencial, bem como o diagnóstico correto, define melhor o prognóstico e auxilia a escolha da estratégia terapêutica mais adequada.

4. Espondilite Anquilosante (EA)

Artrópata inflamatória crônica que afeta principalmente o esqueleto axial (coluna vertebral, sacroilíacas e quadris), mas também as articulações periféricas, especialmente grandes articulações dos membros inferiores.

Acomete cerca de 0,3 a 1,5% da população geral, com importante variação geográfica da prevalência e das principais manifestações clínicas e fenotípicas.

ATENÇÃO! A prevalência da doença é dependente e concordante com a frequência da positividade do HLA-B27 na população. Em geral, tem início entre os 20 e 45 anos de idade, com predileção pelo sexo masculino na proporção de 2-3:1. Cerca de 20 a 25% dos indivíduos têm história familiar positiva para alguma das doenças do espectro das EpA, especialmente decorrentes da forte associação com antígeno do complexo maior de histocompatibilidade (MHC) classe 1 (HLA-B27), que está presente em cerca de 70 a 90% dos pacientes acometidos, dependendo da etnia.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico se baseia nas manifestações articulares e extra-articulares anteriormente mencionadas. A compilação do quadro clínico e de exames subsidiários fornece alguns critérios de classificação da EA, sendo os mais importantes os modificados de Nova York (mNY), de 1984 (Quadro 343.1).

QUADRO 343.1 – Critérios classificatórios modificados de Nova York

CLÍNICO

- Lombalgia inflamatória + rigidez matinal > 3 meses
- Limitação lombar (Schöber < 5 cm)
- Limitação da expansibilidade torácica, de acordo com idade e sexo

RADIOGRÁFICO

- Sacroiliíte grau > II bilateral
- Sacroiliíte grau III/IV unilateral

De acordo com eles, a presença de um aspecto clínico e de um radiográfico permite o diagnóstico de EA. No entanto, os achados de sacroiliíte radiográfica (dano estrutural) são tardios e não permitem o diagnóstico em fases iniciais da doença. Dessa forma, achados inflamatórios agudos mais precoces, especialmente o edema ósseo, por meio da RM, receberam maior destaque nos últimos anos, permitindo, assim, o diagnóstico das EpA em fases pré-radiográficas (critérios de classificação das formas axiais e periféricas).

Laboratorialmente, os exames subsidiários são escassos, uma vez que não existem biomarcadores específicos para as EpA. Embora inespecíficas, costumam-se observar elevação da velocidade de hemossedimentação (VHS) e da proteína C-reativa (PCR) nas fases de maior atividade da doença e normalização nos períodos de remissão e adequado controle da doença.

Diversos instrumentos, como o BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), o BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index), o BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Mobility Index) e o ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) são usados na avaliação clínica, inicial e de seguimento, de pacientes com EA. Mais informações sobre esses índices (facilmente calculáveis) podem ser exploradas no website: www.asas-group.org

TRATAMENTO

Os principais objetivos são o alívio da dor, da rigidez, da inflamação e da fadiga, melhorando função, mobilidade, qualidade de vida e minimizando a progressão do dano estrutural.

Estratégias medicamentosas

- **AINH (anti-inflamatórios não-hormonais):** base e tratamento farmacológico de primeira linha para os pacientes com EA. Reduzem significativamente os sintomas axiais e periféricos em mais de 80% dos pacientes. Recentemente tem sido questionada a capacidade dos AINH de impedirem a progressão do dano estrutural na EA mesmo naqueles pacientes com PCR elevada e com a presença de sindesmófitos na primeira avaliação. Os mais usados são o diclofenaco, naproxeno, cetoprofeno, celecoxibe, meloxicam e etoricoxibe, não existindo estudos que mostrem superioridade entre eles. Os inibidores da COX2 possuem menos eventos adversos gastrintestinais e são preferidos em pacientes com queixas dispépticas. Os AINHs devem ser usados com cautela em pacientes mais velhos e com antecedente de colite ou dano renal e cardiovascular prévio.

