

BMJ Best Practice

Artrite psoriática

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	5
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	10
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	12
Diagnóstico diferencial	13
Critérios de diagnóstico	15
Tratamento	17
Abordagem passo a passo do tratamento	17
Visão geral do tratamento	19
Opções de tratamento	22
Novidades	38
Acompanhamento	39
Recomendações	39
Complicações	40
Prognóstico	40
Diretrizes	42
Diretrizes de tratamento	42
Recursos online	43
Nível de evidência	44
Referências	45
Imagens	50
Aviso legal	55

Resumo

- ◇ Artrite psoriática poliarticular diferenciada da artrite reumatoide pela presença de dactilite e ausência de anticorpos anti-peptídeos citrulinados cíclicos.
- ◇ Medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) geralmente são suficientes para tratar a doença limitada.
- ◇ Os pacientes com artrite periférica progressiva (poliartrite, erosões de articulação) ou oligoartrite refratária a AINEs e/ou corticosteroides intra-articulares necessitam de terapia antirreumática modificadora de doença (por exemplo, metotrexato) cedo na evolução da doença.
- ◇ Inibidores do fator de necrose tumoral (TNF)-alfa podem ser considerados terapia de segunda linha para a maioria das manifestações da doença.

Definição

A artrite psoriática é uma doença articular inflamatória crônica associada com a psoríase. Ela é uma artrite inflamatória soronegativa diferenciada da artrite reumatoide (AR) por várias características clínicas. Entre elas estão o frequente envolvimento articular de padrão inicial oligoarticular ou monoarticular, além do envolvimento da articulação interfalângiana distal (IFD). Dactilite, um edema fusiforme de um dígito inteiro, e sacroileíte são manifestações não observadas na AR. Ao longo do tempo, vários pacientes evoluirão para um padrão poliarticular do envolvimento articular com artrite erosiva.

Epidemiologia

Em pacientes com psoríase, a prevalência registrada de artrite psoriática variou amplamente devido ao desenho do estudo. A prevalência mais alta foi observada em pacientes clínicos hospitalizados, refletindo um viés de referência de casos mais graves. Em coortes de psoríase baseados na comunidade, a prevalência é bem inferior, em <10%. Em um estudo recente baseado na comunidade que utilizou os novos critérios CASPAR (CIASsification of Psoriatic ARthritis), a incidência cumulativa de artrite psoriática ao longo de 20 anos é de 7.5%.^[4] Foram identificados 41% dos casos de artrite concomitantemente com o início de doenças cutâneas. Os demais pacientes desenvolveram artrite em uma média de 7 anos após o início da psoríase.^[4]

A incidência da artrite psoriática pode estar aumentando. Em um estudo geral baseado na população, a incidência por 100,000 ajustada ao sexo e à idade aumentou de 3.6 (intervalo de confiança [IC] de 95% 2.9 a 5.2) entre 1970 e 1979 para 9.8 (IC de 95% 7.7 a 11.9) entre 1990 e 2000.^[5] Essa observação pode refletir um aumento verdadeiro de doença psoriática ou melhor determinação de formas mais leves de artrite psoriática.^[5]

A artrite psoriática ocorre igualmente em homens e mulheres, embora o início mais precoce da doença seja observado em homens. A incidência da artrite psoriática em mulheres atinge a intensidade máxima na 6ª década de vida, espelhando um aumento específico, em função da idade, na incidência da doença cutânea em mulheres. Existem hipóteses de que fatores hormonais influenciam essas diferenças de sexo.^[4] ^[5]

Etiologia

A etiologia de artrite psoriática é amplamente desconhecida. A artrite psoriática pertence ao espectro das espondiloartropatias. Existem fortes influências genéticas, mas elas são bem mais complexas que uma simples relação com o antígeno leucocitário humano (HLA)-B27. Há um aumento do risco de psoríase (30% a 50%) ou artrite psoriática (15%) em parentes de primeiro grau.^[6] Foram identificados vínculos genéticos aos alelos de classe 1 do complexo principal de histocompatibilidade (MHC) nos loci HLA-B e HLA-C para psoríase e artrite psoriática. As associações são complexas, com alguns alelos aumentando o risco de psoríase e outros contribuindo para a artrite.

O alelo HLA-C Cw0606 é o marcador genético mais forte para psoríase e contribui para o fenótipo de tipo 1 (início precoce antes dos 40 anos de idade) de psoríase grave mas com surgimento tardio de artrite. Os alelos HLA-B (B*27 e B*39) estão associados com o início simultâneo de doença cutânea e articular. O alelo HLA-DRB1*4, o epítipo compartilhado da artrite reumatoide, não está fortemente associado à artrite psoriática. No entanto, ele foi observado em alguns casos poliarticulares com idade de início tardia, especialmente se os pacientes forem positivos para anticorpos antipeptídeos citrulinados cíclicos.

Varreduras genômicas identificaram um fenômeno de impressão parental, sugerindo que a herança de um alelo no cromossomo 16q do pai aumenta o risco de artrite. Outros fatores genéticos, como polimorfismos dos genes promotores do fator de necrose tumoral (TNF) e dos receptores KIR de células Natural Killer (NK), também contribuem para o risco da doença.[6] [7] [8]

Traumas nas articulações ou nos tendões também estão envolvidos no desencadeamento de artrite psoriática, assim como as infecções (em especial a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]). A infecção possivelmente funciona como gatilho para a artrite psoriática através da exposição de antígenos ao sistema imunológico inato, causando a expressão do fenótipo psoriático.

Fisiopatologia

A artrite psoriática é uma doença do sistema imunológico celular, com células T CD8+ exercendo uma função primária na pele e na membrana sinovial. Essas células demonstraram ser células T de memória predominantemente ativadas e expandidas de maneira clonal.[6]

Comparada com a membrana sinovial reumatoide, a membrana sinovial psoriática é caracterizada por hipervascularidade e vasos morfológicamente tortuosos. Fatores de crescimento angiogênicos, inclusive o fator de crescimento endotelial vascular (VEGF) e o fator de transformação de crescimento (TGF) beta, estão superexpressos no tecido psoriático e não apenas contribuem para as alterações vasculares como também, juntamente com o fator de necrose tumoral (TNF), contribuem para as alterações ósseas características da artrite psoriática.[6]

A interação da citocina com o receptor ativador de fator nuclear kappa-B (RANKL) causa proliferação e ativação osteoclástica, contribuindo para erosões e osteólise. Isso se manifesta clinicamente por meio das alterações radiológicas da artrite mutilante, incluindo deformidade em "lápiz-na-xícara", além de neoformações ósseas de periostite. Citocinas adicionais podem exercer uma função importante na sinovite. Foi descoberto que a interleucina 23 exerce uma função nas lesões cutâneas da psoríase. Ainda não foi determinado se ela contribui para o risco de artrite.

A presença do envolvimento da articulação interfalangiana distal (IFD) e da dactilite distingue, de modo singular, a artrite psoriática da artrite reumatoide. Essas manifestações estão relacionadas, respectivamente, à entesite dos tendões extensores no leito ungueal e à tenossinovite flexora do dígito inteiro. Estudos recentes de ressonância nuclear magnética demonstraram que grande parte da inflamação relacionada à artrite psoriática não é intra-articular, e envolve ênteses de tendões em vez de sinovite articular.[6] [7] [8]

Classificação

História

Em 1973, Moll e Wright propuseram os primeiros critérios de classificação para a artrite psoriática, que consistiam de 5 padrões da doença.[1] Desde aquela publicação, várias alternativas foram propostas, pois se tornou claro que os pacientes tinham padrões sobrepostos da doença. Ao longo do tempo, o padrão da doença também muda, com uma tendência a se tornar poliarticular na maioria dos pacientes. Recentemente, o grupo de estudos CASPAR (Classification of Psoriatic ARthritis) criou um conjunto de critérios que tem especificidade de 98.7%, a maior especificidade de qualquer conjunto de classificações proposto. A sensibilidade também é alta, de 91.4%.[2] Esses critérios foram desenvolvidos com base em

pacientes com a doença estabelecida. Em pacientes com artrite psoriática de início recente, a sensibilidade é menor, devido à ausência de alterações radiográficas da periostite.[3]

Classificação de Moll e Wright[1]

Cinco padrões de artrite psoriática:

- Artrite da articulação interfalângiana distal (IFD)
- Oligoartrite assimétrica
- Poliartrite simétrica
- Artrite mutilante
- Espondilite psoriática com envolvimento sacroilíaco e vertebral.

