

PRESENÇA DE ALGIAS ARTICULARES NO DISTÚRPIO INFLAMATÓRIO CRÔNICO IDIOPÁTICO DO INTESTINO: Estudo do Caso

Presence of joint pains in chronic idiopathic inflammatory disorder of the intestine: case study

*Hugo Machado Sanchez¹, Elivaine Patrícia San'tana Gomes²
Eliane Gouveia de Morais Sanchez³*

RESUMO

A Doença de Crohn é um distúrbio inflamatório crônico do intestino que pode acometer todo o sistema gastrointestinal, entre varias complicações que podem surgir durante o curso da doença é comum ocorrer manifestações extra-intestinais que podem acometer os indivíduos portadores dessa patologia, sendo á mais comum as manifestações articulares. O objetivo deste estudo foi verificar a ocorrência das manifestações articulares na doença de Crohn. Usando um questionário que visa um conhecimento maior de quais articulações mais acometem os portadores da doença de Crohn. Participaram da pesquisa 3 indivíduos todos do sexo masculino, sendo que todos que participaram sentiam dor articular, foi constatado que as articulações mais acometida são as do joelho e do tornozelo. Verificou-se ainda que as manifestações articulares podem interferir na qualidade de vida dos pacientes, sendo que os mesmos relataram que isso ocorre frequentemente. Concluindo assim que as manifestações articulares são extremamente comuns em pacientes com doença de Crohn.

Palavras-chave: Doença de Crohn, artralgia, artrite.

ABSTRACT

Crohn's disease is a chronic inflammatory disorder of the bowel that can affect the entire gastrointestinal system, among the various complications that may arise during the course of the disease is common extraintestinal manifestations that can affect individuals with this condition, the most common articular manifestations that can affect individuals with this condition, the most common articular manifestations. This study aimed to verify the incidence of joint manifestations in Crohn's disease. For this purpose, we used a questionnaire containing questions related to the onset of joint pain. The participants were three individuals all male, and all who participated felt joint pain, it was found that the joints most affect are the quality of life of patients, since they reported that occurs frequently. Thus concluding that the articular manifestations are extremely common in patients with Crohn's disease.

Keywords: Crohn's disease, arthritis, articular pain.

1 Fisioterapeuta, Mestre em Fisioterapia, professor adjunto da UniRV – Universidade de Rio Verde, departamento de Fisioterapia.

2 Fisioterapeuta, graduada pela UniRV – Universidade de Rio Verde.

3 Fisioterapeuta, Mestre em Educação, docente da UniRV – Universidade de Rio Verde, departamento de Fisioterapia.

AUTOR CORRESPONDENTE:

R.01, Q. 02, Lt. 9, Bairro Parque dos Jatobás, CEP 75909-440, Rio Verde-GO.

E-mail: raquelrodicio@hotmail.com

Recebido: 03/2014

Aceito: 09/2014

INTRODUÇÃO

De acordo com Jenson et al. [1] a Doença de Crohn (DC) é um distúrbio inflamatório crônico idiopático do intestino, podendo acometer qualquer região do trato alimentar, da boca ao ânus, em reação inflamatória que tende a ser excêntrica e segmentar, amíu-de com áreas descontínuas (regiões normais entre as áreas inflamadas). Entre as crianças com DC, a apresentação inicial envolve mais comumente o íleo e o cólon (isso é ileocolite), contudo pode envolver apenas o intestino delgado.

Segundo Lakatos et al [2] a artralgia é a manifestação mais comum nas doenças inflamatórias intestinais, tendo um incidência que varia entre 10 a 35%. As manifestações extra-intestinais podem ocorrer destacando-se as alterações articulares, como espondilite anquilosante [3,4].

São reconhecidos dois padrões principais de acometimento articular na DC. O primeiro seria uma forma de artrite periférica chamada de artrite enteropática. O segundo padrão, denominado axial, seria a sacroileite com ou sem espondilite. Além disto, podem ocorrer manifestações periarticulares como entesite, tendinite e periostite [4].