- **Glicocorticosteroides (GC):** diferentemente de outras artropatias inflamatórias crônicas, os GC sistêmicos (oral ou parenteral) não têm eficácia comprovada para o tratamento de pacientes com EA. No entanto, podem ser usados para infiltração intra-articular e em casos de entesites/dactilites refratárias (infiltrações locais). Com relação às MEA, apresentam boa indicação para o tratamento das uveítes (tópico como colírio ou infiltração subtenoniana/intravítrea e sistêmico para casos refratários) e colite sintomática (espectro das doenças inflamatórias intestinais). Não são indicados para lesões psoriásicas nem para manifestações geniturinárias.

- **Sulfassalazina (SSZ):** Indicada para quadros periféricos preponderantes e para a prevenção de surtos recorrentes de uveíte e colite. Apresenta eficácia limitada para os quadros axiais e cutâneos exclusivos. Antes da prescrição da SSZ, é importante verificar antecedentes de farmacodermia à sulfa e AAS/aspirina, nimesulida e celecoxibe, devido ao maior risco de farmacodermia cruzada.

- **Metotrexato (MTX):** indicado para o tratamento de manifestações articulares periféricas e para o controle da uveíte e psoríase. Utiliza-se a suplementação de 5 a 10 mg de ácido fólico no dia seguinte ao MTX, com objetivo de reduzir os sintomas gastrintestinais.

• **Bloqueadores do TNF- α (infliximabe, etanercepte, adalimumabe, golimumabe e certolizumabe pegol):** são capazes de reduzir o processo inflamatório articular axial e periférico, incluindo dactilite, entesite e artrite, bem como as MEA relacionadas ao conceito das EpA, particularmente a uveíte, psoríase e colite.

• **Bloqueador da IL-17A:** o secuquinumabe (SEK) foi aprovado no Brasil para o tratamento da espondilite anquilosante refratária ao tratamento convencional e na falha aos bloqueadores do TNF α .

Estratégias não medicamentosas

Exercícios físicos supervisionados e outros programas de reabilitação postural são cruciais para o adequado tratamento das EpA e têm o intuito de preservar a amplitude dos movimentos (alongamentos) e amenizar a dor.

Exercícios aeróbios e resistidos também são recomendados, pois reduzem o risco cardiovascular e preservam a capacidade respiratória e a força muscular. Os programas oferecem fisioterapia individualizada com exercícios, exercícios em grupo, terapia passiva, relaxamento e educação do paciente. Exercícios aquáticos também trazem benefícios, sobretudo a natação. Naqueles com mobilidade cervical reduzida, recomenda-se o estilo de nado de costas, sendo os outros estilos contraindicados em razão de maior risco de afogamento. Os programas específicos centrados na melhora do componente mobilidade apresentam os melhores resultados.

Mais recentemente, grande ênfase tem sido dada à cessação do hábito de fumar, uma vez que está associado ao pior prognóstico (anquilose) e a maior chance de resposta inadequada ao tratamento, bem como a maior necessidade de troca de medicações imunobiológicas.

5. ARTRITE PSORIÁSICA (APs)

A prevalência de psoríase é de 1 a 3% da população geral, e cerca de 30% têm acometimento articular, incluindo entesite, artrite e dactilite ou, até mesmo, quadro axial, com igualdade entre os sexos. É mais comum em brancos e em faixas etárias mais elevadas do que as observadas na EA. Em geral, o pico de incidência da psoríase é ao redor dos 30 a 45 anos de idade e, da APs, dez anos mais tarde (40 a 55 anos).

Diversos fatores de risco estão associados ao desenvolvimento e à gravidade da doença, entre eles a predisposição genética (HLA**CW6*); agentes infecciosos virais e bacterianos; estresse físico (trauma local, por exemplo) ou emocional³, algumas medicações (betabloqueadores, lítio, inibidores da enzima conversora de angiotensina, inibidores da Cox-1), o alcoolismo e o tabagismo.

Mais recentemente, a relação com a resistência à insulina tem sido melhor demonstrada, especialmente em pacientes com síndrome plurimetabólica.

QUADRO CLÍNICO E DIAGNOSTICO

Na maioria dos casos, o quadro cutâneo precede o envolvimento articular (70 a 80%), mas pode surgir de modo concomitante (15 a 20%) ou vir depois (5 a 10%)¹⁰. O exame das unhas é fundamental para o correto diagnóstico; quando há envolvimento ungueal, a chance de acometimento articular é incrementado em 5 a 8 vezes.