CASPAR (critérios de classificação para artrite psoriática)[2]

Doença articular inflamatória (articulação, coluna ou entésica) com ≥ 3 pontos das 5 categorias a seguir (psoríase atual equivale a 2 pontos; todas as outras equivalem a 1 ponto):

1. Evidências de psoríase atual, história pessoal de psoríase ou história familiar de psoríase em um parente de primeiro ou segundo grau
2. Distrofia psoriática ungueal típica
3. Teste negativo para fator reumatoide (sem ser o exame de látex)
4. Dactilite atual ou histórica
5. Evidência radiográfica de neoformação óssea justa-articular que aparece como uma ossificação mal definida próxima às bordas da articulação (periostite) em radiografias simples da mão ou do pé.

Esses critérios de classificação são usados para estudos epidemiológicos e de pesquisa.

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem de 25 anos de idade encontra-se com os antepés doloridos, e também o joelho direito e um dedo indicador edemaciados. Esses sintomas se desenvolveram ao longo de 2 meses. Ele tem história de psoríase desde os 18 anos de idade. O exame físico revela placas psoriáticas nos joelhos, cotovelos e na linha posterior do cabelo, além de alterações psoriáticas nas unhas dos dedos e artelhos. Há dactilite do dedo indicador direito e vários artelhos, além de sinovite do joelho direito.

Caso clínico #2

Uma mulher de 57 anos de idade se apresenta com queixa de dor e rigidez nos dois joelhos e no pé esquerdo. A história médica pregressa é marcada por caspa grave e um episódio aparente de gota no primeiro artelho esquerdo 6 meses atrás, sem nunca ter havido remissão. O exame físico revela psoríase do couro cabeludo, sinovite dos joelhos e dactilite do primeiro artelho esquerdo.

Outras apresentações

Aproximadamente 10% dos pacientes podem apresentar artrite compatível com a artrite psoriática, mas sem doença cutânea. Alguns desses pacientes têm história familiar de psoríase ou podem desenvolver doenças cutâneas posteriormente. Pacientes apresentando espondilite psoriática axial sem envolvimento articular periférico é incomum.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico da artrite psoriática é clínico, com base na história e no exame físico. Investigações laboratoriais e radiológicas são obtidas para determinar a gravidade da doença ou para descartar outros diagnósticos. O reconhecimento dos sintomas articulares inflamatórios é o primeiro passo essencial. Em um paciente com psoríase, rigidez matinal prolongada nas articulações (duração >30 minutos), dor matinal no pé ao caminhar e um edema articular ou do dígito sugerem fortemente artrite psoriática. Esses sintomas podem ser similares aos da artrite reumatoide (AR) precoce. As 2 artropatias podem ser frequentemente diferenciadas clinicamente pelo padrão de envolvimento articular.

[Fig-1]

História

A artrite psoriática se apresenta comumente em adultos jovens ou de meia-idade com um caso estabelecido de psoríase. No entanto, nem todos esses pacientes estão cientes de que têm psoríase, de modo que a história da evolução e o padrão dos sintomas articulares devem incentivar o questionamento da possibilidade de doença psoriática no paciente e/ou família.

Para começar, é importante definir a natureza da queixa musculoesquelética.

- Há presença de sintomas articulares inflamatórios (caracterizados por rigidez matinal prolongada >30 minutos, melhora com o uso, e recorrência com repouso prolongado)?

- Os sintomas são limitados, assimétricos, monoarticulares ou oligoarticulares? A artrite psoriática frequentemente se apresenta com um padrão de envolvimento articular monoarticular ou oligoarticular. O envolvimento poliarticular, ou dactilite, é uma apresentação de alto risco e está associado com progressão significativa e desfecho desfavorável.
- Há envolvimento de dígitos individuais (em vez de linhas inteiras, como observado na AR simétrica)?
- Os sintomas dos membros inferiores são piores que os sintomas dos membros superiores? A artrite psoriática inicial pode envolver apenas algumas articulações de membros inferiores, como os joelhos.
- Há algum sintoma sugestivo de entesite (dor no calcanhar, no cotovelo ou no quadril lateral relacionada a inflamação entésica) em tendões ósseos ou anexos de ligamentos?
- Há rigidez vertebral (especialmente na coluna cervical)?
- Existe história pessoal ou familiar de psoríase?
- O paciente tem história pessoal de problemas no couro cabeludo ou nas unhas (sugerindo psoríase subjacente)?

Exame físico

Deve-se procurar evidências de psoríase. As lesões se apresentam como pápulas circunscritas e placas vermelhas, inflamadas, branco-prateadas e escamosas comumente localizadas nos cotovelos, joelhos, membros extensores e no couro cabeludo.

[Fig-2]

[Fig-3]

Em pacientes sem um diagnóstico de psoríase, deve ser realizada a inspeção cutânea do couro cabeludo, da dobra interglútea, do períneo e das regiões periumbilicais. As unhas devem ser inspecionadas para verificar se há depressões ou onicólise.

[Fig-4]

O exame musculoesquelético deve incluir a avaliação de todas as articulações periféricas, incluindo as articulações interfalangianas dos dedos e artelhos, além dos dígitos, para verificar se há dactilite. Edemas e sensibilidade das articulações (sinovite) devem ser observados no exame dos membros inferiores e superiores. Sensibilidade no calcanhar (fáscia plantar ou tendão de Aquiles) e/ou epicôndilos do cotovelo indicam entesite.

A avaliação da coluna e da mobilidade é necessária para excluir espondilite.^[11] A distância entre o occipício e a parede ou entre o tragus e a parede deve ser medida e a rotação cervical deve ser avaliada. Também deve ser realizado um teste de Schober modificado da coluna lombar. Ao realizar esse teste, são feitas marcações em pontos 5 cm abaixo e 10 cm acima da linha do 5º processo espinhoso lombar. O paciente é solicitado a se inclinar para frente o máximo possível. Normalmente, a distância entre as marcas superiores e inferiores deve aumentar pelo menos 5 cm. Uma distância menor sugere rigidez espinhal.

Devido ao aumento do risco de síndrome metabólica na doença psoriática, a medição da pressão arterial é uma parte essencial do exame físico.

Avaliação da extensão da doença

Embora alguns pacientes possam entrar em remissão espontaneamente, a maioria dos casos são persistentes e podem evoluir, levando ao comprometimento da função. Uma avaliação do core tem sido recomendada para avaliar a extensão e a gravidade da doença psoriática no momento da apresentação e a cada visita de acompanhamento:

- Avaliação das articulações periféricas; contagem de articulações edemaciadas e sensíveis
- Contagem de entesites sensíveis
- Avaliação cutânea
- Documentação da avaliação global da atividade da doença e da dor por parte do paciente (obtida pelo uso de uma escala visual analógica [EVA])[12]

Qual é a intensidade da sua dor hoje? Desenhe uma marca vertical na linha abaixo para indicar a intensidade da sua dor.

