

PP015 - Importância do raio X e exame físico no diagnóstico da artrite psoriática e sua prevalência no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) *

*The importance of radiologic evaluation and physical examination in diagnosis of psoriatic arthritis and its prevalence in the Hospital Universitário Evangélico de Curitiba **

Ana Paula Bächtold Machado¹
Nadine Vandressen⁴

Deborah Ataíde²
Juliana Jordão⁵

Claudia Sandri³

Resumo: FUNDAMENTOS – A artrite psoriática (AP) é doença inflamatória associada com a psoríase da pele ou das unhas, com fator reumatóide (FR) negativo e ausência de nódulos reumatóides. Pode ser extremamente agressiva, deixando o paciente incapacitado para realizar funções do dia-a-dia. A prevalência populacional é muito variável; historicamente oscila entre 2,6% e 7%, mas estudos recentes demonstram porcentagem variável de 23 a 69% na população com psoríase. O diagnóstico é de exclusão e, se realizado na fase inicial, oferece possibilidade de tratamento mais adequado, evitando complicações. O que define a presença da artrite é o exame físico adequado das articulações, já que o raio X pode estar normal.

OBJETIVO – Este estudo tem a finalidade de avaliar a importância do raio X e do exame físico no diagnóstico da AP e sua prevalência nos pacientes com psoríase cutânea e ungueal do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

MATERIAL E MÉTODOS – Trinta pacientes com psoríase em acompanhamento nesse serviço foram submetidos a anamnese e exame físico minuciosos. Eles foram questionados quanto a alterações articulares, tempo e severidade de doença e comprometimento ungueal. Os que apresentavam queixas articulares foram encaminhados para investigação por exames complementares: hemograma, FR, VHS, e raio X da articulação comprometida.

RESULTADO – A maioria dos pacientes (56,5%) referiu atralgia; contudo apenas três apresentavam artrite. Dos indivíduos com AP, um mostrou raio X normal, mas o exame físico estava alterado

CONCLUSÃO – O exame físico é fundamental para diagnóstico da AP; o raio X não. A prevalência de AP foi de 10%.

Palavras-chave: Artrite; Artrite psoriásica; Psoríase

Abstract: *BACKGROUND - Psoriatic arthritis (PA) is an inflammatory disorder associated with skin and nail disease, negative rheumatoid factor (RF) and absence of rheumatoid nodules. It can be a devastating and incapacitating condition. Its prevalence is highly variable, ranging from 2,6 to 7%; however, recent data shows prevalence as high as 23 to 69%. Its diagnosis is one of exclusion, and when detected early in the course of the disease gives chance to adequate treatment, thus avoiding its sequelae. The diagnosis is made by physical examination, laboratory and radiological evaluation. A normal radiological finding does not exclude the disease.*

OBJECTIVE - *This study aims to evaluate the importance of a detailed physical examination associated with radiological findings in the diagnosis of PA and its prevalence in our institution.*

METHODS - *Thirty patients with skin psoriasis were submitted to a thorough physical examination and radiological evaluation. All patients were inquired about articular complaints, time and severity of skin and nail disease. Those that presented any articular symptom were submitted to a laboratory evaluation with: Complete Blood Count (CBC), RF, Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR) and radiography of the involved joint.*

RESULTS - *The majority of patients (56,5%) presented arthralgia; however, only three patients had arthritis. Of those 3 that had PA, one presented a normal radiography but with an altered physical examination.*

CONCLUSION - *The physical examination is an extremely important tool in the evaluation of patients with psoriasis. The radiological evaluation is not as important as the physical examination. The prevalence of PA was 10%.*

Keywords: *Arthritis; Arthritis, psoriatic; Psoriasis*

* Trabalho realizado no Ambulatório de Dermatologia do HUEC, Curitiba - Paraná (PR), Brasil

¹ Residente do Serviço de Dermatologia do HUEC, Curitiba - Paraná (PR) - Brasil.

² Responsável pelo Ambulatório de Psoríase do HUEC, Curitiba - Paraná (PR) - Brasil.

³ Residente do Serviço de Dermatologia do HUEC, Curitiba - Paraná (PR) - Brasil.

⁴ Residente do Serviço de Dermatologia do HUEC, Curitiba - Paraná (PR) - Brasil.