De acordo com a classificação proposta por Moll & Wright, em 1973, o acometimento articular é dividido em cinco grupos principais:

• **Predominantemente articulações interfalângicas distais (IFDs) de mãos e pés:** grupo que representa o quadro mais típico da APs, embora seja pouco frequente (10 a 15%). Em geral, associa-se ao comprometimento ungueal (80 a 90%).

• **Oligoartrite (≤ 4 articulações):** envolve grandes articulações dos membros inferiores, em geral de modo assimétrico, mas também pode afetar membros superiores.

• **Poliartrite (≥ 5 articulações):** forma mais comum. Pode assemelhar-se à artrite reumatoide, com o envolvimento simétrico de pequenas e grandes articulações, bem como às deformidades em pescoço de cisne e botoeira. Chama a atenção a ausência de nódulos subcutâneos e a presença das lesões de pele.

• **Axial:** sacroilíte e/ou espondilite, com envolvimento assimétrico, como observado nas artrites reativas. Maior tendência ao surgimento de sindesmófitos em uma das margens laterais dos discos e em qualquer nível, grandes, grosseiros, assimétricos e não marginais (parasindesmófitos, tipo “alça de jarro”).

• **Artrite mutilante:** forma mais rara (5% dos casos). Poliartrite destrutiva grave e deformante, com anquilose de articulações, osteólise das falanges e metacarpos. Deformidade em telescópio. Imagem radiográfica de pencil in cup.



Vale a pena lembrar que essa classificação não é estática, podendo haver, frequentemente, superposição entre as formas clínicas. Mais recentemente, foram incluídas duas formas clínicas: a entesítica e a dactilítica.

Como em outras doenças inflamatórias, VHS, proteína C-reativa e anemia podem variar com a atividade da doença. Análise de líquido sinovial revela líquido inflamatório com predominância neutrofílica.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

• **AINH:** representa a abordagem inicial das manifestações articulares. No entanto, alguns podem exacerbar as lesões de pele, como o ácido acetilsalicílico, indometacina e oxicans¹³.

• **GC:** injeções intra-articulares também são úteis em pacientes com resposta inadequada aos AINH. O uso sistêmico deve ser evitado, uma vez que pode exacerbar o quadro cutâneo após a descontinuação dos GC (“efeito rebote da retirada”)¹⁴, aumentando chance das formas eritrodérmicas.

• **Medicamentos modificadores do curso da doença (MMCD):** MTX mostrou bom efeito para a artrite periférica e pele, porém não houve melhora do quadro axial. Ciclosporina 3 a 5 mg/kg/dia também é eficaz para o controle da doença cutânea, em especial a forma eritrodérmica, e articular. A SSZ não melhora as lesões de pele, embora possa atenuar o quadro articular. Não há evidências para o uso da cloroquina em nenhuma das EpA.

• **Bloqueadores do TNF:** têm papel importante para melhora do quadro cutâneo e articular. São aprovados o IFX, ETN, ADA, GOL e CZP, nas mesmas doses da EA. Pacientes com formas graves ou refratárias podem receber dose de indução do ETN (100 mg/semana nas primeiras 4 semanas) e ADA (40 mg/semana nas primeiras 4 semanas).

• **Bloqueadores da via Th17:** indicados para os pacientes que não responderam ao tratamento convencional. O secuquinumabe (SEK), o inibidor da IL-17A, é administrado na dose de 150 mg SC com administração inicial nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4, seguida por administração de manutenção a cada 4 semanas. Para formas graves de psoríase ou APs refratária, recomenda-se a indução com 300 mg. Já o uestequinumabe (UST), um inibidor de IL-12/23, é recomendado numa dose inicial de 45 mg SC, seguida de uma dose de 45 mg, 4 semanas mais tarde, e depois repetida cada 12 semanas. Em alternativa, em doentes com peso corporal acima de 100 kg, poderá ser administrada a dose de 90 mg.

Outras opções mais recentes são o ixequizumabe e guselcumabe.

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

As recomendações gerais são muito importantes, especialmente a de exercícios físicos regulares, parar de fumar e perda de peso, uma vez que a síndrome metabólica é muito prevalente nesses pacientes, assim como a maior morbimortalidade cardiovascular.

As lesões de pele se beneficiam com a exposição solar, que deve ser estimulada.

