



**ESPONDILITE ANQUILOSANTE:  
É RELEVANTE DIAGNOSTICAR  
PRECOCEMENTE?**

**Margarida Cruz  
Jaime C. Branco**

Unidade de Reumatologia  
Hospital de Egas Moniz, Lisboa

---

## RESUMO

---

**Introdução:** A espondilite anquilosante (EA) é uma doença reumática inflamatória crónica. Os primeiros sintomas surgem classicamente no fim da adolescência ou no início da idade adulta, afectando indivíduos numa fase muito activa da vida e podendo ser responsável por grande incapacidade para as actividades de vida diária e laborais. Não existe ainda nenhum tratamento que comprovadamente atrase a evolução da doença, dependendo essa evolução de factores ainda mal conhecidos.

**Objectivos:** Foram objectivos deste trabalho: caracterizar a população de doentes com EA seguidos na nossa consulta; avaliar estes doentes através da aplicação de índices funcional, de actividade da doença e de entesopatia; correlacionar algumas das variáveis de avaliação da doença.

**Doentes e Métodos:** Todos os doentes foram avaliados pelo mesmo médico numa visita única, tendo-se registado os parâmetros demográficos e de evolução da doença, presença de HLA B27, medicação actual, índice de Schober, índice entesofítico de Mander, índices BASDAI e BASFI, valor de VS e PCR e grau de sacroileíte em radiografia simples.

**Resultados:** Vinte e sete doentes eram seguidos em 2001 com EA, dos quais um terço eram mulheres. O tempo de demora no diagnóstico era superior a 10 anos em 55,6% das mulheres e em 27,8% dos homens. Dezassete doentes (62,9%) tinham história de manifestações extra-axiais e 88,9% tinham o alelo HLA B 27. O valor médio de Schober era de 1,4 cm e o do índice de Mander era 6,8. A média do valor do índice BASDAI foi de 38,77 e do índice BASFI 38,57. O grau de sacroileíte era II em três doentes, III em oito doentes e IV em quinze. Aplicando o teste de correlação de Pearson entre diversas variáveis, constatou-se que havia uma correlação de -0,43 e 0,48, respectivamente, entre o valor de Schober com o de BASFI e o grau de sacroileíte com o valor de BASFI. As correlações mais elevadas foram entre: o tempo de evolução da doença e o valor de BASFI (0,58); o valor de BASFI e o da VS (0,52); o valor do índice BASDAI e o do índice de Mander (0,57). Não se verificou correlação entre a demora no diagnóstico e, quer o valor de Schober, quer o grau de sacroileíte.

**Conclusão:** Os doentes com espondilite anquilosante continuam a não ter uma terapêutica modificadora da evolução da doença eficaz, pelo que hoje em dia um diagnóstico precoce significa provavelmente um marcador de mau prognóstico, em vez de uma oportunidade de terapêutica eficiente.

**Palavras-Chave:** Espondilite Anquilosante; Actividade; Funcionalidade; População.

---

## ABSTRACT

---

**Introduction:** Ankylosing spondylitis (AS) is an inflammatory chronic disease which affects mainly male individuals, being generally less aggressive and with a slower progression in women. Clinical manifestations usually begin in late adolescence or early adulthood, affecting individuals in a very active phase of life and being responsible for a great impairment of daily and labour activities. To date, there isn't any effective treatment that can slow disease progression.

**Objectives:** The objectives of this work were: to characterize the AS population followed in our Rheumatology outpatient department; to evaluate these patients through the application of functional, disease activity and enthesopathy indexes; to correlate some disease evaluation parameters.

**Patients and Methods:** Every patient was evaluated by the same investigator in a single visit. We registered demographic and disease evolution parameters, HLA B27 presence, actual medication, Schober measurement, Mander enthesitis index, BASDAI and BASFI indexes, ESR and CRP values and radiographic sacroiliitis degree.

**Results:** Twenty seven patients were followed in 2001 with AS, one third of them were women. Delay in diagnosis was over 10 years in 55,6% of women and in 27,8% of men. Seventeen patients (62,9%) had a history of extra-axial manifestations and 88,9% had HLA B27. Median Schober value was 1,4 cm and Mander's 6,8. Median BASDAI index was 38,77 and BASFI's 38,57. Sacroiliitis degree was II in three patients, III in eight and IV in fifteen. Pearson's correlation test revealed a correlation of -0,43 between Schober and BASFI and of 0,48 between sacroiliitis degree and BASFI. The highest correlations were between disease duration and BASFI (0,58), between BASFI and ESR (0,52) and between BASDAI and Mander (0,57). There was no correlation between diagnostic delay and Schober and sacroiliitis grade.