⁵ Acadêmica do quinto ano da Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba - Paraná (PR) - Brasil.

INTRODUÇÃO

Definição

A artrite psoriática (AP) é doença inflamatória crônica, heterogênea, associada com psoríase de pele e/ou unhas. Geralmente os pacientes apresentam fator reumatóide (FR) negativo e ausência de nódulos reumatóides.^{1,5}

Epidemiologia

Assim como na psoríase de pele, é necessário realizar bons estudos populacionais para avaliar o real comprometimento dessa artrite.²

Historicamente, a prevalência da AP entre indivíduos com psoríase de pele tem variado entre 2,6% e 7%.^{2,6} Contudo, novos trabalhos demonstram uma porcentagem maior – de cinco a 69%.^{1,3,7-9} Isso pode ocorrer pelo fato de os estudos investigarem amostras variadas, tanto no número de pacientes como na severidade da psoríase cutânea. Além disso, há muita dificuldade no diagnóstico da artrite (feito por exclusão).

Em geral, a gravidade da doença de pele tem relação com a presença da AP: quanto maior o acometimento dermatológico, maior será a prevalência da artrite.^{2,9,10,11} A alteração ungueal também está relacionada com a AP, principalmente se ocorrer próximo à articulação interfalangeana distal.^{2,12}

A idade de pico do aparecimento da AP está entre a quarta e a sexta décadas.^{2,6,9,13-15} A artrite ocorre após a doença cutânea em 68% dos casos; na mesma época em 11% e anteriormente em 21% dos envolvidos.²

Há uma apresentação clínica de AP juvenil que, apesar de rara, é bem estudada. Essa forma de artrite acomete jovens entre nove e 12 anos de idade.²

Em contraste com a artrite reumatóide (AR) em que há predomínio feminino (3 mulheres:1 homem), na AP essa relação é 1:1.^{1,2,6,13,16}

Etiologia e Patogênese

Apesar de a etiologia precisa dessa artrite ser desconhecida, seu início e sua exacerbação provavelmente resultam de uma inter-relação de fatores genéticos, imunes e externos.

a) Fatores genéticos: estudos demonstram que a suscetibilidade à presença de AP tem significativo componente genético. O indivíduo com parente de primeiro grau com AP possui risco 50 vezes maior do que o da população em geral para essa artrite. Também verificou-se estreita associação dos HLA B27, B17, CW6, DR4 e DR7 com AP. Alguns loci que estão relacionados com essa artrite são: MICA, PSORS 2.1,³

b) Fatores imunológicos: sabe-se que há aumento de IgA e IgG sanguíneas e sinoviais na AP, e tem sido relatada a positividade para anticorpos anti-nuclear, anticitoqueratina e antiqueratina epidérmica.

Também são evidentes a presença da ativação clonal e oligoclonal de células T CD8 e CD4, e o aumento da circulação de TNF- α .^{1,17}

c) Fatores externos envolvidos: tanto infecção viral como bacteriana estão implicadas como as desencadeadoras de AP.¹ Também descreve-se associação entre HIV positivo, uso de drogas e estresse com AP. O trauma é notado como fator precipitante da AP, dado mais importante nessa afecção do que em outras artrites inflamatórias.²

Quadro clínico

A doença em estudo pertence ao grupo das artrites inflamatórias denominadas espondiloartropatias (artrite reativa, espondilite anquilosante e artrite entropática), com as quais divide algumas características clínicas e laboratoriais. Os dados compartilhados são artrite periférica assimétrica, envolvimento axial (especialmente sacroilíaco), negatividade do FR, ausência de nódulos reumatóides e relação com HLA.³

A AP apresenta-se de forma recorrente e com períodos de exacerbação. Os sintomas incluem artralgia, dor na inserção dos tendões e ligamentos (entesites), fadiga e dificuldades para realizar tarefas do dia-a-dia.^{1,3,12}

Os achados clínicos incluem edema, eritema e dor à mobilização da junta acometida, podendo ou não apresentar deformidade e redução da capacidade funcional.¹

As interfalangeanas distais e proximais são tipicamente afetadas, e a patologia primária pode estar na êntese ou na sinóvia.^{1,18} A dactilite ou dedo em salicha é comum e ocorre em até 30% dos casos.^{1,8,18} Os pacientes também podem ter evidência de espondilite, sacroileíte ou outros elementos de doença inflamatória na coluna. Contudo, a espondilite da AP possui curso clínico menos severo do que o da espondilite anquilosante e geralmente é unilateral (o da espondilite é bilateral).^{1,8,12,18}

