



Artralgia em indivíduos com doença de Crohn

Arthralgia in patients with Crohn's disease

Elivaine Patrícia San'tana Gomes ¹, Eliane Gouveia de Moraes Sanchez ²,
Hugo Machado Sanchez ³

¹Fisioterapeuta, graduada pela FESURV – Universidade de Rio Verde

²Fisioterapeuta, Mestre em Educação, docente do Depto. De Fisioterapia da Universidade de Rio Verde

³Fisioterapeuta, Mestre em Fisioterapia, Professor Adjunto do Depto. de Fisioterapia da Universidade de Rio Verde (FESURV). E-mail: hmsfisio@yahoo.com.br

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. **Objetivo:** Esse estudo tem como principal objetivo verificar a incidência das manifestações articulares na doença de Crohn. **Procedimentos básicos:** Usando um questionário que visa um conhecimento maior de quais articulações mais acometem os portadores da doença de Crohn. **Resultados:** 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. **Conclusões:** Concluindo assim que as manifestações articulares são extremamente comuns em pacientes com doença de Crohn.

Palavras-chaves: 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. **Objective:** This study aimed to verify the incidence of joint manifestations in Crohn's disease. **Basics procedures:** For this purpose, we used a questionnaire containing questions related to the onset of joint pain. **Results:** 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. **Conclusion:** Thus concluding that the articular manifestations are extremely common in patients with Crohn's disease.

Keywords: Crohn's disease, arthritis, articular pain



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, amíúde 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 íleocolite), contudo pode envolver apenas o intestino delgado. A DC raramente manifesta-se no primeiro ano de vida.

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 anquilosante³.

Lanna et al.⁴, afirmam que os sintomas articulares constitui-se a manifestação extra-intestinal comum em pacientes com a DC.

Em 1964 a Associação Americana de Reumatologia considerou a artrite associada a DC, um quadro distinto de DC, baseado em manifestações clínicas laboratoriais, radiográfica, e na consistente ausência do fator reumatóide nos soros dos pacientes⁴.

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 sacroileíte com ou sem espondilite. Além disto, podem ocorrer manifestações periarticulares como entesite, tendinite e periostite⁴.

Conforme Lanna et al.⁴ parece claro que 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 Freitas⁵ afirmam que seu estudo houve dosagem de anticorpos anti-saccharomycescereviase a (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 Ig 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.

Segundo Alghafeer e Sigal ⁷, alterações na permeabilidade intestinal podem ter um papel na patogênese das artropatias. A permeabilidade pode ser medida com diferentes marcadores tomados por via oral (lactoglobulina, lactoalbumina, partículas de polietilenoglicol, lactulose ou monitol) e depois se mede a excreção urinaria destas substâncias. O aumento da permeabilidade da mucosa intestinal pode ser encontrada em todos os tipos de artrite crônica juvenil, correlacionando anormalidades dos testes com lactulose/manitol e características histopatológicas da mucosa intestinal, independente da presença ou não de sintomas gastrointestinais.

Salmi e Jalkanen ⁸ concluíram que diferentes populações de leucócitos derivados da mucosa intestinal inflamada com doença inflamatória intestinal se ligam avidamente a veias das sinóvias, usando diferentes moléculas de adesão, sugerindo que sua recirculação pode contribuir para o desenvolvimento de artrite reativa em doença inflamatória intestinal.

De acordo com Mielants et al ⁹ a artrite periférica pode ser crônica e erosiva em 10 % dos pacientes.

Orchard, Wordsworth, Jewell ¹⁰ artrite periférica pode ser subdividida em três padrões: Tipo I oligoartrite assimétrica; tipo II, poliartritesimétrica, 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 ¹¹, cerca de um quarto dos pacientes com artrite periférica apresentam envolvimento axial associado.

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.

Soren ¹³ relata que a histologia da membrana sinovial revela, em geral, uma reação inflamatória inespecífica, incluindo hipertrofia de vilosidades, edema e infiltrado linfocitocitário.

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 sacroiliíte grau II bilateral e o fator reumatóide e o HLA-B 27 eram negativos.

É observado uma maior incidência de artrite nos pacientes com DC de localização colônica do que naqueles com acometimento isolado do intestino delgado ¹⁴.

Entretanto Much et al. ¹⁵ ao estudarem 167 pacientes com DC, não encontraram predominância de uma forma particular de acometimento articular



em correlação com o segmento intestinal inflamado.

De acordo Gravalles e Kantrowitz ¹⁶ o envolvimento axial inclui a espondilite e a sacroilite e é geralmente muito comum em paciente com a DC.