Nenhuma dor | _____ | Dor muito intensa

Exemplo de uma escala visual analógica da dor

Adaptado de Gould D, et al. Visual analogue scale (VAS). J Clin Nurs. 2001;10:706

- Documentação da avaliação global da atividade da doença por parte do médico (também obtida pelo uso de uma EVA)
- Avaliação padrão da função física: Questionário de Avaliação da Saúde (HAQ)[13] ou pesquisa Short Form 36 (SF-36).[14]

Investigações

Pacientes com evidência clínica de inflamação articular devem fazer radiografias simples das mãos e dos pés. Erosão na articulação interfalangiana distal (IFD) e neoformação óssea periarticular são sugestivos de artrite psoriática. As alterações clássicas na osteólise indicando artrite mutilante ou deformidade em "lápiz-na-xícara" são observadas apenas na doença estabelecida avançada. Um edema do tecido mole pode ser o único achado radiográfico observado no início da doença.

As investigações laboratoriais iniciais incluem exame de fator reumatoide (FR) e de anticorpos antiptéptídeos citrulinados cíclicos em pacientes com poliartrite. Embora o FR possa ser positivo em pacientes sem artrite reumatoide (AR), um resultado negativo pode ser útil para distinguir a artrite psoriática da AR (aproximadamente 70% dos pacientes com AR serão positivos para FR).[15] Velocidade de hemossedimentação ou proteína C-reativa altas, embora não sejam específicas para artrite psoriática (podem estar elevadas na AR precoce), estão associadas com artrite poliarticular progressiva.[16] [17] Dado o aumento do risco de síndrome metabólica na doença psoriática, os pacientes devem se submeter a rastreamento metabólico apropriado, incluindo perfil lipídico, glicemia de jejum e nível de ácido úrico. A aspiração e a análise do líquido sinovial podem ser necessárias em pacientes com monoartrite, de modo a excluir gota ou infecção.

A sacroileíte assimétrica é característica de artrite psoriática e pode ser assintomática. Os achados de radiografia no início da doença são geralmente normais; no entanto, alterações radiográficas na doença avançada podem dar suporte ao diagnóstico. Portanto, radiografias simples da coluna e da pelve são indicadas em pacientes com sintomas ou achados físicos sugestivos de envolvimento sacroilíaco, do quadril ou da coluna.

Embora não seja indicada rotineiramente, uma ressonância nuclear magnética (RNM) das articulações sacroilíacas pode ser útil para identificar os pacientes com suspeita de sacroileíte inicial, mesmo na ausência de alterações radiográficas. Achados anormais podem ocorrer em pacientes assintomáticos. A ultrassonografia da articulação é, atualmente, uma técnica de pesquisa clínica usada para demonstrar a extensão do envolvimento entésico na doença psoriática. As anormalidades demonstradas incluem edema do tendão, erosão no local de inserção e vascularidade aumentada.

Fatores de risco

Fortes

psoríase

- É considerada o fator de risco mais significativo. Em pacientes com psoríase, a prevalência registrada de artrite psoriática variou amplamente devido ao desenho do estudo. A prevalência mais alta foi observada em pacientes clínicos hospitalizados, refletindo um viés de referência de casos mais graves.

história familiar de psoríase ou artrite psoriática

- Há um aumento do risco de psoríase (30% a 50%) ou artrite psoriática (15%) em parentes de primeiro grau.[6]
- Estudos de família e gêmeos, o antígeno leucocitário humano e varreduras genômicas vincularam várias influências genéticas ao risco de psoríase e artrite psoriática.[6]

Fracos

história de trauma nos tendões ou articulações

- Um pequeno número de pacientes com artrite psoriática pode se lembrar de algum trauma anterior ao início da artrite. Isso foi atribuído ao equivalente do fenômeno de Koebner que é observado na pele. Existem hipóteses de que o microtrauma entésico pode levar ao início da cascata inflamatória psoriática.[9]

Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)

- Em pessoas não infectadas por HIV, a função da infecção permanece sem fundamentos. No entanto, na população com HIV o risco de doença psoriática demonstra ser muito maior que na população geral. Um estudo na Zâmbia demonstrou que 96% dos pacientes com diagnóstico recente de artrite psoriática eram HIV-positivos, comparados com 30% da população urbana adulta.[10]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

história pessoal ou familiar de psoríase (comum)

- Em grandes coortes de pacientes, poucos casos não têm psoríase no diagnóstico.
- Não há uma correlação próxima entre a extensão da doença cutânea e o envolvimento articular, exceto pela associação da artrite da articulação interfalangiana distal (IFD) com a doença ungueal.

Portanto, deve ser realizada inspeção cuidadosa da pele do paciente, incluindo o couro cabeludo, as unhas, os membros e o tronco.

[Fig-3]

[Fig-4]

[Fig-2]

rigidez e dor na articulação (comum)

- A dor articular inflamatória é caracterizada por rigidez matinal prolongada (>30 minutos), melhora com o uso e recorrência com repouso prolongado.

artrite periférica (comum)

- Geralmente indicada por edema e sensibilidade de articulações individuais (sinovite) durante a inspeção e palpação.
- A artrite psoriática frequentemente se apresenta em um padrão de envolvimento articular monoarticular ou oligoarticular. Em pacientes com envolvimento de várias articulações, o padrão não tem a simetria da artrite reumatoide.
- A artrite psoriática inicial pode envolver apenas algumas articulações de membros inferiores, como os joelhos.

dactilite (comum)

- Edema uniforme de um dígito inteiro. Pode ser difícil determinar se as articulações em si estão edemaciadas. A maior parte do edemaciamento está na tenossinóvia flexora e causará a limitação do movimento.

[Fig-1]

história de problemas nas unhas ou no couro cabeludo (comum)

- Os pacientes podem não saber que têm psoríase. A doença pode ser interpretada incorretamente como caspa, seborreia ou onicomiose.

Outros fatores de diagnóstico

dor no local de ligação do tendão (incomum)

- Dor no calcanhar, no cotovelo, ou no quadril lateral indica inflamação entésica.
- Sensibilidade à palpação das ênteses sintomáticas. As áreas de inflamação comumente observadas incluem os locais de inserção do tendão de Aquiles, fáscia plantar e epicôndilos.

rigidez da coluna (incomum)

- A doença psoriática geralmente afeta a coluna cervical com maior intensidade, mas isso não é comumente observado na primeira apresentação. A rigidez da coluna lombar também deve ser avaliada por meio de um teste de Schober modificado.

redução da mobilidade da coluna cervical (incomum)

- Ocorre conforme a doença evolui. Não é comum observar envolvimento clínico com perda de movimento no início da doença.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
radiografias simples das mãos e dos pés <ul style="list-style-type: none"> A artrite psoriática precoce pode não ter alterações radiográficas clássicas. A erosão na articulação IFD, assim como a neoformação óssea periarticular, são características de periostite felpuda. As alterações clássicas na osteólise que causam artrite mutilante ou deformidade em "lápiz-na-xícara" são observadas apenas na doença estabelecida avançada. Um edema do tecido mole pode ser o único achado radiográfico observado no início da doença. Diferentemente da artrite reumatoide (AR), a osteopenia periarticular não é uma manifestação da artrite psoriática inicial. Erosões são observadas em menos de um quarto dos casos de doença inicial. 	erosão na articulação interfalangiana distal (IFD) e neoformação óssea periarticular; osteólise e deformidade em "lápiz-na-xícara" na doença avançada
velocidade de hemossedimentação e proteína C-reativa <ul style="list-style-type: none"> Os reagentes de fase aguda não se apresentam elevados em todos os casos de artrite psoriática. Velocidade de hemossedimentação ou proteína C-reativa altas estão associadas com artrite poliarticular progressiva. 	normal ou elevado
fator reumatoide <ul style="list-style-type: none"> É um teste inespecífico e pode ser positivo em pessoas sem AR. Um resultado negativo pode ser útil para distinguir a artrite psoriática da artrite reumatoide. 	positivos ou negativos
anticorpo antiptéideo citrulinado cíclico <ul style="list-style-type: none"> É um teste altamente específico para AR. No entanto, o anticorpo pode estar presente em uma pequena parcela de pacientes com artrite psoriática poliarticular estabelecida. Em pacientes com doença oligoarticular, um teste negativo de anticorpo antiptéideo citrulinado cíclico é útil para excluir AR.[18] 	negativo
perfil lipídico <ul style="list-style-type: none"> Devido ao aumento do risco de síndrome metabólica na doença psoriática, os pacientes devem passar pelo rastreamento metabólico apropriado, incluindo perfil lipídico. 	normal ou hiperlipidemia
glicemia de jejum <ul style="list-style-type: none"> Devido ao aumento do risco de síndrome metabólica na doença psoriática, os pacientes devem passar pelo rastreamento metabólico apropriado, incluindo glicemia de jejum. 	normal ou hiperglicemia
nível de ácido úrico <ul style="list-style-type: none"> Devido ao aumento do risco de síndrome metabólica na doença psoriática, os pacientes devem passar pelo rastreamento metabólico apropriado, incluindo nível do ácido úrico. 	normal ou elevado
aspiração e análise de líquido sinovial <ul style="list-style-type: none"> O exame do líquido sinovial pode ser necessário em monoartrite para excluir gota ou infecção. 	ausência de cristais de urato monossódico