A AP foi classificada por Moll e Wright,^{1,2,8,19} de acordo com as manifestações clínicas, em cinco sub-grupos:

1. artrite envolvendo predominantemente interfalangeanas distais;
2. artrite mutilante;
3. poliartrite simétrica, semelhante à AR, mas com fator reumatóide negativo;
4. oligo ou monoartrite assimétrica, envolvendo interfalangeanas distais, proximais e articulações metatarsianas (tipo mais prevalente de AP);
5. artrite com ou sem envolvimento de juntas periféricas, cujo maior acometimento é o axial.

Algumas manifestações clínicas extra-articulares podem ocorrer. A doença inflamatória ocular é

uma delas, vista algumas vezes nesses pacientes, principalmente se com doença em esqueleto axial. A presença de alterações ungueais é clássica. Outra manifestação observada na maioria dos casos é a doença de pele.¹

A severidade do acometimento cutâneo tem correlação com o surgimento da AP. A doença articular ocorre aproximadamente 10 anos após os primeiros sinais de psoríase de pele. Entretanto, há estudos (já citados) relatando diagnóstico de AP antes do surgimento da doença dermatológica (até 21% dos casos).² A maioria dos pacientes com essa artrite apresenta forma vulgar do acometimento cutâneo, que, entretanto, pode estar acompanhada de outras formas clínicas.¹

As alterações radiológicas observadas são: aumento da osteólise, anquilose e calcificação nas áreas com entesite.^{1,8,19} Em pacientes com acometimento de interfalangeanas distais, as erosões podem determinar o aparecimento da lesão conhecida como pencil and cup.¹² Nos casos de artrite mutilante existe uma verdadeira dissolução dos ossos, principalmente dos metatarsianos; a falange distal desaparece virtualmente, e a mão toma aspecto arredondado, semelhante ao de um óculo de ópera. Os achados na coluna são os de sacroileíte e sindesmofitose. A sacroileíte pode ser unilateral, assim como a sindesmofitose (em geral de pequena monta); e em alguns casos há luxação atlantoaxial.¹² Mesmo com a presença de todas essas alterações no raio X, até 60% dos pacientes com AP não apresentam alteração radiológica.¹

O dado laboratorial mais importante na AP é a negatividade do FR, particularmente nos pacientes com artrite semelhante à AR. No entanto, esse teste pode ser positivo em cinco a 9% dos indivíduos com AP.^{1,2} O FR é teste de alta sensibilidade, apresentando muito resultado falso positivo. Além disso, aproximadamente 5% da população normal é positiva para esse teste.^{1,2} A hiperuricemia tem sido citada como um aspecto da psoríase de pele, principalmente nos pacientes com envolvimento extenso. Esse achado deve-se ao alto turn over das células da pele e ao uso de drogas que afetam a excreção de ácido úrico.¹² Outras alterações laboratoriais reportadas, como anemia, aumento do VHS, PCR e imunoglobulinas (principalmente IgA) e leucocitose transitória, foram estudadas, e nenhuma delas tem especificidade suficiente para contribuir com diagnóstico, manejo e avaliação prognóstica.^{2,7,20}

Impacto na qualidade de vida

A presença da AP representa um grande impacto na rotina do paciente. A dor, as incapacidades e alterações emocionais ocasionadas pela doença traduzem redução da qualidade de vida maior do que a da AR.^{1,6,21}

Mease & Goffe¹ relatam que os indivíduos com psoríase apresentam grande redução na capacidade física e mental comparando com os adultos hígidos, similares aos pacientes com enfermidades como câncer, diabetes mellitus, doença cardiovascular, hipertensão e depressão.¹

Deformidade nas juntas e achados de dano radiológico têm sido demonstrados em pelo menos 40% dos pacientes com AP, e em muitos casos a doença pode ser mais severa do que a AR.