De acordo com Lanna et al. [4] a artrite periférica e o acometimento axial em pacientes com DC são formas clínicas distintas. Enquanto o envolvimento axial pode perceber o início da doença intestinal em anos, isto é raro na forma de artrite periférica. O curso da espondilopatia não está relacionado à atividade da doença intestinal, enquanto episódios de artrite periférica refletem períodos de atividades inflamatórias da doença intestinal.

Azevedo e Freitas [5] afirmam que seu estudo houve dosagem de anticorpos anti-saccharomycescerevisiae (ASCA) TgA em 26 pacientes com DC e 108 com espondilartropatia indiferenciada e 45 com artrite psoriásica, comparados com 56 pacientes com artrite reumatóide e 45 controles saudáveis. Níveis de IgA estiveram significativamente aumentados, tantos nos pacientes com DC, quanto naqueles com espondilartropatia indiferenciada, quando comparados com os pacientes com Artrite Reumatóide e com os controles saudáveis. Não ocorrem diferenças significativas nos níveis de IgA como marcadores de espondilartropatia com ou sem inflamação intestinal a biópsia. Esse trabalho coloca IgA como marcadores de espondilartropatia – especificamente espondilite anquilosante e espondilartropatia indiferenciada – e, embora não se tenha encontrado correlação entre níveis de IgA e inflamação intestinal, são necessários grandes estudos prospectivos para demonstrar se os pacientes com espondilartropatia teriam risco aumentado de desenvolver DC.

O controle da doença de base, geralmente leva a melhora do quadro articular periférico, sendo indicado, pois o uso de corticosteróide ou sulfasalazina. Eventualmente poderá ser usado um antiinflamatório não-hormonal, ate ser denominada a inflamação intestinal. A indicação de colectomia associa-se a doença intestinal, e não a intenção de neutralizar o comprometimento articular. Como o comprometimento axial independente da atividade inflamatória intestinal, mesmo com o controle da doença de base esses sintomas podem persistir, sendo então indicados antiinflamatório não-hormonal e terapia física [6,7].

De acordo com Mielants et al. [8] a artrite periférica pode ser crônica e erosiva em 10 % dos pacientes. Orchard, Wordsworth, Jewell [9] artrite periférica pode ser subdividida em três padrões: Tipo I oligoartrite assimétrica; tipo II, poliar-

tritesimétrica, e tipo III associada á espondiloartropatia. A artrite do tipo I afeta menos de cinco articulações, tem caráter agudo e autolimitado, dura menos que dez semanas e acompanha a atividade inflamatória do intestino. A artrite do tipo II acomete cinco ou mais articulações, os sintomas podem durar meses ou anos, não reflete a atividade da doença intestinal e raramente precede o seu diagnóstico.

Segundo Khan [10] e Gravallese e Kantrowitz [11] a maior parte dos pacientes possuem artrite periférica com envolvimento axial associado, tal como a espondilite e a sacroileite. Nortam et al. [12] descreveram três casos de pacientes com artropatia atípica, que apresentam erosões, distribuição e deformidade articulares em associação com doença de Crohn.

Lanna et al. [4] afirmam que em um de seus trabalhos, uma paciente de 46 anos de idade portadora da DC há 23 anos, apresentava uma forma de poliartrite crônica, simétrica de grandes e também de pequenas articulações, com mais de 20 anos de evolução, e também tinha diminuição do espaço articular entre as articulações do carpo, joelhos e tarsos. Havia ainda sacroileite grau II bilateral e o fator reumatóide e o HLA-B 27 eram negativos.

É observada uma maior incidência de artrite nos pacientes com DC de localização colônica do que naqueles com acometimento isolado do intestino delgado [13]. Entretanto Much et al. [14] ao estudarem 167 pacientes com DC, não encontraram predominância de uma forma particular de acometimento articular em correlação com o segmento intestinal inflamado.

Sendo assim, o presente estudo objetivou verificar a ocorrência da artralgia em indivíduos com doença de Crohn.