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
radiografias simples da coluna e da pelve <ul style="list-style-type: none"> A sacroileíte assimétrica é característica de artrite psoriática. Ela pode ser assintomática. As alterações na coluna tendem a ser irregulares e, preferencialmente, envolvem a coluna cervical mais que a coluna lombar. 	normais na doença inicial; sacroileíte unilateral e sindesmófitos (predominantemente na coluna cervical) observados na doença avançada
ressonância nuclear magnética (RNM) das articulações sacroilíacas <ul style="list-style-type: none"> Achados anormais podem ocorrer em pacientes assintomáticos ou naqueles com sacroileíte inicial pré-radiográfica. 	edema subcondral ósseo observado caracteristicamente

Novos exames

Exame	Resultado
ultrassonografia articular <ul style="list-style-type: none"> Atualmente, é uma técnica de pesquisa clínica usada para demonstrar a extensão do envolvimento entésico na doença psoriática. 	edema do tendão, erosão no local de inserção e vascularidade aumentada

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Artrite reumatoide (AR)	<ul style="list-style-type: none"> Uma poliartrite simétrica comumente envolvendo as pequenas articulações das mãos e dos pés. A AR não afeta a coluna lombar nem as articulações sacroilíacas. A dactilite não é uma característica. 	<ul style="list-style-type: none"> O fator reumatoide e os anticorpos anti-peptídeos citrulinados cíclicos podem ser positivos. As radiografias da mão revelam alterações erosivas típicas nas bordas das articulações, afetando primeiramente o osso subcondral e, posteriormente, evoluindo para causar estenose do espaço articular.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Gota	<ul style="list-style-type: none"> História de evolução aguda e recidivante com resolução da sinovite dentro de 7 a 14 dias deve levantar suspeitas de possível gota. Edema, derrame, calor, eritema e/ou extrema sensibilidade das articulações envolvidas. As articulações mais comumente envolvidas são as do pé, principalmente a primeira metatarsofalângica, a tarsometatarsica e as articulações do tornozelo. O padrão é geralmente monoarticular ou oligoarticular (<4 articulações). Pode ser poliarticular, afetando diversas articulações nas mãos e nos pés, especialmente em pessoas idosas. Pode haver tofos ao longo do extensor das superfícies articulares, principalmente nos cotovelos, joelhos e tendões de Aquiles. Eles podem estar visíveis também ao longo dos aspectos dorsais das mãos e pés e das hélices das orelhas. 	<ul style="list-style-type: none"> O exame do líquido sinovial revela cristais em forma de agulha birrefringentes fortemente negativos sob a luz polarizada.
Osteoartrite erosiva	<ul style="list-style-type: none"> Ocorre com maior frequência em mulheres de meia-idade. Afeta apenas as articulações interfalângica distal (IFD) e interfalângica proximal (IFP) dos dedos. 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografias simples mostrarão alterações típicas da osteoartrite que envolvem as articulações IFP e IFD com erosões ósseas marginais ou centrais associadas, causando deformidade característica de asa de gaivota.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Artrite reativa	<ul style="list-style-type: none"> Exposição recente a certas infecções gastrointestinais e geniturinárias, sobretudo por espécies de Chlamydia, Campylobacter jejuni e Salmonella enteritidis. Oligoartrite, comumente afetando as articulações que sustentam peso. Pode ocorrer também inflamação no local de inserção do tendão e dactilite (inflamação do dígito inteiro). Podem ocorrer manifestações extra-articulares como conjuntivite, uretrite e estomatite. 	<ul style="list-style-type: none"> A radiografia pode mostrar um edema do tecido mole. O rastreamento da urina para Chlamydia trachomatis pode ser positivo.
Tenossinovite por micobactérias	<ul style="list-style-type: none"> Edemas semelhantes a dactilite de um único dígito podem ser observados. A Mycobacterium tuberculosis e micobactérias atípicas foram ambas envolvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> A biópsia e a cultura sinovial comumente isolam uma micobactéria do tecido com rápido crescimento.
Dactilite sarcoide	<ul style="list-style-type: none"> A dactilite é observada em alguns pacientes com sarcoide crônica, especialmente aqueles com doença cutânea e óssea. Geralmente estão presentes sinais sugestivos de sarcoide subjacente (por exemplo, tosse, dispneia, sibilância, linfadenopatia, lesões cutâneas). 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografia torácica: adenopatia hilar e/ou características de doença pulmonar intersticial. Radiografias simples das mãos e dos pés podem mostrar lesões ósseas císticas nas falanges. A biópsia de lesão cutânea suspeita revela granulomas não caseosos.

Critérios de diagnóstico

Critérios CASPAR (CIASsification of Psoriatic ARthritis)[2]

Doença articular inflamatória (articulação, coluna ou entésica) com ≥ 3 pontos das 5 categorias a seguir (psoríase atual equivale a 2 pontos; todas as outras equivalem a 1 ponto):

1. Evidências de psoríase atual, história pessoal de psoríase ou história familiar de psoríase em um parente de primeiro ou segundo grau
2. Distrofia psoriática ungueal típica
3. Teste negativo para fator reumatoide (sem ser o exame de látex)
4. Dactilite atual ou histórica

5. Evidência radiográfica de neoformação óssea justa-articular que aparece como uma ossificação mal definida próxima às bordas da articulação (periostite) em radiografias simples da mão ou do pé.

Esses critérios de classificação são usados para estudos epidemiológicos e de pesquisa.

Abordagem passo a passo do tratamento

Estudos de coorte demonstraram que a artrite psoriática pode se tornar poliarticular ao longo do tempo e desenvolver alterações erosivas, embora alguns pacientes entrem em remissão espontânea.[19] [20] Seu início como poliartrite é uma apresentação de alto risco e está associado com progressão significativa e desfecho desfavorável, assim como a presença de dactilite.[21] [22] Dadas as manifestações variáveis de artrite psoriática (artrite periférica, dactilite, entesite e espondilite com ou sem envolvimento articular do quadril), uma abordagem de tratamento uniforme é inviável. No entanto, um ensaio clínico randomizado e controlado demonstrou uma abordagem para um melhor controle da pele e da artrite periférica e para melhores desfechos dos pacientes.[23] Usando uma estratégia padronizada de consultas mais frequentes e de progressão de terapias para atingir o controle da doença, os investigadores demonstraram que essa abordagem é viável e preferencial no tratamento da artrite psoriática, uma visão endossada em diretrizes da European League Against Rheumatism (EULAR).[24] Recomendações consensuais enfatizam a avaliação das manifestações específicas da doença e sua gravidade de modo a ajudar no desenvolvimento de planos de tratamento individualizado.[25] Pacientes com artrite psoriática infectados por vírus da imunodeficiência humana (HIV) podem ter problemas especiais de tratamento.[26]

Artrite periférica

O tratamento inicial é feito com anti-inflamatório não esteroidal (AINE), possivelmente em combinação com fisioterapia e/ou injeção intra-articular de corticosteroide.1[A]Evidence Para pacientes com doença limitada (monoartrite ou oligoartrite e nenhuma evidência de erosão articular), um AINE pode ser suficiente. Nenhum estudo demonstrou vantagens de um AINE em relação a outro; a escolha depende da preferência do paciente e da experiência clínica. O ideal é que o AINE seja prescrito em dose completa por um período de avaliação de pelo menos 2 a 3 semanas. Se a resposta for inadequada, outro AINE deve ser iniciado. Na maioria das pessoas, o alívio dos sintomas com AINEs é apenas parcial.