**Conclusion:** Ankylosing spondylitis patients still don't have an efficacious therapy that can alter disease progression. So, an early diagnosis nowadays possibly means a poor prognostic factor, instead of the possibility of altering the natural disease progression.

**Key-Words:** Ankylosing Spondylitis; Activity; Function; Population.

---

## ESPONDILITE ANQUILOSANTE: É RELEVANTE DIAGNOSTICAR PRECOCEMENTE?

Margarida Cruz\*, Jaime C. Branco\*\*

### Introdução

A espondilite anquilosante (EA) é uma doença reumática inflamatória axial, afectando predominantemente as articulações sacroilíacas e a coluna vertebral. Pode coexistir inflamação articular extra-axial e atingimento sistémico extra-articular<sup>1</sup>.

A inflamação nos locais de inserção de tendões, fascias, ligamentos ou cápsulas articulares no osso (entesopatia inflamatória ou entesite) é a característica classicamente descrita como distintiva das espondilartropatias, grupo de doenças em que a espondilite anquilosante está incluída<sup>2</sup>. A fase inflamatória da lesão das enteses é difusa e breve, com formação subsequente de tecido fibroso e sua calcificação. Esta poderá então ser responsável por uma anquilose futura, nomeadamente se localizada a nível da coluna vertebral<sup>3</sup>. No entanto, Maksymowych defende que a lesão inflamatória inicial ocorre na interface cartilagem/osso subcondral, por um mecanismo autoimune<sup>4</sup>.

As primeiras manifestações clínicas ocorrem geralmente no final da adolescência ou no início da vida adulta, sendo raras após os 45 anos. A doença ocorre com o triplo da frequência em homens do que em mulheres, tendo as manifestações clínicas e radiográficas uma provável evolução mais lenta nas mulheres<sup>5,6</sup>. Para além dos sintomas com localização axial, consistindo em dor de ritmo inflamatório e rigidez na coluna lombar/cervical, podem surgir manifestações extra-axiais e extra-articulares em associação à EA: artrite periférica, uveíte anterior aguda, alte-

rações cardiovasculares (dilatação do anel aórtico, insuficiência aórtica, perturbações da condução cardíaca), fibrose dos lobos pulmonares superiores, enterite com ou sem sintomas, subluxação atlanto-axoideia anterior, síndrome da cauda equina, amiloidose secundária<sup>5</sup>.

Apesar de a evolução da doença ser variável, muitas vezes origina deformidades fixas e irreversíveis da coluna vertebral e das articulações coxofemorais, causando incapacidade funcional grave e limitativa precocemente, para além das dores. A associação da doença à presença do alelo HLA B27 é conhecida, ocorrendo em cerca de 90 a 95% dos doentes<sup>7</sup>. Visto que a EA é reconhecível em esqueletos da pré-história, não se sabe por que razão este alelo foi conservado ao longo do tempo, pensando-se que possa conferir protecção relativamente a alguma patologia, do mesmo modo que o traço falciforme protege da gravidade da malária<sup>7</sup>.

O primeiro conjunto de critérios diagnósticos de EA internacionalmente aceite foi proposto em Roma em 1961, tendo sido revisto em 1966 em New York, onde se estabeleceu que a presença radiográfica de sacroileíte seria necessária para o diagnóstico<sup>5</sup>.

Em 1984, van Linden e colaboradores fizeram uma proposta de modificação dos critérios de New York, de modo a permitir o diagnóstico definitivo ou provável da doença. Este conjunto considera critérios clínicos (a) lombalgia e rigidez durante mais de 3 meses, que melhoram com o exercício mas não aliviam com o repouso; b) limitação da mobilidade da coluna lombar nos planos sagital e frontal; c) limitação da expansão torácica relativamente a valores normais corrigidos para a idade e o sexo e radiológicos (sacroileíte grau  $\geq 2$  bilateral ou grau 3-4 unilateral). O diagnóstico definitivo de espondilite anquilosante corresponde à presença de um critério radiográfico e pelo menos um critério clínico; o diagnóstico de espondilite anquilosante provável corresponde à

\* Interna do Internato Complementar de Reumatologia no Hospital de Egas Moniz

\*\* Chefe de Serviço de Reumatologia, Director da Unidade de Reumatologia do Hospital Egas Moniz e Professor de Reumatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

presença dos três critérios clínicos ou à presença de apenas um critério radiográfico<sup>9</sup>.