METODOLOGIA

Este estudo é caracterizado como um estudo de caso, sobre as manifestações articulares em portadores da doença de Crohn.

A presente pesquisa foi realizada na cidade de Rio Verde – Goiás, na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade de Rio Verde – UniRV, após concedida autorização pelo seu responsável. A amostragem do estudo foi composta por 3 indivíduos na faixa etária de 18 e 50 anos. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram incluídos nos estudo portadores da doença de Crohn (com laudo médico que certificava o diagnóstico) que sintam dor articular, na faixa etária compreendida entre 18 e 50 anos, com capacidade cognitiva que os permitisse responder aos questionamentos referentes à pesquisa e que tenham assinado o TCLE.

Foram excluídos do atual estudo os voluntários com as seguintes características: indivíduos fora da faixa etária estudada, voluntários que não conseguiram responder aos questionamentos, os voluntários que não aceitarem participar do estudo e que não assinou o TCLE, indivíduos que apresentarem outra afecção reumatológica anterior a doença de Crohn, indivíduos com afecção neurológica diagnosticada que possa afetar claramente o sistema sensitivo ou cognitivo

O estudo foi de caráter voluntário, e não visou acarretar danos morais, físicos ou psicológicos aos sujeitos, uma vez que irá utilizar somente parte do tempo e a dedicação dos sujeitos do estudo, o mesmo oferece o mínimo de risco possível e nenhum tipo de complicação quanto ao quadro clínico dos pacientes.

A amostra foi não-probabilística e por conveniência.

Inicialmente foi feito contato com médicos reumatologista e gastroenterologistas com objetivo de apresentar o estudo e seus objetivos, feito isto 2 médicos, que atendem a maioria dos casos de doença de Chron do município estudado, fizeram contato com os pacientes e os convidaram a participar do estudo, de um total de 7 pacientes contatados, 3 aceitaram participar do estudo.

Após a aceitação dos sujeitos, por telefone foi agendada a entrevista, indicando ao mesmo o dia e o local para sua realização. Foi realizada a pesquisa com um indivíduo de cada vez, sempre no mesmo local em uma sala bem iluminada, utilizando sempre as mesmas perguntas sem que o pesquisador interferisse na resposta do sujeito. Importante salientar, que os pacientes não tiveram contato entre eles para que não houvesse influência nas respostas.

O roteiro da entrevista utilizada era um roteiro estruturado e foi refinado por um médico gastroenterologista e um fisioterapeuta com experiência neste tipo de método de estudo.

Cada entrevista teve um tempo de duração de aproximadamente 40 minutos

O estudo iniciou-se somente após a permissão e aprovação do Comitê de Ética e pesquisa (CEP) da UniRV, conforme a resolução CNS 196-96 (parecer numero 022/2012). Os dados coletados estão em plena posse do pesquisador responsável, onde não conterão os nomes dos sujeitos, sendo apenas identificados por números. Após a análise e processamento dos dados, os mesmos serão arquivados por um período de cinco anos e após este período serão incinerados, sendo publicados apenas os resultados.

CASO 1

Paciente do sexo masculino, casado, 33 anos, diagnosticado a doença de Crohn a 10 anos. Refere dor articular a 8 anos, com duração de cada seis meses. Os segmentos dolorosos são joelhos, tornozelo, cotovelo e torácica. A escala visual analógica de dor referida por este paciente foi 7. O paciente relatou que a dor é mais incomoda/intensa no período noturno e que ela interfere tanto nas suas atividades de vida diária quanto nas suas atividades laborais.

CASO 2

Paciente do sexo masculino, casado, 40 anos, diagnosticado a doença de Crohn a 6 anos. Refere dor articular a 2 anos, com picos algícos mensais. Os segmentos dolorosos são joelho, tornozelo e pé. A escala visual analógica de dor referida por este paciente foi 8. O paciente relatou que a dor é mais incomoda/intensa no período noturno e que ela interfere tanto nas suas atividades de vida diária quanto nas suas atividades laborais.