A fisioterapia reduz a dor, melhora a amplitude de movimentos e fortalece os músculos das articulações com atrofia muscular periarticular associada. Portanto, pacientes com doença limitada podem não precisar necessariamente de fisioterapia.

Se o paciente não responder de maneira apropriada, pode ser oferecida uma injeção de corticosteroides intra-articulares. Não há ensaios clínicos randomizados e controlados (ECRCs) avaliando a vantagem da injeção de corticosteroides intra-articulares; essa intervenção é recomendada com base na opinião de especialistas. Agentes de ação prolongada, como hexacetonida de triancinolona, devem ser evitados em articulações superficiais, onde há alto risco de atrofia subcutânea. Nessa situação, é preferível usar acetato de metilprednisolona. Corticosteroides sistêmicos devem ser evitados, pois há um risco de exacerbação da psoríase pós-exposição.

AINEs, fisioterapia e corticosteroides intra-articulares podem melhorar os sintomas em pacientes com doença progressiva (poliartrite, erosões da articulação ou oligoartrite refratária a AINEs e/ou corticosteroides intra-articulares), mas o tratamento de combinação com medicamentos antirreumáticos modificadores de doença (MARMDs) é necessário para interromper ou modificar o processo da doença.

Dada a facilidade de administração (ou seja, dosagem de uma vez por semana) e o início de ação relativamente rápido, o metotrexato geralmente é o primeiro medicamento antirreumático modificador de doença (MARMD) escolhido. Não há evidências de benefício adicional quando o metotrexato é combinado com sulfassalazina ou leflunomida. Uma tentativa inicial de metotrexato deve durar 3 meses.

Nenhum benefício foi demonstrado para a doença axial (da coluna), mas as evidências são limitadas. O risco de toxicidade hepática é maior que aquele observado com uso em artrite reumatoide, mas o metotrexato não parece aumentar o risco de eventos adversos respiratórios em artrite psoriática.[27] É necessário o uso de suplementos diários de ácido fólico.

ECRCs que comparam a ciclosporina com o metotrexato ou com a sulfassalazina demonstraram melhora em sintomas articulares e rash. No entanto, não há evidência de que a ciclosporina retarde a progressão radiográfica, e não há dados sobre os efeitos benéficos nos sintomas axiais. Ciclosporina pode ser administrada isolada ou em combinação com metotrexato.2[B]Evidence O uso da ciclosporina é limitado devido à toxicidade renal.

A sulfassalazina causa redução leve nos sintomas da artrite periférica.3[A]Evidence Não há evidência de que a sulfassalazina reduza a progressão radiográfica; a sulfassalazina não apresenta benefício na doença axial.

ECRCs que compararam leflunomida com placebo demonstraram melhora no edema, na sensibilidade e no rash da articulação e na função do paciente.3[A]Evidence Não há evidência sobre o efeito da leflunomida sobre a progressão radiográfica ou sintomas axiais.

Pacientes que não respondem a AINEs, fisioterapia, injeções intra-articulares de corticosteroides e MARMDs com agente único apresentaram melhora articular e cutânea quando tratados com ciclosporina combinada com metotrexato. Além disso, a combinação reduz a progressão radiográfica em comparação com metotrexato isolado.

Inibidores do fator de necrose tumoral (TNF)-alfa devem ser considerados em pacientes com sinovite oligo/poliarticular periférica que não tiveram sucesso com 2 MARMDs convencionais.[28] Foi demonstrado que etanercepte, adalimumabe, infliximabe, golimumabe e certolizumabe promovem melhoras de articulações, pele, funcionamento diário e taxa de progressão das erosões radiográficas em ECRCs por placebo.4[A]Evidence Nenhum único inibidor de TNF-alfa é preferível a outro. A associação de um inibidor do TNF-alfa ao metotrexato não é mais efetiva que a terapia com inibidor do TNF-alfa isolado. O tratamento com AINEs pode ser continuado, se necessário, para auxiliar com alívio analgésico dos sintomas residuais. Antes de iniciar a terapia com inibidor do TNF-alfa, deve-se obter uma radiografia torácica inicial, além da avaliação do status de infecção por tuberculina e hepatite B.

O ustekinumabe, um anticorpo monoclonal humanizado que inibe a conexão de receptor das interleucinas 23 e 12 (citocinas pró-inflamatórias que aumentam a produção de linfócitos Th17), melhorou os sinais e sintomas de artrite psoriática em ensaios clínicos randomizados e controlados por placebo.[29] [30] [31] O ustekinumabe inibe a progressão radiográfica do dano articular;[32] entesite e dactilite também podem apresentar resposta.[30]

O secukinumabe, um anticorpo monoclonal contra a interleucina-17, é eficaz para a pele e para a artrite e diminui a doença erosiva.[33] [34]

Apremilaste é um inibidor oral da fosfodiesterase-4 que pode ser usado em combinação com metotrexato. Resultados de ECRCs por placebo demonstram melhoras significativas em pacientes com artrite psoriática.[35] [36] Pacientes que não foram bem-sucedidos com terapia com inibidor do TNF-alfa também podem apresentar uma resposta reduzida ao apremilaste. O apremilaste não é tão eficaz quanto os inibidores de TNF-alfa ou os inibidores de interleucina-17.

Dactilite

Nenhum ensaio clínico foi realizado para avaliar especificamente intervenções terapêuticas para dactilite. O tratamento inicial é feito com um AINE e fisioterapia. Uma injeção local de corticosteroide pode ser considerada e, se a resposta for inadequada, um MARMD pode ser acrescentado. Se necessário, um inibidor do TNF-alfa ou ustekinumabe pode ser usado. Em ensaios de infliximabe e adalimumabe para artrite psoriática, desfechos secundários sugeriram melhora da dactilite. É improvável que o apremilaste seja eficaz.

Espondilite (artrite axial) com ou sem envolvimento do quadril

Nenhum ECRC avaliou intervenções terapêuticas em pacientes com espondilite psoriática. As recomendações para a doença sintomática da coluna são derivadas de declarações de consenso para a espondilite anquilosante.

- Fisioterapia em grupo supervisionada melhora a função física geral e proporciona alívio da dor e da rigidez, quando comparada com o exercício autodirecionado em casa. Mesmo assim, um programa doméstico de exercícios é melhor que nenhum exercício.
- Os AINEs são eficazes para sintomas de dor e rigidez. [1\[A\]Evidence](#) Os AINEs serão considerados sem sucesso após tentativas adequadas de, no mínimo, 2 AINEs por 6 a 12 semanas.
- A terapia com inibidor do TNF-alfa é considerada para pacientes que não obtiveram sucesso com 2 AINEs. [5\[A\]Evidence](#) Declarações de consenso internacional aconselham usar o Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) para documentar a doença suficientemente sintomática de modo a justificar a terapia com inibidor do TNF-alfa. [\[Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index \(BASDAI\)\]](#) O escore ≥ 4 é uma indicação para considerar a terapia com inibidor do TNF-alfa.
- Nos ensaios de espondilite anquilosante, não foi demonstrado que a terapia com inibidor do TNF-alfa inibe a progressão radiográfica.
- Antes de iniciar a terapia com inibidor do TNF-alfa, deve-se obter uma radiografia torácica inicial, além da avaliação do status de infecção por tuberculina e hepatite B.