Ozgul et al. ¹⁷ afirmam que a espondilite é um doença inflamatória crônica, que afeta primeiramente o esqueleto axial. Além das articulações periféricas podem estar acometidas até 30 % dos casos, podendo levar assim, a comprometimento funcional importante.

Segundo Aydog ¹⁸ as alterações estruturais na coluna vertebral começam precocemente e são progressivas.

Khan ¹¹ afirma que o portador de espondilite adota postura de anteriorização da cabeça, retificação da lordose cervical e aumento da cifose dorsal, assumindo a chamada “postura do esquiador”.

Ozgul et al ¹⁷ relatam que a espondilite também pode afetar a qualidade de vida, no âmbito profissional, familiar e pessoal.

Segundo Montandom et al. ¹⁹ a Sacroilite é um processo inflamatório não infeccioso das articulações sacroilíacas, sendo critério diagnóstico das espondiloartropatias soronegativas. O diagnóstico dessa enfermidade requer confirmação pelos métodos de imagem.

De acordo com Elgafy et al. ²⁰ a articulação sacroilíaca possui uma anatomia bicompartmental complexa a sua porção sinovial tem orientação vertical, enquanto a porção ligamentar apresenta orientação horizontal oblíqua.

Puhakka ²¹ afirma que a porção sinovial é histologicamente, uma sínfise com características

sinoviais restritas apenas á porção distal de sua face ilíaca.

Braun, Heijde ²² descrevem que os métodos de imagem como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética são bastante úteis na avaliação da articulação sacroilíaca, principalmente quando não há alterações ou estas são mínimas.

Elgafy et al. ²⁰ relata que os achados mais comuns de sacroilite na tomografia computadorizada são a redução do espaço articular, esclerose subcondral, erosões ósseas e anquilose. A redução do espaço é caracterizada por uma espessura menor que 2,0 mm na sua porção sinovial.

Sendo assim, o presente estudo objetivou verificar a incidência 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 – FESURV, 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 atestado médico que certificava o diagnóstico) que sintam dor articular, que esteja na faixa etária compreendida entre 18 e 50 anos, com capacidade cognitiva que os permita



responder aos questionamentos referentes à pesquisa, que tenham assinado o TCLE.

Foram excluídos do atual estudo os voluntários com as seguintes características: Indivíduos que não possuíam a doença de Crohn, indivíduos fora da faixa etária estudada, Voluntários que não conseguiram responder aos questionamentos, os voluntários que não aceitaram 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

Os dados coletados estarão 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. O estudo é de caráter voluntário, e não visa 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.

O estudo iniciou-se somente após a permissão e aprovação do Comitê de Ética e pesquisa (CEP) da Universidade de Rio Verde, conforme a resolução CNS 196-96 (parecer numero 022/2012).

Os dados coletados de todo estudo estão em plena posse do pesquisador responsável, onde não contem 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.

Foram selecionados 3 indivíduos que possuíam a doença de Crohn, e após a autorização dos sujeitos, por telefone foi marcada a entrevista, indicando ao mesmo o dia e o local onde foi realizada a entrevista. Foi realizada a pesquisa com um individuo de cada vez, sempre no mesmo local em uma sala bem iluminada, com as paredes brancas, 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 se houvesse influencia nas respostas.

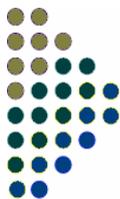
Para coleta de dados foi utilizado: Caneta, prancheta, folhas da ficha de avaliação, e o questionário e o computador pessoal do pesquisador.

Resultados e Discussão

No presente estudo, foram avaliados pacientes diagnosticados com doença de Crohn com sintomas de dor articular. Importante salientar que o diagnóstico da afecção foi feito por médico especialista.

Sendo que os mesmos são adultos jovens com idade média de 32 ± 7 anos. A idade mínima e máxima foram respectivamente 27 e 40. Verificou-se que os indivíduos participantes da pesquisa eram adultos jovens, concordando com Teixeira et al.²³, que afirma que a DC atinge adultos jovens na fase mais produtiva de suas vidas.

Os voluntários participantes do estudo tem um tempo médio de doença de 5 anos, com tempo



máximo de doença de 10 anos e mínimo de 4 anos (Tabela 1).

Todos os indivíduos estudados na pesquisa, possuem a manifestação articular, assim como 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 (Tabela 2)

A frequência que os sujeitos da pesquisa referem dor articular foi de aproximadamente 4

meses para as dores, com tempo mínimo de um mês e máximo de 6 meses (Tabela 1).

Com relação a intensidade de dor, segundo a EVA (escala visual analógica) de dor teve média de 7,88, sendo que o menor valor citado foi de 5 e o maior foi de 10 (Figura 4).O tempo de sintomas articulares teve a média de 4 anos, estando máximo de tempo de artralgia de 8 anos e mínimo de 2 anos (Tabela 1).