Além disso, a AP é uma condição crônica e possui risco relativo de mortalidade 60% maior em média do que o da população em geral.^{22,23}

Diagnóstico

A AP tem potencial para ser doença extremamente severa e pode resultar em incapacidade funcional importante. Seu diagnóstico precoce melhora a função articular e a qualidade de vida do paciente, além de desacelerar a progressão da doença.¹

A cada ano, 15 milhões de americanos com psoríase visitam seus médicos, dos quais 80% são dermatologistas.¹ Cada consulta é uma oportunidade para questionar sintomas articulares e avaliar corretamente os indivíduos com suspeita de AP. Desse modo, é função do dermatologista fazer o diagnóstico dessa morbidade e orientar a terapia inicial.¹

O tratamento do acometimento cutâneo algumas vezes não é efetivo para a articulação e vice-versa, por isso é extremamente importante diagnosticar a AP. A determinação da artrite pode ser difícil, já que se devem excluir outras artropatias com características semelhantes.^{1,4}

Como já visto, não existe um teste diagnóstico específico para a AP. A definição da doença é baseada em anamnese, exame físico, ausência de nódulos reumatóides, FR negativo e alterações radiológicas (presente em 40% dos pacientes).^{1,3,12}

O exame físico inclui observar número, localização e distribuição das juntas alteradas, e presença de lesão cutânea.¹

Pontos-chave que indicam AP são: acometimento assimétrico das articulações, entesite, dactilite, artrite (principalmente interfalangeanas distais e esqueletoaxial) na presença de psoríase cutânea.¹

Pode-se observar que o diagnóstico da AP é de exclusão. Por isso a história clínica e o exame físico são peças fundamentais na definição da doença.

Diagnóstico diferencial

Deve-se fazer diagnóstico diferencial principalmente com AR, osteoartrite(OA) e espondilite anquilosante (EA). Pode-se observar no quadro 1 o resumo das principais características de cada doença.

Tratamento

O tipo de tratamento empregado depende da gravidade do acometimento articular e deve ser seguido por equipe multidisciplinar (reumatologista, dermatologista, fisioterapeuta, psicólogo).

Várias drogas são utilizadas, e outras, novas, estão sendo estudadas. A abordagem terapêutica varia de medicamentos sintomáticos, drogas modificadoras de doença até agentes biológicos.^{1,2,3,12}

OBJETIVO

Este estudo tem a finalidade de avaliar a importância do raio X e do exame físico no diagnóstico da AP e sua prevalência nos pacientes com psoríase cutânea e ungueal do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi realizado no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (Huec) durante o período de fevereiro a abril de 2005.

Após aprovação pelo Comitê de Ética ligado à instituição e consentimento livre e esclarecido, 30 pacientes (16 mulheres e 14 homens) com diagnóstico preestabelecido de psoríase foram submetidos a anamnese e exame clinicodermatológico. Foi preenchido um protocolo de atendimento do qual constavam os seguintes dados: pessoais (nome, idade, sexo), tempo de diagnóstico de psoríase, tratamento atual e sua duração, Pasi (*Psoriasis Area and Severity Index*) atual, presença de acometimento ungueal e de dor articular (especificando a articulação acometida). Todos os pacientes foram avaliados por exame físico minucioso quanto à presença de sinais de artrite. Foram solicitadas àqueles com história de artralgia: raio X da(s) articulação(ões) acometida(s) além dos

seguintes exames laboratoriais: VHS, FR e hemograma completo.

Os dados obtidos foram estudados por tabelas de frequência e de contingência com testes do Qui-Quadrado e de Fisher (conforme o número de amostra obtido para dados nominais) e coeficiente de Spearman para dados contínuos com auxílio do *software GraphPad Prism 2.0*. Foram considerados dados estatisticamente significativo $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Foram estudados 30 pacientes com psoríase (16 mulheres e 14 homens), com idade variando entre oito e 75 anos (média de $46,60 \pm 13,9$ anos). O tempo médio de doença variou entre um e 364 meses, sendo a média de $88,53 \pm 91,23$ meses. O grau de envolvimento cutâneo (avaliado pelo Pasi) esteve entre 0.4 e 24.3 com média de 4.177 ± 5.404 .

Dos 30 pacientes estudados, 17 (56,5%) referiam artralguas, 17 (56,6%) apresentavam envolvimento ungueal, e três (10%) possuíam artrite.