6. Artrite Reativa (ARe)

A ARe é definida como sinovite estéril secundária à infecção extra-articular ou a distância. Na maioria dos casos, ocorre no trato gastrointestinal ou geniturinário, antecedendo, geralmente, até quatro semanas do início do quadro articular.

EPIDEMIOLOGIA

Afeta geralmente adultos jovens e com vida sexual ativa. Cerca de metade das ARe ou oligoartrites indiferenciadas pode ser atribuída a patógenos específicos com combinação de cultura e sorologia. Há associação com o HLA-B27 em metade dos casos, especialmente naqueles com curso crônico. Os organismos predominantes são Chlamydia, Salmonella, Shiguella, Yersinia e Campylobacter.

QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

Em geral, o quadro se inicia após 1 a 4 semanas do relato de infecção (diarréia ou uretrite), podendo apresentar sintomas constitucionais, como fadiga, febre e perda ponderal. Os sintomas musculoesqueléticos são de caráter agudo, e a oligoartrite assimétrica de membros inferiores é o mais comum.

Não há diagnóstico definitivo para a ARe. O quadro de oligoartrite inflamatória estéril associada à história de infecção e relação temporal entre os eventos é suficiente para o diagnóstico na maioria dos casos.

As alterações laboratoriais refletem o processo inflamatório sistêmico com aumento de VHS, PCR e de outros marcadores de atividade inflamatória. Na doença ativa, pode haver anemia, leucocitose (aumento de glóbulos brancos) e trombocitose (aumento do número de plaquetas). A análise do líquido sinovial mostra aumento do número de células inflamatórias e é fundamental realizar a bacterioscopia e cultura.

TRATAMENTO

- **AINH:** controle de sinovite e entesite.
- **GC:** intra-articular para oligoartrites.
- **SSZ e MTX** para doença articular crônica.
- **Antibióticos** são usados quando identificado o sítio de infecção. Os mais usados são o ciprofloxacino e a doxiciclina. No entanto, há controvérsias sobre o tempo de tratamento (2 semanas a 3 meses).
- **Bloqueadores do TNF:** para casos clínicos com resposta inadequada às medicações listadas.

PROGNÓSTICO

O curso clínico da ARe é imprevisível. O 1º episódio, em média, dura de 2 a 3 meses e pode evoluir em um curso intermitente ou crônico. A forma crônica está mais associada com o envolvimento periférico refratário e quadro axial. A incidência da ARe em pacientes HIV positivos é de 5 a 10%. Essa associação pode corresponder a uma doença mais grave e refratária, como na artrite psoriásica.

7. Artrites Enteropáticas

Compõem um grupo de doenças articulares inflamatórias associadas às doenças inflamatórias intestinais (DII), como a doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (RCU).

A artrite pode ocorrer em 10 a 25% dos pacientes com DII, especialmente naqueles com DC. Pode preceder a manifestação intestinal, apresentando-se por anos como quadro articular indiferenciado. Pacientes com DC e HLA-B27 positivo têm maior chance de evoluir com quadro axial, semelhante à EA. A artrite axial é mais comum em homens que mulheres (3:1).

QUADRO CLÍNICO

Artrite periférica

Geralmente oligoarticular (poucas articulações) simétrica, com padrão migratório e não erosivo. Pode associar-se com a dactilite e entesite. A atividade articular periférica pode estar associada à atividade da doença intestinal, mais na RCU, e colectomia em casos refratários pode remitir a doença articular periférica. Não há melhora de quadro axial ou relação com atividade intestinal na DC.

Artrite axial

Padrão semelhante ao da EA. Pode estar relacionado ao HLA-B27 em 50 a 75% dos casos. Evolução independente do quadro intestinal.

TRATAMENTO

- **AINH:** para sintomas articulares, pode exacerbar a doença inflamatória intestinal, principalmente a RCU, e devem ser usados com muita cautela ou evitados, sobretudo em casos de atividade intestinal concomitante.

- **GC:** intra-articular para oligoartrites e sistêmico para quadro intestinal e entesites periféricas. Quadro axial não tem boa resposta.

- **SSZ:** bom para artrite periférica e para quadro intestinal.