TABELA 1- Média do tempo de doença, frequência, tempo de dor articular.

Voluntario	Tempo de doença	Frequência de dor articular	Tempo que sente dor (Anos)
voluntario 1	10	6 meses	8
voluntario 2	6	6 meses	2
voluntario 3	4	Mensalmente	2
Média	5	4,33	4

Na tabela 1, estão descritos os seguintes dados: tempo de doença, frequência da dor articular, Escala Visual Analógica (EVA) de dor, tempo que sente dor articular. De acordo com esta dor articular o tempo médio de doença foi de aproximadamente 6 anos e 6 meses, a frequência de aparecimento dos sintomas articular foi de semestralmente para 2 voluntários e mensalmente para 1 voluntario. Na análise da EVA verificou-se que a média de dor foi de 7,88, enquanto as

articulações mais acometidas foram joelho e tornozelo, por fim nesta tabela, o tempo que os voluntários apresentam os sintomas dolorosos foi em média 4 anos.

Na figura 1, são apresentados os dados referentes à frequência de acometimento em cada articulação. A articulação do joelho e do tornozelo foram citadas duas vezes, já as do punho, ombro, torácica, e pé foram citadas uma vez cada uma.

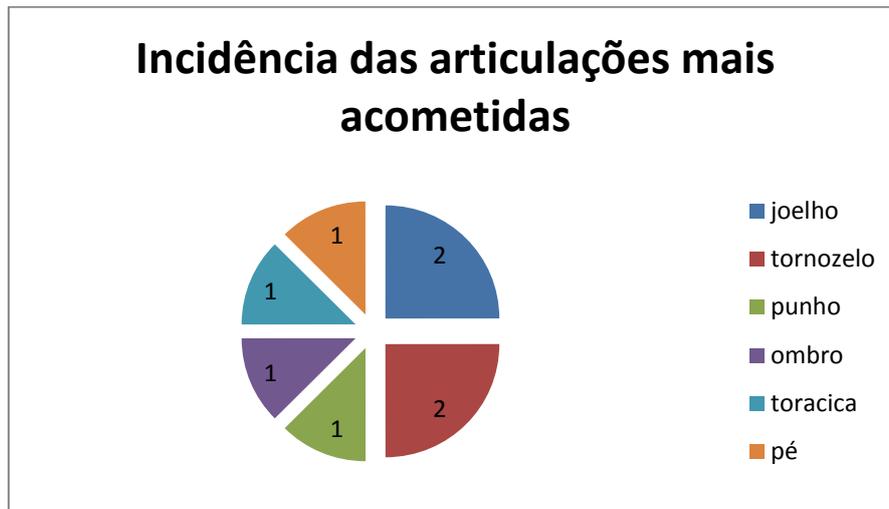


FIGURA 1 – Gráfico da incidência das articulações mais acometidas.

Os dados referentes à média da EVA de dor em cada articulação são apresentados na figura 2. Nesta figura observa-se que a EVA de dor no

cotovelo foi de 5, coluna torácica foi de 6, joelho de 10, tornozelo 7, lombar 8, ombro 6 punho 8.

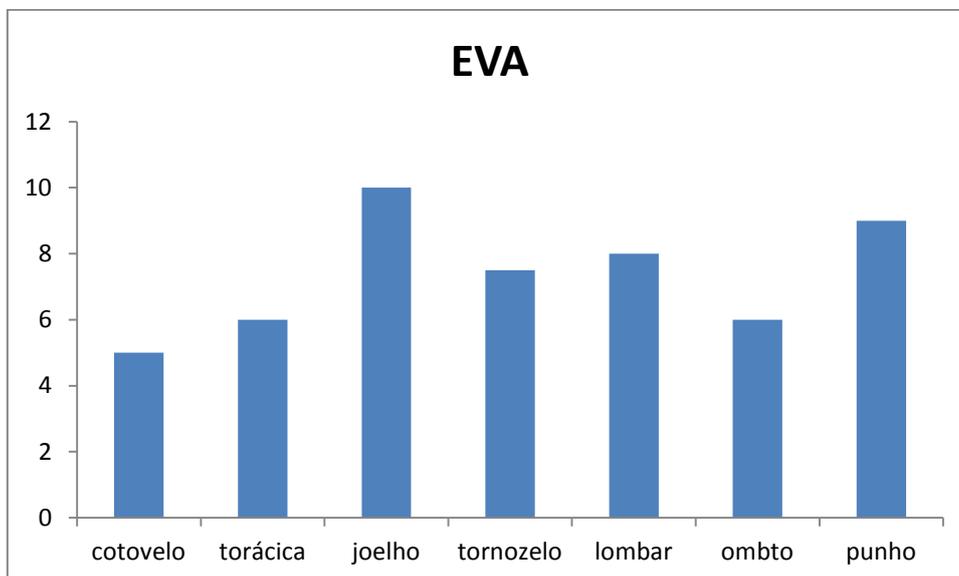
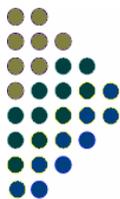