O tratamento da EA consiste fundamentalmente em fisioterapia e actividade física regular, visando manter a mobilidade e evitar a anquilose vertebral, bem como o uso de anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) para diminuir a dor e a inflamação, permitindo o movimento. No entanto, pensa-se que estas terapêuticas provavelmente não impedem a evolução da doença, aliviando apenas a sintomatologia e, quando muito, atrasando a evolução para a deformidade e anquilose nos doentes que futuramente as irão sofrer. Apesar de a terapêutica com sulfasalazina ou metotrexato terem por vezes um papel importante quando a EA se revela mais agressiva e resistente aos AINEs, parece claro que esse papel não é o de fármacos modificadores da evolução da doença, como se verifica na artrite reumatóide. Assim sendo, não dispomos ainda de um tratamento de fundo para a EA<sup>9</sup>. Vários estudos demonstraram que, apesar de alguns doentes terem de forma crónica um aumento dos parâmetros laboratoriais de inflamação (velocidade de sedimentação – VS, proteína C reactiva – PCR), tal não reflecte necessariamente a actividade da doença<sup>1,10</sup>. Deste modo, Calin e colaboradores definiram a aplicação de questionários para quantificação de índices funcional – BASFI<sup>11</sup> e da actividade da doença – BASDAI<sup>12</sup>, bem como um índice para a avaliação da mobilidade – BASMI<sup>13</sup>. Pelo facto de a lesão primordial na EA ser a entesite, Mander definiu um índice entesofítico a partir da pressão local de várias enteses, o qual se correlacionaria com a actividade da doença<sup>10</sup>.

Os objectivos deste estudo foram: 1. caracterizar a população de doentes com espondilite anquilosante actualmente seguidos na nossa Consulta de Reumatologia; 2. fazer uma avaliação da actividade da doença e da funcionalidade nestes doentes utilizando diferentes parâmetros; 3. correlacionar algumas das variáveis utilizadas na avaliação da doença.

## Doentes e Métodos

Estudo transversal consistindo numa visita única de cada doente, em que se registavam os parâmetros demográficos e de evolução da doença (tempo de evolução, tempo de demora de diagnóstico, história de manifestações extra-axiais,

presença de HLA B27, medicação actual). Na mesma visita era medido o índice de Schober e aplicado o índice entesofítico de Mander, registando-se os respectivos valores. Aplicavam-se os questionários relativos aos índices BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*) e BASFI (*Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index*). Era feito um estudo analítico dos parâmetros laboratoriais de inflamação (VS e PCR) e pedida uma radiografia ântero-posterior da bacia, para gradação da sacroileíte.

Foram incluídos no estudo todos os doentes seguidos actualmente na consulta que cumprissem os critérios de New York modificados (1984) para a espondilite anquilosante e avaliados pessoalmente pelo mesmo investigador, durante o ano de 2001.

O índice de Mander é obtido pela soma das intensidades da dor sentida quando são pressionadas várias enteses pré-definidas. Os pontos a avaliar são trinta (axiais e periféricos, alguns individuais, outros agrupados), distribuídos por todo o corpo. A intensidade da dor varia entre 0 (sem dor) e 3 (dor com grito ou fuga do segmento). Deste modo, o valor do índice de Mander pode variar entre zero e noventa.

O valor final do índice BASDAI é obtido pela média dos valores registados em seis escalas visuais analógicas (EVAs) referentes a diferentes perguntas relacionadas com a actividade da doença.

O valor do índice BASFI obtém-se calculando a média dos valores registados em dez EVAs referentes a perguntas respeitantes à funcionalidade nos seus vários aspectos (cuidados pessoais, actividades diárias em casa e no trabalho).

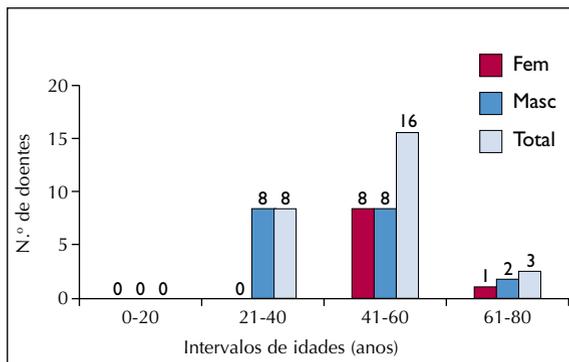
## Análise estatística

Correlacionámos alguns parâmetros entre si, recorrendo ao teste de correlação de Pearson, cujos resultados podem variar entre -1 e 1. Quanto mais próximo dos extremos for o valor, maior é a correlação entre os dois intervalos de variáveis considerados, significando um valor negativo a existência de uma relação inversa e um valor positivo a presença de uma relação directa.