- **Bloqueadores do TNF:** indicados para o controle da doença articular e intestinal, principalmente os anticorpos monoclonais (IFX, ADA e certolizumabe). O ETN e o secuquinumabe não apresentam bons resultados para o controle do quadro intestinal. Outra opção mais recente é o ustekinumabe.

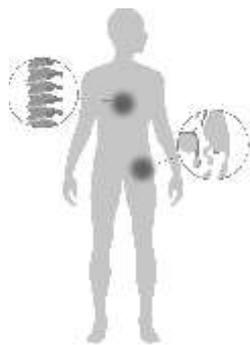
8. Benefícios dos Exercícios Físicos para Pacientes com Espondiloartrites

O exercício físico é qualquer atividade física que melhora a aptidão física geral de uma pessoa, com finalidade de saúde e recreação. Geralmente, eles são recomendados para melhorar o bem-estar, e são seguros para quase todos. Alguns dos benefícios da prática regular de atividades físicas incluem fortalecimento da musculatura, melhora das habilidades atléticas, reforço do sistema cardiovascular e pulmonar, e aumento da perda de peso. Elas também fazem parte no tratamento e controle de doenças como pressão alta, diabetes, colesterol, osteoporose, câncer e depressão.

Dentre as modalidades de exercícios físicos incluímos os alongamentos (flexibilidade), os exercícios de equilíbrio, os exercícios de força e os exercícios aeróbicos (resistência). Esses exercícios podem fazer uma grande diferença na capacidade de uma pessoa em se manter energizada e disposta para realizar suas atividades cotidianas.

Os exercícios de flexibilidade têm como função **alongar os músculos e pode ajudar o corpo a ficar mais ágil**. Ser flexível e estar alongado dá mais liberdade de movimento para outros exercícios, principalmente para as atividades diárias. Já, os exercícios de equilíbrio **ajudam a evitar quedas**. Os exercícios de força são aqueles que **deixam os músculos mais fortes**. E por fim, os exercícios aeróbicos (ou conhecidos também como exercícios cardiovasculares) são atividades que **umentam a respiração e os batimentos cardíacos**.

Esse tipo de exercício **mantém o coração e os pulmões saudáveis** e melhoram o condicionamento físico geral.



A natureza crônica das Espondiloartrites faz com que os pacientes possam ter perdas de funções do aparelho locomotor (articulações, músculos, tendões, ligamentos), influenciando nas atividades cotidianas, no humor e no sono. Se não tratados corretamente, os pacientes podem evoluir com deformidades, **principalmente na coluna e no quadril**. Os pacientes também se queixam de fadiga e indisposição para fazer suas atividades. Além disso, alguns pacientes podem desenvolver ansiedade, depressão e stress, o que pioram ainda mais a restrição das atividades e a qualidade de vida.

A dor, a inflamação da coluna e a limitação dos movimentos são a causa de todas as limitações. A inflamação crônica devido à doença causa uma perda de massa muscular, que evolui para atrofia por desuso e restrição do movimento das articulações.

Com todas essas alterações, não é de se surpreender que os exercícios físicos também devam fazer parte do tratamento dos pacientes com Espondiloartrites. O efeito benéfico e a segurança dos exercícios físicos nos sintomas da doença já foram estudados. Foi confirmado que eles devem fazer parte do esquema de tratamento deste grupo de doenças, juntamente com o tratamento com as medicações. A associação dos medicamentos com os exercícios físicos é muito mais benéfica do que apenas o uso dos remédios isolados.

É por isso que os exercícios físicos geralmente são recomendados como parte do tratamento das Espondiloartrites pelos reumatologistas e fisioterapeutas. No entanto, embora muitas pessoas com Espondiloartrite já ouviram falar sobre esses benefícios das atividades físicas, muitos dos pacientes não as fazem regularmente.

Foi observado que os exercícios físicos agem diminuindo a inflamação, com redução das substâncias inflamatórias circulantes no corpo, e que são produzidas pela doença. Isso ajuda a evitar todas as alterações crônicas e deformidades que a doença pode causar surjam.

O exercício físico é muito útil nos pacientes com Espondiloartrites por reduzir a dor e a rigidez matinal, a fadiga. Eles melhoram a flexibilidade, o condicionamento físico (capacidade cardiopulmonar), a postura e o bem-estar. No longo prazo da sua realização, ele pode ajudar a manter a mobilidade da coluna e a prevenir as deformidades nas articulações.