FIGURA 2- Escala da escala visual analógica (EVA)

Na tabela 2 estão descritos os seguintes dados, se há presença de dor articular, quais as articulações que mais sente dor, o período de dor, interferência da dor articular nas atividades de vida

diária (AVD's), interferência da dor articular nas atividades laborais. Todos os entrevistados possuíam dor articular, as articulações que mais sentiam dor foram as dos joelhos e tornozelos, 2



indivíduos referiram sentir dor no período da noite, enquanto o outro sente o dia todo, todos os

indivíduos relataram que a dor articular interfere nas AVD's, e também nas atividades laborais.

TABELA 2 – Variáveis nominais, (presença de dor articular, articulações com dor, interferência da dor nas AVD's, interferência nas atividades laborais).

Voluntario/ variáveis nominais	Presença de dor articular	Articulações	Período de dor	Interferência da dor nas AVD's	Interferência da dor nas Atividades laborais
1	Sim	Joelhos, tornozelo, cotovelo e torácica	Noturno	Sim	Sim
2	Sim	Joelho, pé, tornozelo	Noturno	Sim	Sim
3	Sim	Ombro, punho	Integral	Sim	Sim

Foi possível verificar na atual amostra, que além de todos os voluntários apresentarem dor articular, as articulações do membro inferior são as mais citadas pelos voluntários, sendo que dois deles relatam que a dor é mais significativa no período noturno, enquanto o outro entrevistado passa período integral com relato de dor o que interfere diretamente em suas tarefas diárias (Tabela 2).

As articulações citadas como dolorosas nos voluntários foram as articulações dos joelhos, tornozelos, cotovelos, coluna torácica, pés, ombros e punhos.

O período da noite foi o mais citado pelos participantes da pesquisa como período que sentem mais dor. De acordo com Silva et al.²⁴, 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.

Segundo Guedes²⁵ 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.

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. 16ª 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 Salmi M; Jalkanen S. Human leukocyte subpopulations from inflamed gut bind to joint vasculature using distinct sets of adhesion molecules. *J Immunol*. 2001; 166(7):4650-4657.
- 9 Mielants H. et al. Destructive lesions of small joints in sero negative spondyloarthropathies: relation to gut inflammation. *Clin Exp Rheumatol*. 1990; 8:23-27.
- 10 Orchard TR; Wordsworth BP; Jewell DP. Peripheral arthropathies in inflammatory bowel disease: their articular distribution and natural history. *Gut*. 1998; 42(3):387-391.
- 11 Khan MA et al. ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Journal rheumatic diseases*. 2006; 65(4):442-462.
- 12 Norton KI et al. Atypical arthropathy associated with Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 1993; 88(6):948-952.
- 13 Soren A. Joint affections in regional ileitis. *Arch Intern Med*. 1966; 117(1):78-83.
- 14 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.
- 15 Münch H et al. Clinical features of inflammatory joint and spine manifestations in Crohn's Disease. *Hepato-gastroenterol*. 1986; 33(3):123-127.
- 16 Gravallesse EM; Kantrowitz FG. Arthritic manifestations of inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. 1988; 83(7):703-709.
- 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 Aydog E et al. Dynamic postural balance in ankylosing spondylitis patients. *Rheumatolog*. 2006; 45(4):445-448.
- 19 Montandom C et al. Sacroilíte: avaliação por imagem. *Rev Bras Radiol Fac Med Goiânia*. 2007; 40(1):53-60. 2007.
- 20 Elgafy H et al. Computed tomography findings in patients with sacroiliac pain. *ClinOrthopRelat Res*. 2001; 382:112-118.
- 21 Puhakka KB et al. MR imaging of the normal sacroiliac joint with correlation to histology. *Skeletal Radiol*. 2004; 33(1):15-28.
- 22 Braun J; Heijde DVD. Imaging and scoring in ankylosing spondylitis. *Res ClinRheumatol*. 2002; 16(4):573-604.
- 23 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.
- 24 Silva NA. et al. Doenças osteoarticulares degenerativas periféricas. *Revista Einstein*. 2008; 6(1):23-28.
- 25 Guedes ADS. tenossinovite estenosante do quirodáctilo: uma revisão bibliográfica. *Revista Científica ESAMAZ*. 2011; 3(1):159-198.