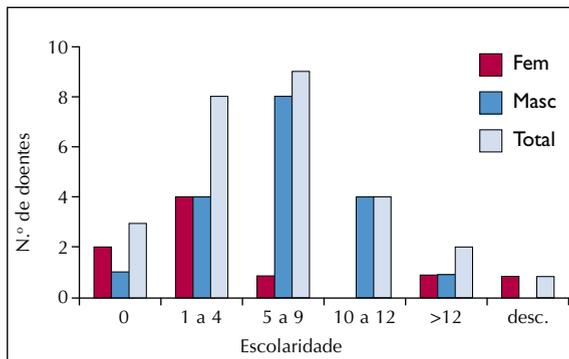
## Resultados

Desde a abertura da Unidade de Reumatologia deste hospital, em 1993, foram seguidos na Con-

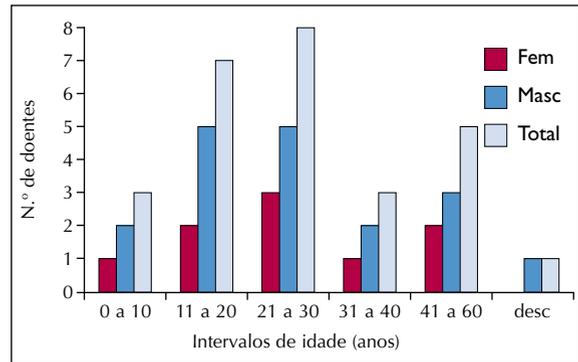
sulta de Reumatologia cinquenta e dois doentes cumprindo os critérios de New York modificados (1984) para espondilite anquilosante. Destes, trinta e nove eram do sexo masculino (75%) e treze do sexo feminino (25%). Em 2001 eram aí seguidos 27 doentes, tendo os restantes 25 abandonado esta consulta. Dos vinte e sete, 18 eram homens (66,7%) e 9 mulheres (33,3%). A média de idades era de 46,52 anos $\pm$ 13,6 DP (53,3 anos  $\pm$  6,12 DP para as mulheres, 43,1 anos $\pm$ 13,9 DP para os homens) – Fig. 1. Vinte e três doentes eram de raça caucasiana (85,2%) e quatro de raça negra (14,8%). A maioria dos doentes era casada (16 doentes – 59,2%), sendo 8 solteiros, 2 divorciados e uma viúva. A escolaridade média era de 7,1 anos, variando entre zero (três doentes) e o ensino superior (dois doentes) – Fig. 2. O tempo médio de evolução da doença era de 20,07 $\pm$ 12,2 anos. A média da idade de início dos sintomas era de 26,85 anos $\pm$ 13,9 DP (28,2 anos $\pm$ 14,6 DP nas mulheres, 26,1 anos $\pm$ 13,9 DP nos homens) – Fig. 3. O tempo médio de demora no diagnóstico (calculada pela subtração da idade aquando dos



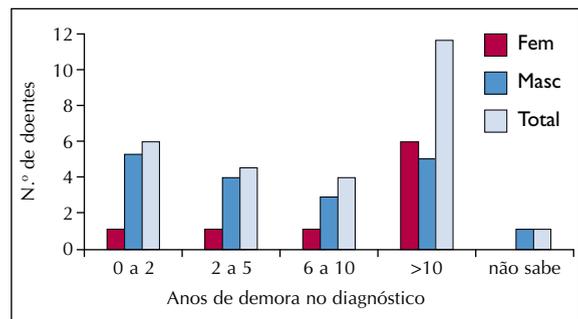
**Figura 1.** Distribuição de doentes por intervalos de idades (n=27).



**Figura 2.** Distribuição por graus de escolaridade (n=27)



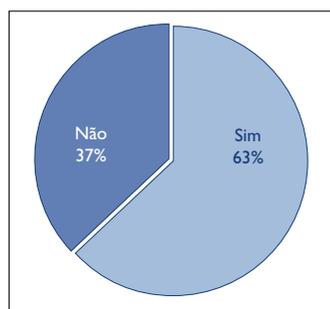
**Figura 3.** Idade de início dos sintomas (distribuição por sexos) n=27



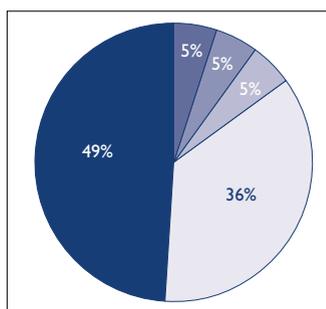
**Figura 4.** Demora no diagnóstico (distribuição por sexos) n=27

primeiros sintomas à idade aquando do diagnóstico) era de 10,96 anos (17,9 anos $\pm$ 14,7 DP para as mulheres, 7,23 anos $\pm$ 7,5 DP para os homens), sendo superior a 10 anos em 66,7% das mulheres e em 27,8% dos homens – Fig. 4. Dezassete doentes (62,9%) tinham história de manifestações extra-axiais (7 mulheres, 10 homens), correspondendo a 77,8% das mulheres e a 55,6% dos homens – Fig. 5. Oito doentes tinham tido uveíte, onze referiam artrite periférica, um tinha psoríase, uma tinha doença de Crohn e uma tinha perturbação da condução cardíaca – Fig.6. Vinte e três (85,2%) tinham HLA B27 (7 mulheres, 16 homens). Sete doentes (25,9%) não tomavam medicação de forma regular aquando da avaliação, estando cinco deles medicados com AINE em SOS. Vinte doentes estavam medicados com AINE de forma regular, nove tomavam AINE e sulfasalazina, três estavam medicados com AINE e metotrexato. A tabela 1 resume os dados dos doentes, comparados entre sexos.