Todos os portadores de artrite apresentavam a forma oligoarticular da doença (menos de quatro articulações envolvidas). O diagnóstico de um (33,3%) dos três indivíduos com artrite foi feito clinicamente (queixa de artralgia, artrite e psoríase cutânea no exame físico); em dois pacientes (66,6%) a doença foi definida clínica e radiologicamente. Um deles apresentava FR positivo, mas não preenchia critérios do *American College of Rheumatology* para AR. As articulações mais envolvidas foram as coxofemorais e dos tornozelos (articulações de membros inferiores de maneira assimétrica).

Ao avaliar a relação entre severidade da doença com presença de artrite (Tabela 1) e artralgia (Tabela 2), não foi observado resultado estatisticamente significativo, $p = 0,831$ e $0,279$, respectivamente.

QUADRO 1: Diagnóstico diferencial entre artrite psoriática (AP), artrite reumatóide (AR), osteoartrite

Sinais e sintomas	AP	AR	AO	EA
Acometimento das articulações	Assimétrico	Simétrico	Variado	-
Envolvimento interfalangeano distal	+	-	+ nódulos de heberden	-
Sacroileíte	Assimétrica	-	-	simétrica
Entesite	+	-	-	+
Fator reumatóide	-	+	-	-
Associação HLA	b27,	dr4	-	b27
Alteração RX	<i>Pencil in cup</i> , sindesmofitose assimétrica, ou RX normal	Erosões, deformidades, osteopenia periarticular	Osteófitos, variado	Osteopenia corpo vertebral, junção dos corpos vertebrais acometimento simétrico

(OA), espondilite anquilosante (EA). Símbolos + presente, - ausente

Todos os pacientes com artrite apresentavam envolvimento ungueal; contudo, o estudo dessa correlação não foi significativa, com $p=0,237$ (Tabela 3)

Houve significado estatístico da relação entre presença de artralgia e acometimento das unhas, com $p= 0,0001$ (Tabela 4)

Observou-se positividade estatística entre VHS elevado e artralgia com $p= 0.001$ (Tabela 5) ou artrite com $p= 0,02$ (Tabela 6) na história e exame físico dos pacientes.

O estudo entre valor do VHS e do Pasi não apresentou significância estatística (pelo cálculo do coeficiente de Spearman), com $p=0,7526$.

DISCUSSÃO

Como já observado, a maioria dos pacientes (56,5%) apresentava artralgia. Esse dado está de acordo com a literatura; Mease & Goff¹ relatam um estudo com 317 pacientes com psoríase e 68% deles relatavam dor articular em algum momento da investigação.¹

Foi visto neste trabalho que 10% dos indivíduos questionados possuía artrite (forma oligoarticular). Essa prevalência é maior do que a relatada por alguns estudiosos. De acordo com a literatura estudada, a porcentagem de artrite alcança entre 2,6% e 7% da população com psoríase.¹ Trabalhos mais recentes (a partir de 2000) demonstram maior prevalência de AP – entre cinco e 69%, havendo então concordância com o achado deste estudo.^{1-3,9,24} Essa grande margem de porcentagem pode ocorrer pelo fato de a artrite

não ser diagnosticada corretamente em alguns casos, já que o diagnóstico é difícil e de exclusão).

Dos três pacientes com artrite, um apresentava raio X normal. Nesse indivíduo o diagnóstico foi estabelecido clinicamente (artralgia como queixa e artrite no exame com presença de psoríase cutânea). De acordo com Mease & Goffe¹, até 60% dos pacientes podem apresentar raio X sem alteração e artrite no exame físico. Assim, define-se que a alteração do exame físico e sintoma positivo para artrite são os pilares diagnósticos da AP.¹

Um dos pacientes com artrite apresentava fator reumatóide positivo (valor de 128); entretanto, não preenchia critérios do *American College of Rheumatology* para diagnóstico de AR. De acordo com a literatura estudada, esse paciente pode pertencer à população com AP e fator reumatóide positivo (de cinco a 9%).¹ Além disso, é um teste com alta sensibilidade, podendo ser positivo em até 5% da população hígida.²

As juntas mais envolvidas neste estudo foram tornozelo e coxofemorais, discordando dos dados da literatura estudada. Rajendran⁹ decreveu acometimento dos joelhos em 66,4% de 116 pacientes com AP.⁹ Já Mease & Goffe¹ relatam as interfalangeanas distais como responsáveis pela maioria das artrites.⁽¹⁾