Os pacientes referem melhora no desempenho para a realização das próprias atividades físicas, com o decorrer do tempo. Ou seja, fica cada vez mais fácil e prazeroso praticar os exercícios físicos. Além disso, a atividade física não é capaz de ativar a doença durante sua prática. E o mais importante: os exercícios físicos melhoram a qualidade de vida.

Outro ponto importante é que não importa se a prática regular de exercício físico não for supervisionada (com um profissional junto o tempo todo durante a realização), porque ela também apresenta benefícios reconhecidos, desde que o paciente seja muito bem orientado, e saiba como fazer cada exercício corretamente.

Algumas recomendações foram elaboradas para a prática do exercício físico para pacientes com Espondiliartrite, as quais se encontram descritas abaixo:

1) Avaliação: prescrição individual de exercícios físicos, que devem ser avaliados por uma avaliação completa, levando em conta os fatores musculoesqueléticos e psicossociais, e medidas como específicas, como a mobilidade da coluna e a expansão do tórax.

2) Monitoramento: deve ser fornecido acompanhamento e retorno suficientes (pelo menos uma vez no ano), para permitir adequação na prescrição dos exercícios físicos.

3) Segurança: as alterações no corpo decorrente da doença devem ser consideradas, especialmente nos pacientes com doença mais longa; isto inclui a quantidade de alteração óssea, o equilíbrio, a mobilidade, a osteoporose e deficiências cardiorrespiratórias da doença.

4) Monitoramento da Doença: os pacientes que tomam medicamentos biológicos devem continuar com a sua prescrição de exercício regular.

5) Mobilidade: uma prescrição de exercícios com ênfase na mobilidade da coluna vertebral é essencial, assim como manter a mobilidade das articulações periféricas; também devem manter e/ou melhorar a postura dos pacientes.

6) Outros exercícios: é importante incluir alongamentos, fortalecimento dos músculos, e aptidões cardiopulmonar e funcional em um programa de exercícios equilibrado.

7) Atividade física: atividades físicas regulares devem ser incentivadas para promover a saúde geral, o bem-estar e os resultados funcionais; não existe nenhum exercício que seja melhor do que outro.

8) Quantidade: uma vez que não existe um “padrão”, é recomendado que o tipo de exercício, a frequência e a intensidade da sua realização, e a sua duração devem ser adaptados para cada pessoa, de acordo com objetivos e estilo de vida.

9) Adesão: é importante incentivar e motivar todos os pacientes a praticarem e se manter nos exercícios físicos.

10) Ajuste do exercício: a preferência do paciente na escolha do exercício deve ser uma prioridade para melhorar a aderência e otimizar os resultados positivos.

EXERCÍCIOS

9. Exercícios de fortalecimento

Exercício 1 - Crucifixo



Sente-se na bola, mantendo as pernas afastadas e o tronco bem reto, devagar vá caminhando com os pés para frente ao mesmo tempo que desce o tronco pela bola até apoiar ombros e a cabeça (se a sua postura não permite o apoio da cabeça na bola, tente apoiar o nível mais alto da coluna que conseguir). Segure os pesos com os braços esticados a frente na altura do ombro, mantendo a palma das mãos para dentro. Devagar abra os braços, descendo até a altura de seu corpo e retorne devagar até juntar as mãos novamente. Faça o movimento bem lentamente e complete as 10 repetições.

Exercício 2 - Crucifixo inverso



Ajoelhe-se no chão com a bolas a sua frente e os pesos ao lado da bola, apoie o quadril na bola e desça o corpo a frente apoiando-se na bola. Segure os pesos e abra os braços devagar subindo até a altura do seu corpo e retornando devagar. Faça o movimento bem lentamente e complete as 10 repetições. Quando acabar solte os pesos apoie as mãos na bola, caminha com os pés para trás, subindo o tronco devagar e voltado a postura sentado. Quando acabar solte os pesos ao lado da bola. apoie as mãos na bola e levante o trono e depois ainda se apoiando na bola, levante com uma perna de cada vez.

Exercício 3 - Remada unilateral



esticar e dobrar o cotovelo. Faça o movimento bem lentamente e complete as 10 repetições e depois repita com o outro lado.