O envolvimento do quadril pode ser uma característica da espondilite psoriática e é frequentemente bilateral. A deterioração articular pode ser rapidamente progressiva, resultando em artroplastia em até 5 anos após o início dos sintomas. [\[37\]](#) [\[38\]](#)

Entesite

A descrição clínica da manifestação desta doença em ECRCs relatados da entesite psoriática é incompleta. As informações sobre terapia são derivadas de outros ensaios de espondiloartropatias. [\[25\]](#)

Embora a terapia com AINEs e a fisioterapia sejam recomendadas, essas intervenções não foram avaliadas especificamente para o tratamento da entesite. Os inibidores do TNF-alfa ustekinumabe e apremilaste reduziram os sinais de entesite ativa em ensaios de artrite psoriática. [\[25\]](#) [\[30\]](#) [\[39\]](#) [6\[A\]Evidence](#)

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo		(resumo)
doença articular periférica limitada		
	1a	anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)
	adjunto	fisioterapia
	adjunto	injeção intra-articular de corticosteroides
doença articular periférica progressiva		
	1a	medicamentos antirreumáticos modificadores de doença (MARMDs)
	mais	anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)
	mais	fisioterapia
	mais	injeção intra-articular de corticosteroides
	2a	inibidor de fator de necrose tumoral (TNF)-alfa ou anticorpo monoclonal ou apremilaste
	mais	continuação do tratamento com anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)
	mais	fisioterapia
dactilite		
	1a	anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)
	mais	fisioterapia
	adjunto	medicamentos antirreumáticos modificadores de doença (MARMDs)
	2a	inibidor de fator de necrose tumoral (TNF)-alfa ou anticorpo monoclonal
	mais	continuação do tratamento com anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)
	mais	fisioterapia
espondilite e/ou entesite		
	1a	anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)
	mais	fisioterapia
	2a	inibidor de fator de necrose tumoral (TNF)-alfa ou anticorpo monoclonal ou apremilaste
	mais	continuação do tratamento com anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)
	mais	fisioterapia

Agudo		(resumo)	
	■ com envolvimento do quadril	mais	artroplastia do quadril

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

doença articular periférica limitada

1a anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

Opções primárias

» **naproxeno**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia, máximo de 1250 mg/dia

OU

» **indometacina**: 25 mg por via oral duas a três vezes ao dia, máximo de 200 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 300-400 mg por via oral três vezes ao dia, máximo de 2400 mg/dia

OU

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia

» O tratamento inicial com um AINE é apropriado.¹[\[A\]Evidence](#) Para pacientes com doença limitada (monoartrite ou oligoartrite e nenhuma evidência de erosão articular), um AINE pode ser suficiente.

» Nenhum estudo demonstrou vantagens de um AINE em relação a outro; a escolha depende da preferência do paciente e da experiência clínica. O ideal é que o AINE seja prescrito em dose completa por um período de avaliação de pelo menos 2 a 3 semanas.

» Se a resposta for inadequada, outro AINE deve ser iniciado. Na maioria das pessoas, o alívio dos sintomas com AINEs é apenas parcial.

adjunto fisioterapia

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A fisioterapia reduz a dor, melhora a amplitude de movimentos e fortalece os músculos das articulações com atrofia muscular periarticular associada. Portanto, pacientes com doença

Agudo

adjunto

limitada podem não precisar necessariamente de fisioterapia.

injeção intra-articular de corticosteroides

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **acetato de metilprednisolona**: pequenas articulações: 4-10 mg por via intra-articular em dose única; articulações médias: 10-40 mg por via intra-articular em dose única; grandes articulações: 20-80 mg por via intra-articular em dose única

» Podem ser indicadas se AINEs isolados não fornecerem alívio sintomático suficiente. Não há ensaios clínicos randomizados e controlados (ECRCs) avaliando a vantagem de injeções de corticosteroides intra-articulares; essa intervenção é recomendada com base na opinião de especialistas.

» Agentes de ação prolongada, como hexacetonida de triancinolona, devem ser evitados em articulações superficiais, onde há alto risco de atrofia subcutânea. Nessa situação, é preferível usar acetato de metilprednisolona.

» Corticosteroides sistêmicos devem ser evitados, pois há um risco de exacerbação da psoríase pós-exposição.

» A injeção de corticosteroide é aplicada uma vez e depois reavaliada. Pode ser repetida 3 vezes por ano, se necessário.

doença articular periférica progressiva

1a

medicamentos antirreumáticos modificadores de doença (MARMDS)

Opções primárias

» **metotrexato**: 7.5 a 25 mg por via oral/subcutânea/intramuscular uma vez por semana no mesmo dia da semana

OU

» **ciclosporina**: 2.5 a 4 mg/kg/dia por via oral administrados em doses fracionadas a cada 12 horas

Opções secundárias

Agudo

» **sulfassalazina**: 0.5 a 1 g/dia por via oral (com revestimento entérico) por 7 dias inicialmente, aumentar em incrementos de 500 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 2 g/dia administrados em 2-3 doses fracionadas

OU

» **leflunomida**: 10-20 mg por via oral uma vez ao dia

Opções terciárias

» **metotrexato**: 7.5 a 25 mg por via oral/subcutânea/intramuscular uma vez por semana no mesmo dia da semana

-e-

» **ciclosporina**: 2.5 a 4 mg/kg/dia por via oral administrados em doses fracionadas a cada 12 horas

» AINEs, fisioterapia e corticosteroides intra-articulares podem melhorar os sintomas em pacientes com doença progressiva (poliartrite, erosões da articulação ou oligoartrite refratária a AINEs e/ou corticosteroides intra-articulares), mas o tratamento de combinação com medicamentos antirreumáticos modificadores de doença (MARMDs) é necessário para interromper ou modificar o processo da doença.

» Dada a facilidade de administração (ou seja, dosagem de uma vez por semana) e o início de ação relativamente rápido, o metotrexato geralmente é o primeiro medicamento antirreumático modificador de doença (MARMD) escolhido. Uma tentativa inicial de metotrexato deve durar 3 meses. O risco de toxicidade hepática é maior que o observado com o uso na artrite reumatoide. É necessário o uso de suplementos diários de ácido fólico.

» Ensaios clínicos randomizados e controlados (ECRCs) que comparam a ciclosporina com o metotrexato ou com a sulfassalazina demonstraram melhora em sintomas articulares e rash. O uso da ciclosporina é limitado devido à toxicidade renal.

» Foi demonstrado que a sulfassalazina e a leflunomida reduzem os sintomas de artrite periférica.^{3[A]}[Evidence](#)

» Pacientes que não responderem a AINEs, injeções de corticosteroides intra-articulares e MARMDs de agente único apresentaram melhora articular e cutânea ao serem

Agudo

mais

tratados com ciclosporina combinada com metotrexato.^{2[B]}^{Evidence} Além disso, a combinação de ciclosporina e metotrexato reduz a progressão radiográfica, em comparação com ciclosporina ou metotrexato isolado.

anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **naproxeno**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia, máximo de 1250 mg/dia

OU

» **indometacina**: 25 mg por via oral duas a três vezes ao dia, máximo de 200 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 300-400 mg por via oral três vezes ao dia, máximo de 2400 mg/dia

OU

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia

» Nenhum estudo demonstrou vantagens de um AINE em relação a outro; a escolha depende da preferência do paciente e da experiência clínica. O ideal é que o AINE seja prescrito em dose completa por um período de avaliação de pelo menos 2 a 3 semanas.