De acordo com este trabalho, não houve correlação estatística entre severidade da doença e presença de artrite ou artralgia. Este achado não condiz com literatura. O'Neill e cols.²⁵ e Rajendran⁹ afirmam haver grande correlação entre severidade da doença cutâ-

TABELA 1: Relação da presença de artrite com severidade da doença

	Pasi - >10	Pasi entre 10 e 20	Pasi acima de 20	Total
Com artrite	03	0	0	3
Sem artrite	24	2	1	27
Total	27	2	1	30

$p=0,831$

TABELA 2: Relação da presença de artralgia com severidade da doença

	Pasi >10	Pasi entre 10 e 20	Pasi acima de 20	Total
Com artralgia	14	2	1	17
Sem artralgia	13	0	0	13
Total	27	2	1	30

$p=0,279$

TABELA 3: Relação da presença de doença ungueal e artrite

	Com envolvimento ungueal	Sem envolvimento ungueal	Total
Com artrite	03	0	03
Sem artrite	14	13	27
Total	17	13	30

$p=0,237$

TABELA 4: Correlação entre artralgia e envolvimento ungueal

	Com envolvimento ungueal	Sem envolvimento ungueal	Total
Com artralgia	15	2	17
Sem artralgia	2	11	13
Total	17	13	30

$p= 0,0001$

TABELA 5: Correlação entre VHS e artralgia

	VHS alto	VHS normal	Total
Com artralgia	15	2	17
Sem artralgia	2	11	13
Total	17	13	30

p= 0,0001

nea e presença de sintomas reumatológicos. Esta discordância se justifica, já que todos os indivíduos estudados estavam em tratamento para psoríase de pele.^{2,9,11,25}

Mesmo com porcentagem de 100% de envolvimento ungueal dos pacientes com artrite, a correlação não foi estatisticamente significativa. O dado discorda da bibliografia estudada.¹ Provavelmente a amostra não teve força estatística para demonstrar a relação (apenas três pacientes com artrite) ou pela ausência de casos de artrite de interfalangeanas distais (na literatura é o local de artrite com maior relação de envolvimento ungueal).

O estudo de comparação entre artralgia e envolvimento das unhas foi estatisticamente significativo, provavelmente por apresentar amostra mais representativa do que a da artrite. O dado é condizente com a bibliografia pesquisada.^{1-3,9}

O VHS é prova laboratorial sem especificidade diagnóstica. Mostra-se elevado em infecções bacterianas, distúrbios linfoproliferativos e em situações em que exista injúria tissular. Infecções virais acarretam aumento discreto (salvo exceções). Além disso, o VHS pode aumentar em final de gestação, após uso de anticoncepcional, no hipo ou hipertireoidismo e após injeções musculares.¹² A correlação entre VHS elevado e a presença de artrite ou artralgia foi estatisticamente significativa. Com base na afirmação acima descrita e de acordo com Laurent,²⁰ Moll¹⁵ e Griffittis e cols.,² acredita-se que a presença de VHS aumentado não

TABELA 6: Correlação entre VHS e artrite

	VHS alto	VHS normal	Total
Com artrite	3	0	3
Sem artrite	7	20	27
Total	10	20	30

P=0,02

seja suficiente para se fazer diagnóstico nem para avaliar manejo ou prognóstico da AP.^{1,2,10}

Na análise de relação entre VHS e Pasi, não se achou positividade estatística, provavelmente porque todos os pacientes estavam sendo tratados.

CONCLUSÃO

Apesar de a maioria dos pacientes referir artralgia (56,5%), a prevalência da AP na população estudada foi de 10%.

Os elementos mais importantes no diagnóstico foram a anamnese, o exame físico e a negatividade do fator reumatóide. O raio X pode estar normal no paciente com AP; contudo, é um dado importante quando alterado. O VHS é prova inespecífica, sem finalidade diagnóstica.

Como a AP pode ser doença extremamente severa e deformante, é função do dermatologista fazer o diagnóstico, questionando sintomas reumatológicos a cada consulta. Também é função desse especialista realizar exame físico e raio X seriados, a fim de definir precocemente a doença e iniciar seu tratamento adequado. □

AGRADECIMENTO

Agradecemos à Dra Thelma L. Skare as orientações sobre o trabalho e o estudo estatístico realizado.