Exercício 4 - Agachamento



movimento bem lentamente e complete as 10 repetições.

Exercício 5 - Extensão tronco



Coloque a bola de frente para uma porta, sente-se na bola mantendo as pernas afastadas e o tronco bem reto. Amarre uma faixa elástica de intensidade média na maçaneta da porta, dobre os cotovelos e segure a faixa bem esticada na região do peito. Devagar leve o tronco para trás e retorne. Faça o movimento bem lentamente e complete as 10 repetições.

Exercício 6 - Inclinação tronco



Segure a faixa elástica com uma das mãos e estique-a no chão. Pise com os dois pés sobre a faixa, mantendo os pés separados e corpo bem reto. Incline o corpo para o lado oposto da mão que está segurando a faixa e retorne devagar. Faça o movimento bem lentamente, complete as 10 repetições e depois repita com o outro lado.

Exercício 7 - Elevação lateral



Sente-se na bola, mantendo as pernas afastadas e o tronco bem reto. Segure o peso com as mãos e solte os braços ao lado do corpo, com as palmas das mãos voltadas para a bola. Lentamente eleve os braços até a altura dos ombros, com as palmas das mãos voltadas para baixo e retorne devagar. Faça o movimento bem lentamente e complete as 10 repetições.

Exercício 8 - Bíceps



Sente-se na bola, mantendo as pernas afastadas e o tronco bem reto. Segure o peso com as mãos e solte os braços ao lado do corpo, com as palmas das mãos voltadas para frente. Lentamente dobre os cotovelos e retorne devagar. Faça o movimento bem lentamente e complete as 10 repetições.

Exercício 9 - Tríceps



Sente-se na bola, mantendo as pernas afastadas e o tronco bem reto. Segure uma das extremidades do peso com as duas mãos juntas. Eleve os dois braços o mais alto que conseguir, dobre os cotovelos deixando o peso descer atrás da cabeça e estique os cotovelos levando o peso na direção do teto. Faça o movimento bem lentamente e complete as 10 repetições.

10. Exercícios de alongamento

Exercício 1 - Alongamento extensores cervical



Sentado, entrelaçar as mãos e apoiar atrás da cabeça, lentamente puxar a cabeça para frente até sentir alongar a região atrás do pescoço. Manter esta posição sentindo o alongamento por 30 segundos e relaxar.

Realizar 3 repetições.

Exercício 2 - Alongamento - Rotadores cervical



Sentado, deixar o braço direito solto ao lado do corpo e olhar para o lado esquerdo. Com a mão esquerda, ajudar a puxar levemente a cabeça, sentindo alongar o pescoço do lado direito. Manter esta posição sentindo o alongamento por 30 segundos e relaxar.

Realizar 3 repetições de cada lado.

Exercício 3- Alongamento - inclinação lateral - cervical



Sentado, deixar o braço esquerdo solto ao lado do corpo e com a mão direita, puxar levemente a cabeça para o lado direito, sentindo alongar o pescoço do lado esquerdo. Manter esta posição sentindo o alongamento por 30 segundos e relaxar.

Realizar 3 repetições de cada lado.

Exercício 4 - Alongamento tríceps



Em pé com os pés separados e joelhos levemente dobrados. Levar a mão esquerda para trás do pescoço e com a mão direita puxar o cotovelo, sentindo alongar a parte de trás do braço. Manter esta posição sentindo o alongamento por 30 segundos e relaxar. Realizar 3 repetições de cada lado.

Exercício 5 - Alongamento peitoral



Em pé com os pés separados e joelhos levemente dobrados. Apoiar a mão na batente da porta e com o braço esticado girar o corpo lentamente, sentindo a região peitoral. Manter esta posição sentindo o alongamento por 30 segundos e relaxar.

Realizar 3 repetições de cada lado.

Exercício 6 - Alongamento flexores punho



Em pé com os pés separados e joelhos levemente dobrados Esticar o braço direito a frente e com a mão esquerda puxar a mão direita segurando na palma da mão, sentindo alongar o antebraço. Manter esta posição sentindo o alongamento por 30 segundos e relaxar.

Realizar 3 repetições de cada lado.