O valor médio do Schober era de 1,36 cm (1,28 nas mulheres, 1,4 nos homens). O valor médio do



**Figura 5.** Manifestações extra-axiais (n=27)



**Figura 6.** Manifestações extra-axiais (n=17)

**Tabela 1: Características dos doentes, por sexos**

|                                             | Mulheres  | Homens    |
|---------------------------------------------|-----------|-----------|
| Idade média (anos)                          | 53,3 anos | 43,1 anos |
| Raça (Caucasiana/Negra)                     | 8/1       | 15/3      |
| Média de anos de escolaridade               | 4,88      | 7,7       |
| Tempo de demora diagnóstica em anos (média) | 17,9      | 7,23      |
| Manifestações extra-axiais                  | 7         | 10        |
| Presença do HLA B27 (nº de doentes)         | 8         | 16        |
| Média do valor de Schober                   | 1,28      | 1,4       |
| Média do valor de Mander                    | 11,6      | 4,83      |
| Média do valor de BASDAI                    | 50,04     | 26,1      |
| Média do valor de BASFI                     | 63,9      | 32,9      |

índice de Mander no dia da avaliação foi 6,8 (11,6 nas mulheres, 4,83 nos homens).

A média do valor do índice BASDAI foi 35,2 e do índice BASFI 43,66 (um doente foi incapaz de responder aos questionários, por demência) – Figs. 7 e 8.

Alguns doentes tinham alteração dos parâmetros laboratoriais de inflamação: em dezassete casos havia aumento da VS e/ou da PCR (nove destes doentes tinham aumento de ambos os parâmetros, quatro tinham apenas aumento da VS e outros quatro tinham apenas a PCR elevada). Dos doentes com VS elevada, sete tinham um valor superior a 50 mm, sendo o valor máximo de 89 mm. O valor máximo de PCR obtido foi de 56,1 g/dl (para um valor máximo normal de 8 g/dl), correspondendo ao doente que tinha a VS mais elevada.

O grau de sacroileíte era II em três doentes (2 homens, 1 mulher), III em oito doentes (5 homens, 3 mulheres) e IV em quinze doentes (10 ho-

mens, 5 mulheres). Num doente não foi possível obter a radiografia da bacia, sabendo-se que tinha sacroileíte, através da informação no processo da consulta, mas desconhecendo-se o grau.

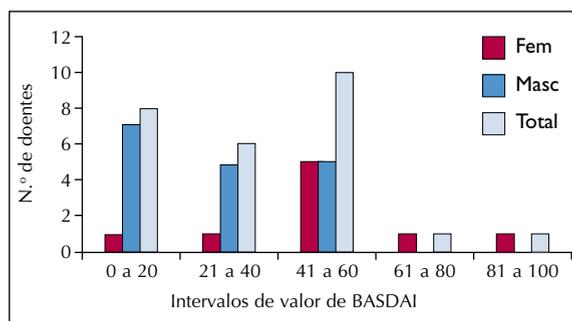
Aplicámos o coeficiente de correlação de Pearson às variáveis de actividade clínica, laboratorial e radiográfica da doença, bem como ao grau funcional, ao tempo de evolução e à demora no diagnóstico (Tabela 2). Relativamente ao índice funcional (BASFI), não encontramos correlação significativa com o valor da PCR, mas sim com os outros pa-

râmetros: tempo de evolução (0,63), demora no diagnóstico (0,41), índice de Mander (0,37), Schober (-0,43), grau de sacroileíte (0,40) e VS (0,47). O índice de actividade (BASDAI) não se correlacionava com os parâmetros laboratoriais (VS, PCR), mas sim com o valor de Mander (0,62). Também este índice não se correlacionava com os parâmetros laboratoriais. Não existia correlação entre o Schober e o grau de sacroileíte com a demora no diagnóstico (0,1 e -0,007, respectivamente). O grau de sacroileíte teve um coeficiente de correlação de 0,42 com o tempo de evolução da doença. A presença do alelo B27 teve um coeficiente de correlação de -0,3 com a demora no diagnóstico, e não se correlacionava com o Schober nem com o grau de sacroileíte.