» Se a resposta for inadequada, outro AINE deve ser iniciado. Na maioria das pessoas, o alívio dos sintomas com AINEs é apenas parcial.

mais

fisioterapia

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A fisioterapia reduz a dor, melhora a amplitude de movimentos e fortalece os músculos das articulações com atrofia muscular periarticular associada.

mais

injeção intra-articular de corticosteroides

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **acetato de metilprednisolona**: pequenas articulações: 4-10 mg por via intra-articular

Agudo

em dose única; articulações médias: 10-40 mg por via intra-articular em dose única; grandes articulações: 20-80 mg por via intra-articular em dose única

» Podem ser indicadas se AINEs isolados não fornecerem alívio sintomático suficiente. Não há ensaios clínicos randomizados e controlados (ECRCs) avaliando a vantagem de injeções de corticosteroides intra-articulares; essa intervenção é recomendada com base na opinião de especialistas.

» Agentes de ação prolongada, como hexacetonida de triancinolona, devem ser evitados em articulações superficiais, onde há alto risco de atrofia subcutânea. Nessa situação, é preferível usar acetato de metilprednisolona.

» Corticosteroides sistêmicos devem ser evitados, pois há um risco de exacerbação da psoríase pós-exposição.

» A injeção de corticosteroide é aplicada uma vez e depois reavaliada. Pode ser repetida 3 vezes por ano, se necessário.

2a inibidor de fator de necrose tumoral (TNF)-alfa ou anticorpo monoclonal ou apremilaste

Opções primárias

» **etanercepte**: 50 mg por via subcutânea uma vez por semana

OU

» **adalimumabe**: 40 mg por via subcutânea uma vez por semana em semanas alternadas

OU

» **infliximabe**: 5 mg/kg por via intravenosa nas semanas 0, 2 e 6, depois a cada 8 semanas

OU

» **golimumabe**: 50 mg por via subcutânea uma vez ao mês

OU

» **certolizumabe pegol**: 400 mg por via subcutânea nas semanas 0, 2 e 4, depois 200 mg a cada 2 semanas ou 400 mg a cada 4 semanas

Agudo

OU

» **ustequinumabe**: sem psoríase em placas: 45 mg por via subcutânea nas semanas 0 e 4, depois 45 mg a cada 12 semanas; psoríase em placas e peso corporal >100 kg: 90 mg por via subcutânea nas semanas 0 e 4, depois 90 mg a cada 12 semanas

OU

» **secuquinumabe**: sem psoríase em placas (com dose de ataque): 150 mg por via subcutânea nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4, depois 150 mg a cada 4 semanas, pode-se aumentar para 300 mg a cada 4 semanas se a artrite persistir; sem psoríase em placas (sem dose de ataque): 150 mg por via subcutânea a cada 4 semanas, pode-se aumentar para 300 mg a cada 4 semanas se a artrite persistir; com psoríase em placas: 300 mg por via subcutânea nas semanas 1, 2, 3 e 4, depois 300 mg a cada 4 semanas. A dose pode ser iniciada com ou sem dose de ataque em pacientes sem psoríase em placas coexistente.

OU

» **apremilaste**: 10 mg por via oral uma vez ao dia no dia 1, seguidos por 10 mg duas vezes ao dia no dia 2, depois 10 mg pela manhã e 20 mg no fim do dia no dia 3, depois 20 mg duas vezes ao dia no dia 4, depois 20 mg pela manhã e 30 mg no fim do dia no dia 5, depois 30 mg duas vezes ao dia no dia 6 e daí em diante

» Inibidores do fator de necrose tumoral (TNF)-alfa devem ser considerados em pacientes com sinovite oligo/poliarticular periférica que não tiveram sucesso com 2 MARMDs convencionais.[28]

» Foi demonstrado que etanercepte, adalimumabe, infliximabe, golimumabe e certolizumabe promovem melhoras de articulações, pele, funcionamento diário e taxa de progressão das erosões radiográficas em ECRCs por placebo.4[A]Evidence Nenhum único inibidor de TNF-alfa é preferível a outro.

» A adição de um inibidor do TNF-alfa à terapia com metotrexato não é mais eficaz que a terapia com inibidor do TNF-alfa isolado.

Agudo

» Antes de iniciar a terapia com inibidor do TNF-alfa, deve-se obter uma radiografia torácica inicial, além da avaliação do status de infecção por tuberculina e hepatite B.

» O ustequinumabe, um anticorpo monoclonal humanizado que inibe a conexão de receptor das interleucinas 23 e 12 (citocinas pró-inflamatórias que aumentam a produção de linfócitos Th17), melhorou os sinais e sintomas de artrite psoriática em ensaios clínicos randomizados e controlados por placebo.[29] [30] [31] O ustequinumabe inibe a progressão radiográfica do dano articular;[32] entesite e dactilite também podem apresentar resposta.[30]

» O anticorpo monoclonal secuquinumabe bloqueia a interleucina-17 e mostrou-se eficaz para pele e articulações afetadas por psoríase.[33] [34]

» Apremilaste é um inibidor oral da fosfodiesterase-4 que pode ser usado em combinação com metotrexato. Resultados de ECRCs por placebo demonstram melhoras significativas em pacientes com artrite psoriática.[35] [39] Pacientes que não foram bem-sucedidos com terapia com inibidor do TNF-alfa também podem apresentar uma resposta reduzida ao apremilaste.

mais

continuação do tratamento com anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **naproxeno**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia, máximo de 1250 mg/dia

OU

» **indometacina**: 25 mg por via oral duas a três vezes ao dia, máximo de 200 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 300-400 mg por via oral três vezes ao dia, máximo de 2400 mg/dia

OU

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia

Agudo

» Nenhum estudo demonstrou vantagens de um AINE em relação a outro; a escolha depende da preferência do paciente e da experiência clínica. O ideal é que o AINE seja prescrito em dose completa por um período de avaliação de pelo menos 2 a 3 semanas.

» Se a resposta for inadequada, outro AINE deve ser iniciado. Na maioria das pessoas, o alívio dos sintomas com AINEs é apenas parcial.

mais fisioterapia

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A fisioterapia reduz a dor, melhora a amplitude de movimentos e fortalece os músculos das articulações com atrofia muscular periarticular associada.

dactilite

1a anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

Opções primárias

» **naproxeno**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia, máximo de 1250 mg/dia

OU

» **indometacina**: 25 mg por via oral duas a três vezes ao dia, máximo de 200 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 300-400 mg por via oral três vezes ao dia, máximo de 2400 mg/dia

OU

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia

» O tratamento inicial com um AINE é apropriado.

» Nenhum estudo demonstrou vantagens de um AINE em relação a outro; a escolha depende da preferência do paciente e da experiência clínica. O ideal é que o AINE seja prescrito em dose completa por um período de avaliação de pelo menos 2 a 3 semanas.

» Se a resposta for inadequada, outro AINE deve ser iniciado. Na maioria das pessoas, o alívio dos sintomas com AINEs é apenas parcial.

Agudo

mais fisioterapia

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A fisioterapia é útil para a perda de amplitude de movimento devido a dactilite.

adjunto medicamentos antirreumáticos modificadores de doença (MARMDS)

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **metotrexato**: 7.5 a 25 mg por via oral/subcutânea/intramuscular uma vez por semana no mesmo dia da semana

OU

» **ciclosporina**: 2.5 a 4 mg/kg/dia por via oral administrados em doses fracionadas a cada 12 horas

Opções secundárias

» **sulfassalazina**: 0.5 a 1 g/dia por via oral (com revestimento entérico) por 7 dias inicialmente, aumentar em incrementos de 500 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 2 g/dia administrados em 2-3 doses fracionadas

OU

» **leflunomida**: 10-20 mg por via oral uma vez ao dia

Opções terciárias

» **metotrexato**: 7.5 a 25 mg por via oral/subcutânea/intramuscular uma vez por semana no mesmo dia da semana

-e-

» **ciclosporina**: 2.5 a 4 mg/kg/dia por via oral administrados em doses fracionadas a cada 12 horas

» Nenhum ensaio clínico foi realizado para avaliar especificamente intervenções terapêuticas para dactilite.