Exercício 7 - Alongamento adutores



Em pé, separar as pernas. Dobrar o joelho direito inclinando o tronco para a direita, mantendo a perna esquerda esticada, sentindo alongar a parte interna da coxa. Manter esta posição sentindo o alongamento por 30 segundos e relaxar.

Realizar 3 repetições de cada lado.

Exercício 8 - Alongamento quadríceps



Em pé, se apoiando em uma superfície fixa. Dobrar o joelho direito e com a mão direita puxar a ponta do pé direito, sentindo alongar a região anterior da coxa. Manter esta posição sentindo o alongamento por 30 segundos e relaxar.

Realizar 3 repetições de cada lado.

Exercício 9 - Alongamento lombar



Deitado, dobrar os joelhos e abraçar as duas pernas, sentindo alongar a região baixa da coluna. Manter esta posição sentindo o alongamento por 30 segundos e relaxar.

Exercício 10 - Alongamento de isquiotibiais



Deitado com um joelho dobrado e o outro esticado, com a ajuda de uma faixa, puxar a perna esticada até sentir o alongamento suave na região posterior de panturrilha e coxa. Manter esta posição sentindo o alongamento por 30 segundos e relaxar.

Realizar 3 repetições de cada lado.

Exercício 11 - Alongamento de glúteos



Deitado com os joelhos dobrados, cruzar a perna direita sobre a esquerda, apoiando o tornozelo no joelho oposto. Puxar com as mãos a perna de baixo, sentindo alongar a região glútea da perna que está cruzada. Manter esta posição sentindo o alongamento por 30 segundos e relaxar.

Realizar 3 repetições de cada lado.

Exercício 12 - Alongamento de abdutores quadril



Deitado com os joelhos dobrados, com a mão esquerda puxar o joelho direito para o centro do corpo, permitindo que o pé passe para fora do joelho esquerdo que está apoiado no colchão, sentindo alongar a região de fora da coxa. Manter esta posição sentindo o alongamento por 30 segundos e relaxar.

Realizar 3 repetições de cada lado.

Referências

1. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Akkoc N, Brandt J, Chou CT, et al. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis.* 2011;70(1):25-31.
2. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, Brandt J, Braun J, Burgos-Vargas R, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2009;68 Suppl 2:ii1-44.
3. Ward MM, Deodhar A, Akl EA et al. American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network 2015 Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. *Arthritis Rheumatol.* 2016 Feb;68(2):282-98. doi: 10.1002/art.39298. Epub 2015 Sep 24.
4. Coates LC, Helliwell PS. Treating to target in psoriatic arthritis: how to implement in clinical practice. *Ann Rheum Dis.* 2016 Apr;75(4):640-3. doi: 10.1136/annrheumdis-2015-208617. Epub 2015 Dec 15.
5. Millner JR, Barron JS, Beinke KM, Butterworth RH, Chasle BE, Dutton LJD, et al. Exercise for ankylosing spondylitis: an evidence-based consensus statement. *Seminars in Arthritis and Rheumatism.* 2016, (45): 411-427.
6. Fabre S, Molto A, Dadoun S, Rein C, Hudry C, Kreis S, et al. Physical activity in patients with axial spondylorathritis: a cross-sectional study of 203 patients. *Rheumatol Int.* 2016, (36): 1711-1718.
7. Çinar E, Akkoç Y, Karapolat H, Durusoy R, Keser G. Postural deformities: potencial morbidities to cause balance problems in patients with ankylosing spondylitis? *European Journal of Rheumatology.* 2016, (3): 5-9.
8. Kisacik P, Unal E, Akman U, Yapali G, Karabulut E, Akdogan A. Investigating the effects of a multidimensional exercise program on symptoms and antiinflammatory status in female patients with ankylosing spondylitis. *Complementary Therapies in Clinical Practice.* 2016, (22): 38-43.
9. Lubrano E, Spadaro A, Amato G, Benucci M, Cavazzana I, Chimenti MS, et al. Tumour necrosis fator alpha inhibitor therapy and rehabilitation for the treatment of ankylosing spondylitis: a systematic review. *Seminars in Arhtirtis and Rheumatism.* 2015, (44): 542-550.
10. Ribeiro FR, Leite M, Silva F, Sousa O. Exercício físico no tratamento da espondilite anquilosante: uma revisão sistemática. *Acta Reum Port.* 2007, (32): 129-137.