CASO 3

Paciente do sexo masculino, casado, 27 anos, diagnosticado a doença de Crohn a 4 anos. Refere dor articular a 2 anos, com picos algícos no mínimo a cada seis meses. Os segmentos dolorosos são punho e ombro. A escala visual analógica de dor referida por este paciente foi 8. O paciente relatou que a dor é mais incomoda/intensa durante todo o dia e que ela interfere

tanto nas suas atividades de vida diária quanto nas suas atividades laborais.

DISCUSSÃO

Verificou-se que os indivíduos participantes da pesquisa eram adultos jovens, concordando com Teixeira et al. [15], que afirma que a DC atinge adultos jovens na fase mais produtiva de suas vidas. Esta última afirmação também foi encontrada no presente estudo, já que os 3 casos referiram que as dores articulares interferem nas suas atividades laborais, prejudicando ou diminuindo sua capacidade laboral.

Segundo Guedes [16] a dor causa um impacto negativo em todos os aspectos de vidas de um indivíduo, causando um declínio psicossocial na sua vida. Tal afirmativa foi confirmada no presente estudo, visto que os 3 voluntários entrevistados relataram que a dor interfere negativamente na realização tanto das atividades de vida diária quanto nas atividades laborais.

Ozgul et al [17] relatam em seu estudo que as algias causadas por afecções articulares incapacitam a pessoa não idosa em diversos aspectos, desde as atividades domésticas, até as atividades recreativas, de lazer e no trabalho, desta forma a qualidade de vida destes sujeitos certamente ficam prejudicadas.

Um fator que certamente contribui para que a dor interfira nas atividades laborais dos pacientes estudados é o nível apontado pela escala visual analógica para avaliação da dor, visto que o valor mínimo atribuído foi de 6, ou seja, dor de moderada a alta intensidade.

Augusto et al. [18] explica que a dor causa incapacidade da realização de tarefas dentro do ambiente de trabalho e até mesmo nas tarefas do cotidiano da vida pessoal, acarretando num possível afastamento do trabalho e desgaste psicológico na vida desse indivíduo.

Todos os indivíduos estudados na pesquisa possuem a manifestação articular, conforme relatado por Lanna et al. [4], os quais afirmam que os sintomas articulares constitui-se a manifestação extra-intestinal comum em pacientes com a doença de Crohn. Tal manifestação indica que a dor articular é presente em indivíduos com algum tempo de diagnóstico da doença, visto que os pacientes do estudo tem um tempo médio de doença de 5 anos, com tempo máximo de doença de 10 anos e mínimo de 4 anos e que todos referiram o início dos sintomas dolorosos articulares após 2 anos de diagnóstico confirmado da afecção.

Em relação a segmentos articulares com referência algica, não houve convergência de relatos, sendo relatados dores em todas as articulações, exceto quadril. Tal achado não corrobora com as colocações de Lanna et al [4]. Tal fato pode ser facilmente explicado visto a idade dos pacientes, adultos jovens, cujas articulações do esqueleto axial ainda não atingiram um estágio que fosse capaz de gerar dor, além disso, ressalta-se que por ser um estudo de 3 casos não é capaz de indicar prevalência de dor em determinados seguimentos ou articulações.

O período da noite foi o mais citado pelos participantes da pesquisa como período que sentem mais dor. De acordo com Silva et al.[19], a dor articular surge comumente no período noturno, além disso, incide também no início da marcha e melhora com o decorrer da mesma e com o repouso. Sizinio [20] relata que as afecções articulares de cunho crônico-degenerativos frequentemente exacerbam os sintomas algícos no período noturno, pois neste período, as atividades musculares e articulares

diminuem, o que acarreta diminuição da provisão sanguínea e de estímulos mecânicos que mascaram a dor, soma-se a isso o fato da temperatura ambiente também diminuir no período noturno, fato este que também gera leve diminuição no aporte sanguíneo e principalmente do metabolismo da membrana sinovial, com conseqüente diminuição da produção do líquido sinovial e da nutrição à cartilagem articular.

