



UNICAMP

e-mail: bruna.med45@gmail.com

ARTROPATIA DE JACCOUD NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Bruna de Paula^(a). Prof^a. Dr^a. Lilian Tereza Lavras Costallat^(b).

Departamento de Clínica Médica. Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas. São Paulo.

^(a)*Bolsista de Iniciação Científica do PIBIC/CNPq. Graduada em Medicina pela UNICAMP.*

^(b)*Professora Titular do Depto. de Clínica Médica da UNICAMP*

DESCRITORES: Lúpus Eritematoso, LES, Artropatia, Artrite, Jaccoud, Deformidade.

INTRODUÇÃO

Trata-se de um estudo retrospectivo da Artropatia de Jaccoud (AJ) no Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). O

Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica e difusa do tecido conjuntivo, auto-imune e multissistêmica, com manifestações clínicas variadas e alterações laboratoriais múltiplas. Sua etiologia permanece desconhecida. A incidência prevalece em pacientes do sexo feminino, sendo mais frequente entre 15 e 35 anos^(1,2). O comprometimento articular no LES é encontrado em alta frequência, mas por motivo de outras manifestações potencialmente graves, dificilmente estas se tornam a queixa dominante. O envolvimento articular surge em 33% das formas iniciais do LES e em 90% dos casos durante o decorrer da doença.^(3,4) São encontrados casos de artralgias e artrites (erosivas e não erosivas ao exame radiológico). Nessas últimas, até que a expressão completa do lúpus eritematoso sistêmico se evidencie, é possível que os pacientes passem por um diagnóstico de artrite reumatóide (AR). Para evitar o diagnóstico errôneo inicial de AR, são necessários estudos sobre as diferentes manifestações osteomioarticulares no LES, especialmente a AJ, a qual, apesar das semelhanças com AR, abrange deformidades e subluxações não erosivas e reversíveis.

OBJETIVOS

A partir de um desenho de estudo retrospectivo, analisar as manifestações articulares do LES numa coorte de

865 pacientes com LES do HC/Unicamp e estimar a frequência dos diferentes padrões articulares, tendo como objetivos específicos a descrição das manifestações clínicas da AJ no LES.

MÉTODOS

O estudo é retrospectivo, através da análise de dados demográficos, clínicos e laboratoriais, provenientes de

um banco de dados de 865 pacientes com LES acompanhados no HC/Unicamp, que preenchem os critérios classificatórios do Colégio Americano de Reumatologia (1982)⁽⁵⁾ - selecionamos aqueles com AJ para uma descrição da frequência, das manifestações clínicas e articulares.

Anexo 1 – Critério de Classificação para LES da American Rheumatism Association (ARA)

CRITÉRIO REVISTO DE CLASSIFICAÇÃO DE 1982 PARA LES	
1) Eritema malar	7) Nefropatia (proteinúria ou hematuria, cilindrúria e piúria).
2) Lesão discóide	8) Desordem neurológica (convulsão ou psicose)
3) Fotosensibilidade	9) Desordem hematológica (anemia hemolítica ou leucopenia ou linfopenia ou trombocitopenia)
4) Ulceração oral ou nasofaríngea	10) Alteração imunológica (célula LE positiva ou antiDNA ou anti-Sm ou teste falso-positivo para LES)
5) Artrite	11) Anticorpo antinuclear presente
6) Serosite (pleurite ou pericardite)	

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mais de 800 pacientes lúpicos são atendidos no ambulatório de Reumatologia do Hospital de Clínicas da Unicamp e têm seu dados clínicos, laboratoriais e terapêuticos inseridos em um banco de dados do programa EPINfo, denotando uma grande quantidade de pacientes atendidos diariamente portadores de lúpus eritematoso sistêmico. Desses 865 pacientes, 676 (78,20%) apresentaram artralgia no início do quadro e 625 (72,30%) na evolução; artrite se manifestou em 71,90% (622 pacientes) dos casos no início e em 58,60% dos casos no decorrer da evolução da doença (507 pacientes).

Identificamos 27 pacientes com AJ, todos do sexo feminino, correspondendo a uma prevalência de 3,10%

Nestes, a prevalência de artralgia, no início do quadro, foi de 100% e na evolução de 88,90% (24 pacientes), já a artrite se manifestou em 96,30% (26 pacientes) dos casos, em seu início, e em 81,50% (22 pacientes) na evolução. Recente estudo realizado em um serviço na Bahia, dos 606 pacientes lúpicos atendidos, 21 foram identificados com AJ, uma prevalência de 3,47%. Ademais, a literatura aponta a prevalência da AJ no LES em aproximadamente 5%⁽⁶⁾.

As articulações mais frequentemente acometidas foram as metacarpofalangeanas (MCF) e interfalangeanas proximais (IFP) em 26 casos (96,30%), interfalangeanas distais (IFD) em 24 (88,90%), punhos em 23 (85,18%) e joelhos em 21 pacientes (77,77%). Outras articulações acometidas podem ser observadas em *Anexo 2*, a seguir. Dentre as deformidades articulares, o “desvio ulnar redutivo” foi relatado em 15 pacientes (55,55%), “dedos em pescoço de cisne” em 11 (40,74%), “pé plano” em 2 (7,40%), “dedos em botoeira” em 1 caso (3,70%). Na literatura, encontramos que todas as articulações podem estar afetadas; porém, as mais acometidas são as de mãos e joelhos, o que pode lembrar a AR. Nas mãos, é notada uma preferência para o envolvimento das MCF e IFP^(1,7-8).