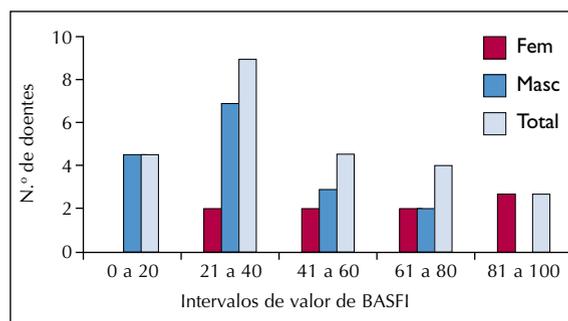
## Discussão

A espondilite anquilosante é uma doença reumática crónica, muitas vezes incapacitante e causadora de deformação. Interfere frequentemente com as actividades do dia-a-dia, principalmente em períodos de maior actividade clínica ou após uma longa evolução. Numa fase adiantada da doença, por vezes o grau de incapacidade reflecte as sequelas das entesites, existindo fusão das articulações sacroilíacas e anquilose vertebral, mesmo que os fenómenos inflamatórios tenham sido ultrapassados.

É evidente que a preocupação com a incapacidade e o desenlace (i.e. «outcome») seja particularmente importante nesta doença. Mas como podemos avaliar uma doença em que não há marcadores laboratoriais relevantes, e em que a



**Figura 7.** Distribuição dos valores do índice BASDAI (n=26)



**Figura 8.** Distribuição dos valores do índice BASFI (n=26)

**Tabela 2: Coeficientes de correlação de Pearson**

|                  | BASDAI | BASFI | VS   | PCR  | Grau sacroileíte | Schober | B27   |
|------------------|--------|-------|------|------|------------------|---------|-------|
| Tempo Evol.      |        | 0,63  |      |      | 0,42             |         |       |
| Demora diag.     |        | 0,41  |      |      | -0,007           | 0,1     | -0,3  |
| Mander           | 0,62   | 0,37  | 0,06 | -0,2 |                  |         |       |
| Shober           |        | -0,43 |      |      |                  |         | -0,06 |
| Grau sacroileíte |        | 0,40  |      |      |                  |         | 0,12  |
| VS               | -0,16  | 0,47  |      |      |                  |         |       |
| PCR              | -0,29  | 0,09  |      |      |                  |         |       |

radiografia, até há algum tempo considerado o exame de escolha, apenas pode piorar e nunca melhorar, ao longo da evolução da doença? Por exemplo, no lúpus eritematoso sistémico, existem vários testes laboratoriais que avaliam diversos aspectos da doença; na artrite reumatóide, os parâmetros de inflamação espelham a actividade do processo inflamatório. Pelo contrário, na EA ocorre uma artropatia vertebral destrutiva, frequentemente na ausência de qualquer marcador do processo (os parâmetros clínicos e laboratoriais de actividade da doença são maus preditores das alterações radiográficas). Por estas razões, são necessários instrumentos autoadministrados para avaliar esta doença. Em oposição à artrite reumatóide, não sabemos nada sobre o curso das alterações radiográficas na EA. Também os efeitos das terapêuticas utilizadas sobre a progressão radiográfica são desconhecidos, em contraste com o exemplo da artrite reumatóide<sup>1</sup>.

Fizemos a caracterização da população de doentes com EA seguidos actualmente na nossa consulta, e verificámos que as suas características demográficas correspondem às habitualmente

descritas. Alguns autores publicavam em 1990 dados que apontavam para uma relação de 10 a 20 homens para 1 mulher na prevalência da doença<sup>14</sup>, enquanto que em 1993 outros observavam uma relação de 3 a 5:1<sup>15</sup>. Um estudo populacional de 1990 apresentava uma relação de 2,5:1<sup>16</sup>. Cerca de 3:1 é a relação aceite hoje em dia<sup>17</sup>, e a encontrada na população estudada na nossa consulta. No entanto, o estudo de Bruges-Armas na Ilha Terceira dos Açores aponta para uma relação de 6,8:1, numa população aleatória, que permitiu estimar uma prevalência da doença naquela ilha de 1,6%<sup>18</sup>.

Uma revisão da literatura apontava para um início dos sintomas ligeiramente mais tardio em mulheres<sup>17</sup>, tal como se verificou no nosso estudo, bem como uma prevalência média ligeiramente superior de artrite periférica no sexo feminino<sup>17</sup>. Diferentes estudos relatam que 16 a 85% dos doentes tinham sacroileíte grau IV<sup>17</sup>, sendo esta mais frequente nos indivíduos do sexo masculino. Na nossa população a prevalência era idêntica nos dois sexos, observando-se em 55,6% dos doentes em ambos os grupos.