REFERÊNCIAS

1. Mease P, Goffe BS. Diagnosis and treatment of psoriatic arthritis. *J Am Acad Dermatol*. 2005;52:01-19.
2. Griffiths CEM, Camp RDR, Barker JNWN. Psoriasis. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths CEM, editors. *Rook's - Textbook of Dermatology*. Oxford: Blackwell Publishing; 2004. p. 62-9.
3. Ruderman EM. Evaluation and management of psoriatic arthritis: the role of biologic therapy. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49:S125-32.
4. Holdsworth J. Psoriatic arthritis. *Nurs Stand*. 2003;18:47-52.
5. Gladman DD. Current concepts in psoriatic arthritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2002;14: 361-6.
6. Kaipiainen-Seppänen O. Incidence of psoriatic arthritis in Finland. *Br J Rheumatol*. 1996;35:1289-91.
7. Zachariae H, Zachariae R, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mork C, et al. Quality of life and prevalence of arthritis reported by 5795 members of the Nordic Psoriasis Associations - data from the Nordic Quality of Life Study. *Acta Derm Venereol*. 2002;82:108-13.
8. Gladman DD, Brockbank J. Psoriatic arthritis. *Expert Opin Investig Drugs*. 2000;9:1511-22.
9. Rajendran CP, Ledge SG, Rani KP, Madhavan R. Psoriatic arthritis. *J Assoc Physicians India*. 2003;51:1065-8.
10. Leonard DG, O'Duffy JD, Rogers RS. Prospective analysis of psoriatic arthritis in patients hospitalized for psoriasis. *Mayo Clin Proc*. 1978;53:511-8.
11. Baker H, Ryan TJ. Generalized pustular psoriasis: a clinical and epidemiological study of 104 cases. *Br J Dermatol*. 1968;80:771-93.
12. Skare TL. Artrite Psoriática. In: Skare TL, editor. *Reumatologia - princípios e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 178-80.
13. Thumboo J, Uramoto K, Shbeeb MI, O'Fallon WM, Crowson CS, Gibson LE, et al. Risk factors for the development of psoriatic arthritis: a population based nested case control study. *J Rheumatol*. 2002;29:757-62.
14. Alamanos Y, Papadopoulos NG, Voulgari PV, Siozos C, Psychos DN, Tympanidou M, et al. Epidemiology of psoriatic arthritis in northwest Greece, 1982-2001. *J Rheumatol*. 2003;30:2641-4.
15. Moll JMH, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 1973;3:55-78.
16. Shbeeb M, Uramoto K, Gibson LE, O'Fallon WM, Gabriel SE. The epidemiology of psoriatic arthritis in Olmsted County, Minnesota, USA, 1982-1991. *J Rheumatol*. 2000;27:1247-50.
17. Krueger GG. Clinical features of psoriatic arthritis. *Am J Manag Care*. 2002;8:S160-70.
18. McGonagle D, Conaghan PG, Emery P. Psoriatic arthritis: a unified concept twenty years on. *Arthritis Rheum*. 1999;42:1080-6.
19. Gladman DD. Psoriatic arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 1998;24:829-44.
20. Laurent MR. Psoriatic arthritis. *Clin Rheumatol*. 1985;11:61-85.
21. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol*. 2001;137:280-4.
22. Taylor WJ. Epidemiology of psoriatic arthritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2002;14:98-103.
23. Wong K, Gladman DD, Husted J, Long JA, Farewell VT. Mortality studies in psoriatic arthritis: results from a single outpatient clinic. I. Causes and risk of death. *Arthritis Rheum*. 1997;40:1868-72.
24. Salvarani C, Lo Scocco G, Macchioni P, Cremonesi T, Rossi F, Mantovani W, et al. Prevalence of psoriatic arthritis in Italian psoriatic patients. *J Rheumatol*. 1995;22:1499-503.
25. O'Neill T, Silman AJ. Psoriatic arthritis: historical background and epidemiology. *Baillière's Clin Rheumatol*. 1994;8:245-61.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Ana Paula Bächtold Machado
Rua Martim Afonso, 1200 - apto. 19 - Bigorrrilho
80430-100 - Curitiba - PR
Tels.: (41) 3336-4480 / 3336-1229 / 3240-5483
Fax: (41) 3323-2175
E-mail: anabach@brturbo.com.br