Anexo 2 – Articulações acometidas pela Artropatia de Jaccoud (AJ)

Região e/ou Articulação Acometida	LES com AJ (total)	Porcentagem (%)
Temporo-mandibular (ATM)	2(27)	7,40%
Quadril	5(27)	18,51%
Joelhos	21(27)	77,77%
Tornozelos	18(27)	66,66%
Pés	9(27)	33,33%
Cotovelos	14(27)	51,85%
Ombros	13(27)	48,14%
Punhos	23(27)	85,18%
Metacarpofalangeanas (MCF)	26(27)	96,30%
Interfalangeanas Distais (IFD)	24(27)	88,90%
Interfalangeanas Proximais (IFP)	26(27)	96,30%

Não encontramos quaisquer diferenças entre as pacientes lúpicas com ou sem AJ nos seguintes aspectos clínicos e laboratoriais tanto no início como na evolução do curso do lúpus - sintomas gerais, febre, emagrecimento, manifestações cutâneas, ulcerações orais, lúpus discóide, fotossensibilidade, rash malar, alopecia, alterações hematológicas, leucopenia, anemia hemolítica, plaquetopenia, manifestações neurológicas, convulsões, acidente vascular cerebral, psicose, miopatias, cefaléia, tromboembolismo, manifestações cardiopulmonares, hipertensão arterial, serosites, pleurite, pericardites, manifestações renais, síndrome nefrótica, proteinúria, cilindrúria, nefrite, hematuria, sistema reticulo endotelial, manifestações gastrointestinais, peritonite, hepatite, manifestações oculares, óbito, uso de corticóide, sexo, casos de lúpus na família, síndrome de Sjögren, antiDNA, antiSM, antiRNP, antiRo, FAN (fator antinuclear), antiLA e antifosfolípides.

Entretanto, encontramos diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) nos aspectos clínicos, tanto no início como na evolução, de necrose asséptica de quadril, fenômeno de Raynaud, adinamia e relação com outras doenças auto-imunes, além das manifestações articulares, artralgia e artrite. Diferentes pesquisadores têm encontrado associação positiva entre AJ e a presença de anti-SSA⁽⁹⁻¹³⁾, outros apontaram ligação com a presença de FR^(14,15), porém, ambas não foram confirmadas no presente estudo.

CONCLUSÃO

Determinamos a prevalência da AJ no LES dentro da coorte de 865 pacientes lúpicos atendidos no HC/Unicamp (3,10%). Descrevemos os diferentes padrões articulares da AJ no LES, cumprindo com os objetivos da pesquisa. Quanto à descrição das manifestações clínicas associadas à AJ, encontramos achados interessantes que devem ser investigados mais profundamente, haja vista que a literatura ainda não havia apontado tais associações. São necessários maiores estudos para verificar a associação entre AJ e necrose asséptica de quadril, fenômeno de Raynaud, adinamia e relação com outras doenças auto-imunes.

O estudo obedece às normas estabelecidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

REFERÊNCIAS

- Costallat LTL. Lúpus Eritematoso Sistêmico. Medical Master – Anais de Atualização Médica; 1995. 121-134.
- Hochberg MC. The incidence of systemic lupus erythematosus . Baltimore, Maryland, 1970-1977. Arth Rheum 1985; 28: 80-86.
- Caznoch CJ et al. Pattern of joint involvement in patients with systemic lupus erythematosus and its association with rheumatoid factor and hypermobility. Rev Bras Reum 2006; 46(4): 261-265.
- Dubois EL et al. Clinical and Laboratory manifestations of systemic lupus erythematosus. In: Wallace DJ, Dubois EL (Eds). Dubois' lupus erythematosus; 3rd edition, 1987: 312-449.
- Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus [letter]. Arthritis Rheum. 1997; 40: 1725
- Santiago NB et al. Jaccoud arthropathy in systemic lupus erythematosus: analysis of the clinical characteristics and review of the literature. Medicine (Baltimore), 2008; 87: 37-44.
- Zoma A. Musculoskeletal involvement in systemic lupus erythematosus. Lupus 2004; 13(11): 851-853.
- Wallace DJ. The musculoskeletal System. In: Dubois' Lupus Erythematosus. 6th edition 2002: 629-644.
- Takeishi M et al. Clinical and immunological features of systemic lupus erythematosus complicated by Jaccoud's arthropathy. Modern Rheumatology 2001; 11(1):47-51.
- Russell AS et al. Deforming arthropathy in systemic lupus erythematosus. Ann Rheum Dis 1974; 33(3):204-209.
- Villiaumey J et al. Diagnostic criteria and new etiologic events in the arthropathy of Jaccoud: A report of 10 cases. ClinRheumatol Pract 1986; 4:156-175.
- Molina JF et al. Deforming arthropathy of the hands in SLE. An independent subset of SLE? Arthritis Rheuma 1995; 38: s347
- Franceschini F et al. Deforming arthropathy of the hands in Systemic Lupus Erythematosus is associated with antibodies to SSA/Ro and to SSB/La. Lupus 1994; 3: 419-422.
- Spronk PE et al. Patients with SLE and Jaccoud's arthropathy: a clinical subset with an increased C reactive protein response? Ann Rheum Dis 1992; 51(3):358-361.
- Alarcon-Segovia D et al. Deforming arthropathy of the hands in systemic lupus erythematosus. J Rheumatol 1988;15(1):65-69.