Outros autores referem<sup>9</sup>, numa população de

indivíduos com EA, uma idade média mais avançada aquando do diagnóstico nos que não tinham o alelo B27, bem como uma maior demora no diagnóstico (7,2 anos *vs* 4,4 anos). Nos nossos doentes também a diferença foi grande, registando-se uma demora média no diagnóstico de 19 anos nos quatro doentes sem HLA B27, sendo de 9,5 anos nos que tinham o HLA B27.

Calin et al, no seu estudo populacional de Bath<sup>11</sup>, obteve índices de BASFI de 0 a 95 mm, com uma média de 40,3 mm, ligeiramente superior à encontrada na nossa série. Garret et al, aplicando o índice BASDAI<sup>12</sup>, obteve resultados de 5 a 100 mm, com uma média de 54 mm (também superior à encontrada nos nossos doentes). No nosso estudo, salientamos o facto de mais de metade das mulheres ter tido uma demora no diagnóstico superior a 10 anos, percentagem bastante superior à de homens nesta situação. Este facto traduz provavelmente uma progressão mais lenta e menos sintomática da doença nas mulheres, como é admitido pelos autores de um modo geral. Não encontramos, nos trabalhos especialmente dedicados ao estudo da influência da EA nas mulheres e na gravidez, nenhuma referência a este aspecto específico. Mais de metade dos doentes tinha tido manifestações extra-axiais, essencialmente uveítes e artrites periféricas, sendo a percentagem maior entre as mulheres – aspecto corroborado por outros autores<sup>17</sup>, mas não consensual. Menos de metade dos doentes estava medicada, na altura da avaliação, com metotrexato ou salazopirina, apesar de o valor médio do Schober ser baixo e mais de metade dos doentes terem um grau de sacroileíte de III ou IV, provavelmente por a actividade da doença ser relativamente baixa nestes doentes e prevalecerem as sequelas anquilosantes, que se sabe não regredirem com estas terapêuticas. O valor médio do índice de Mander foi bastante baixo na população de doentes por nós estudada, possivelmente pelo mesmo motivo. Num trabalho publicado em 1987, Mander aplicou o seu índice a 19 doentes em diferentes estádios da doença, tendo obtido um valor médio de 10,5 nos doentes sob tratamento e de 13,7 sem tratamento farmacológico<sup>10</sup>.

Lehtinen avaliou doentes com EA 30 anos após o diagnóstico<sup>19</sup>, tendo verificado que os primeiros dez anos da doença eram particularmente importantes relativamente ao desenlace. Mais de 80% dos doentes com uma duração da doença superior a 20 anos queixavam-se de dor e rigidez

diárias, confirmando que «a espondilite anquilosante nunca se extingue». Esta observação está de acordo com o facto de se ter encontrado valores de BASDAI relativamente elevados, mesmo entre doentes com evolução mais longa da doença.

Verificámos coeficientes de correlação com valores de 0,37 a 0,63 entre o índice funcional (BASFI) e os parâmetros clínico-radiográficos, o tempo de evolução e a demora no diagnóstico da doença, o que não parece surpreendente: quanto mais progrediu a doença, menos funcional está o doente. Também apurámos um coeficiente de correlação elevado entre o índice de actividade da doença e o índice entesofítico: quanto mais activa a doença, mais entesites existem. Tal como é descrito na literatura, não existia uma correlação significativa entre os parâmetros laboratoriais (VS e PCR) e os índices funcional e de Mander. A demora no diagnóstico não pareceu influenciar o valor de Schober nem o grau de sacroileíte. Parece assim que, o facto de se diagnosticar mais precocemente a doença, pode depender da sua agressividade inicial mas não se traduzir numa vantagem. A utilidade de um diagnóstico precoce seria permitir uma intervenção atempada, passível de modificar o curso da doença. No entanto, essa modificação parece não ter ocorrido nestes doentes. Não é evidente uma explicação para a correlação entre o índice funcional e a VS.

## Conclusão

Apesar da criação do grupo internacional de estudo da espondilite anquilosante e do desenvolvimento de índices de actividade e de funcionalidade específicos para esta doença, continuamos a não dispor hoje em dia de uma terapêutica comprovadamente eficaz e modificadora da sua evolução natural para a anquilose nos casos mais graves. Este estudo de caracterização e avaliação da população de doentes seguidos na nossa consulta de Reumatologia parece sugerir que, apesar de em grande parte dos casos o diagnóstico ter sido tardio, possivelmente um diagnóstico precoce não teria servido para alterar o curso natural da doença. Pensamos ser de vital importância o surgimento de um (ou mais) tratamentos eficazes, para que então um diagnóstico precoce signifique, mais do que um simples diagnóstico de fatalidade, uma possibilidade de esperança para estes doentes.