CONCLUSÃO

A partir dos dados coletados, pode-se concluir que na amostra estudada, a dor articular é comum na doença de Crohn, e que diante de tantas manifestações da doença a dor articular também pode interferir na qualidade de vida dos portadores da doença de Crohn.

Conclui-se também que as articulações mais acometidas nos portadores da doença de Crohn são as articulações dos tornozelos e joelhos, e que dependendo do tempo de doença intestinal, pode se constatar que as manifestações articulares só aparecem depois de algum tempo do início da doença.

Diante do aumento da incidência da doença de Crohn deve-se estudar com mais veemência sobre a dor articular procurando um tratamento adequado. Ressalta-se ainda a relevância da intervenção fisioterapêutica no tratamento da doença de Crohn, visto que a manifestação articular é comum nestes pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1- Jenson HAL et al. Tratado de pediatria. 16^a ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara. 2002.
- 2- Lakatos L et al. Association of extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease in province of Western Hungary with disease phenotype: Results of 25-year follow-up study. *World J Gastroenterology*. 2003;9(10):2300.-2307.
- 3- Hanauer SB. Tratado de medicina interna. 20 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. p.782-791, 1997.
- 4- Lanna CCD et al. Manifestações Articulares em Pacientes com doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa. *Revista brasileira de Reumatologia*. 2006; 46(1):45-51.
- 5- Azevedo VF; Freitas SDS. Espondilartropatias. *Revista brasileira de Reumatologia*. 2004; 44(4):294-299.
- 6- Cabral DA; Malleson PN; Petty RE. Spondyloarthropathies of childhood. *Ped Clin North Am*. 1995; 42(5):1051-1070.
- 7- Alghafeer IS, Sigal LH. Rheumatic manifestations of gastrointestinal diseases. *Bull Rheum Dis*. 2002; 51(1): 45-51.
- 8- Mielants H. et al. Destructive lesions of small joints in sero negative spondyloarthropathies: relation to gut inflammation. *Clin Exp Rheumatol*. 1990; 8:23-27.
- 9- Orchard TR; Wordsworth BP; Jewell DP. Peripheral arthropathies in inflammatory bowel disease: their articular distribution and natural history. *Gut*. 1998; 42(3):387-391.
- 10- Khan MA et al. ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Journal rheumatic diseases*. 2006; 65(4):442-462.
- 11- Gravalles EM; Kantrowitz FG. Arthritic manifestations of inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. 1988; 83(7):703-709.
- 12- Norton KI et al. Atypical arthropathy associated with Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 1993; 88(6):948-952.
- 13- Veloso FT; Carvalho J; Magro F. Immune-related systemic manifestations of inflammatory bowel disease. A prospective study of 792 patients. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 1996; 23:29-34.
- 14- Münch H et al. Clinical features of inflammatory joint and spine manifestations in Crohn's Disease. *Hepato-gastroenterol*. 1986; 33(3):123-127.
- 15- Teixeira MG et al. Qualidade de vida dos doentes com doença inflamatória intestinal antes e após tratamento cirúrgico. *Rev Bras Colo-proct*. 1996; 16(4):186-191.
- 16- Guedes ADS. tenossinovite estenosante do quirodáctilo: uma revisão bibliográfica. *Revista Científica ESAMAZ*. 2011; 3(1):159-198.
- 17- Ozgul A et al. Effect of ankylosing spondylitis on health-related quality of life and different aspects of social life in young patients. *Clin Rheumatol*. 2006; 25(2):168-174.
- 18- Augusto VG, Sampaio RF, Tirado MGA, Mancini MC, Parreira VF. A look into Repetitive Strain Injury/Work-Related Musculoskeletal Disorders within physical therapists' clinical context. *Braz. J. Phys. Ther.*; 12(1); 49-56; 2008.
- 19- 24- Silva NA. et al. Doenças osteoarticulares degenerativas periféricas. *Revista Einstein*. 2008; 6(1):23-28.
- 20- SIZINIO H. Ortopedia e Traumatologia: princípios e prática. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.