**Correspondência para:**

Margarida Cruz  
 Unidade de Reumatologia  
 Hospital de Egas Moniz  
 R. da Junqueira, nº 126  
 1349 - 019 Lisboa  
 Tel.: 21.3650335, Fax: 21.3627296  
 Email: reuma.egas@mail.telepac.pt

**Referências Bibliográficas**

1. Calin A.; "The Individual With Ankylosing Spondylitis: Defining Disease Status and the Impact of the Illness"; Br J Rheumatol 1995; 34: 663-672
2. Olivieri I., Barozzi L., Padula A.; "Enthesiopathy: Clinical Manifestations, Imaging and Treatment"; Baillière's Clin Rheumatol 1998; 12 (4): 665-681
3. Vernon-Roberts, Barrie. Ankylosing Spondylitis: Pathology. In Klippel, J. H. and Dieppe P. A., eds. Rheumatology, 2nd edition, London, Mosby 1998: 6- 16.1-16.10
4. Maksymowych W. P.; "Ankylosing Spondylitis - At the Interface of Bone and Cartilage"; J Rheumatol 2000; 27 (10): 2295-2301
5. Khan, Muhammad Asim. Ankylosing Spondylitis: Clinical Features. In Klippel, J. H. and Dieppe P. A., eds. Rheumatology, 2nd edition, London, Mosby 1998: 6- 16.1-16.10
6. Ostensen M., Ostensen H.; "Ankylosing Spondylitis - The Female Aspect"; J Rheumatol 1998; 25 (1): 120-124
7. Gran, Jan Tore, Husby, Gunnar. Ankylosing Spondylitis: Prevalence and Demography. In Klippel, J. H. and Dieppe P. A., eds. Rheumatology, 2nd edition, London, Mosby 1998: 6-15.1-15.6
8. van der Linden S., Valkenburg A., Cats A.; "Evaluation of Diagnostic Criteria for Ankylosing Spondylitis"; Arthr Rheum 1984; 27 (4): 361-368
9. Haslock, Ian. Ankylosing Spondylitis: Management. In Klippel, J. H. and Dieppe P. A., eds. Rheumatology, 2nd edition, London, Mosby 1998: 6- 19.1-19.10
10. Mander M., Simpson J. M., McLellan A., Walker D., Goodacre J. A., Dick W. C.; "Studies With an Enthesis Index as a Method of Clinical Assessment in Ankylosing Spondylitis"; Ann Rheum Dis 1987; 46: 197-202
11. Calin A., Garrett S., Whitelock H. et al; "A New Approach to Defining Functional Ability in Ankylosing Spondylitis: The Development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index"; J Rheumatol 1994; 21 (12): 2281-2285
12. Garrett S., Jenkinson T., Kennedy L. G., Whitelock H., Gaisford P., Calin A.; "A New Approach to Defining Disease Status in Ankylosing Spondylitis: The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index"; J Rheumatol 1994; 21 (12): 2286-2290
13. Jenkinson T. R., Mallorie P. A., Whitelock H. C., Kennedy L. G., Garrett S. L., Calin A.; "Defining Spinal Mobility in Ankylosing Spondylitis (AS). The Bath AS Merology Index"; J Rheumatol 1994; 21 (9): 1694-1698
14. Gran J. T., Husby G.; "Ankylosing Spondylitis in Women"; Semin Arthr Rheum, 1990; 19: 303-312
15. Gran J. T., Husby G.; "The Epidemiology of Ankylosing Spondylitis"; Semin Arthr Rheum 1993; 22: 319-333
16. Will R., Edmunds L., Elswood J., Calin, A.; "Is There a Sexual Inequality in Ankylosing Spondylitis? A Study of 498 Women and 1202 Men"; J Rheumatol 1990, 17: 1649-1652
17. Gran J. T., Ostensen M.; "Spondyloarthritides in Females"; Baill Clin Rheumatol, Nov 1998; 12 (4): 695-715
18. Bruges-Armas J., Lima C., Peixoto M. J., Santos P., Mendonça D., Martins da Silva B., Herrero-Beaumont G., Calin A.; "Prevalence of Spondyloarthritis in Terceira, Açores: a Population Based Study; Ann rheum Dis 2002; 61: 551-553
19. Lehtinen K.; " 76 Patients With Ankylosing Spondylitis Seen After 30 Years of Disease"; Scand J Rheumatol 1983, 12: 5-11

# Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Conheça

Participe

Influencie

Os Caminhos da Reumatologia Portuguesa  
em

[www.spreumatologia.pt](http://www.spreumatologia.pt)