» O tratamento inicial é feito com um AINE e fisioterapia. Uma injeção local de corticosteroide pode ser considerada e, se a resposta for inadequada, um MARMD pode ser acrescentado.

Agudo

2a

» Uma tentativa inicial de metotrexato deve durar 3 meses.

inibidor de fator de necrose tumoral (TNF)-alfa ou anticorpo monoclonal

Opções primárias

» **etanercepte**: 50 mg por via subcutânea uma vez por semana

OU

» **adalimumabe**: 40 mg por via subcutânea uma vez por semana em semanas alternadas

OU

» **infliximabe**: 5 mg/kg por via intravenosa nas semanas 0, 2 e 6, depois a cada 8 semanas

OU

» **golimumabe**: 50 mg por via subcutânea uma vez ao mês

OU

» **certolizumabe pegol**: 400 mg por via subcutânea nas semanas 0, 2 e 4, depois 200 mg a cada 2 semanas ou 400 mg a cada 4 semanas

OU

» **ustequinumabe**: sem psoríase em placas: 45 mg por via subcutânea nas semanas 0 e 4, depois 45 mg a cada 12 semanas; psoríase em placas e peso corporal >100 kg: 90 mg por via subcutânea nas semanas 0 e 4, depois 90 mg a cada 12 semanas

OU

» **secuquinumabe**: sem psoríase em placas (com dose de ataque): 150 mg por via subcutânea nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4, depois 150 mg a cada 4 semanas, pode-se aumentar para 300 mg a cada 4 semanas se a artrite persistir; sem psoríase em placas (sem dose de ataque): 150 mg por via subcutânea a cada 4 semanas, pode-se aumentar para 300 mg a cada 4 semanas se a artrite persistir; com psoríase em placas: 300 mg por via subcutânea nas semanas 1, 2, 3 e 4, depois 300 mg a cada 4 semanas

Agudo

A dose pode ser iniciada com ou sem dose de ataque em pacientes sem psoríase em placas coexistente.

» Nenhum ensaio clínico foi realizado para avaliar especificamente intervenções terapêuticas para dactilite.

» Em ensaios de infliximabe e adalimumabe para artrite psoriática, desfechos secundários sugeriram melhora da dactilite. Nenhum único inibidor de TNF-alfa é preferível a outro.

» Antes de iniciar a terapia com inibidor do TNF-alfa, deve-se obter uma radiografia torácica inicial, além da avaliação do status de infecção por tuberculina e hepatite B.

» O ustequinumabe, um anticorpo monoclonal humanizado que inibe a conexão de receptor das interleucinas 23 e 12 (citocinas pró-inflamatórias que aumentam a produção de linfócitos Th17), melhorou os sinais e sintomas de artrite psoriática em ensaios clínicos randomizados e controlados por placebo.[29] [30] [31] O ustequinumabe inibe a progressão radiográfica do dano articular;[32] entesite e dactilite também podem apresentar resposta.[30]

» O anticorpo monoclonal secuquinumabe bloqueia a interleucina-17 e mostrou-se eficaz para pele e articulações afetadas por psoríase.[33] [34]

» É improvável que o apremilaste seja eficaz.

mais

continuação do tratamento com anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **naproxeno**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia, máximo de 1250 mg/dia

OU

» **indometacina**: 25 mg por via oral duas a três vezes ao dia, máximo de 200 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 300-400 mg por via oral três vezes ao dia, máximo de 2400 mg/dia

OU

Agudo

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia

» Nenhum estudo demonstrou vantagens de um AINE em relação a outro; a escolha depende da preferência do paciente e da experiência clínica. O ideal é que o AINE seja prescrito em dose completa por um período de avaliação de pelo menos 2 a 3 semanas.

» Se a resposta for inadequada, outro AINE deve ser iniciado. Na maioria das pessoas, o alívio dos sintomas com AINEs é apenas parcial.

mais fisioterapia

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A fisioterapia é útil para a perda de amplitude de movimento devido a dactilite.

espondilite e/ou entesite

1a anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

Opções primárias

» **naproxeno**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia, máximo de 1250 mg/dia

OU

» **indometacina**: 25 mg por via oral duas a três vezes ao dia, máximo de 200 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 300-400 mg por via oral três vezes ao dia, máximo de 2400 mg/dia

OU

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia

» O tratamento inicial com um AINE é apropriado.¹[\[A\]Evidence](#)

» Nenhum estudo demonstrou vantagens de um AINE em relação a outro; a escolha depende da preferência do paciente e da experiência clínica. O ideal é que o AINE seja prescrito em dose completa por um período de avaliação de pelo menos 2 a 3 semanas.

Agudo

mais

» Se a resposta for inadequada, outro AINE deve ser iniciado. Na maioria das pessoas, o alívio dos sintomas com AINEs é apenas parcial.

fisioterapia

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A fisioterapia é especialmente útil para a dor devido à entesite.

» A fisioterapia em grupo supervisionada melhora a função física geral em pacientes com espondilite e proporciona alívio da dor e da rigidez, se comparada com o exercício autodirecionado em casa.

2a

inibidor de fator de necrose tumoral (TNF)-alfa ou anticorpo monoclonal ou apremilaste**Opções primárias**

» **etanercepte**: 50 mg por via subcutânea uma vez por semana

OU

» **adalimumabe**: 40 mg por via subcutânea uma vez por semana em semanas alternadas

OU

» **infliximabe**: 5 mg/kg por via intravenosa nas semanas 0, 2 e 6, depois a cada 8 semanas

OU

» **golimumabe**: 50 mg por via subcutânea uma vez ao mês

OU

» **certolizumabe pegol**: 400 mg por via subcutânea nas semanas 0, 2 e 4, depois 200 mg a cada 2 semanas ou 400 mg a cada 4 semanas

OU

» **ustequinumabe**: sem psoríase em placas: 45 mg por via subcutânea nas semanas 0 e 4, depois 45 mg a cada 12 semanas; psoríase em placas e peso corporal >100 kg: 90 mg por via subcutânea nas semanas 0 e 4, depois 90 mg a cada 12 semanas

Agudo

OU

» **secuquinumabe**: sem psoríase em placas (com dose de ataque): 150 mg por via subcutânea nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4, depois 150 mg a cada 4 semanas, pode-se aumentar para 300 mg a cada 4 semanas se a artrite persistir; sem psoríase em placas (sem dose de ataque): 150 mg por via subcutânea a cada 4 semanas, pode-se aumentar para 300 mg a cada 4 semanas se a artrite persistir; com psoríase em placas: 300 mg por via subcutânea nas semanas 1, 2, 3 e 4, depois 300 mg a cada 4 semanas. A dose pode ser iniciada com ou sem dose de ataque em pacientes sem psoríase em placas coexistente.

OU

» **apremilaste**: 10 mg por via oral uma vez ao dia no dia 1, seguidos por 10 mg duas vezes ao dia no dia 2, depois 10 mg pela manhã e 20 mg no fim do dia no dia 3, depois 20 mg duas vezes ao dia no dia 4, depois 20 mg pela manhã e 30 mg no fim do dia no dia 5, depois 30 mg duas vezes ao dia no dia 6 e daí em diante

» As recomendações para a doença sintomática da coluna são derivadas de declarações de consenso para a espondilite anquilosante.

» A terapia com inibidor do TNF-alfa é considerada para pacientes que não obtiveram sucesso com 2 AINEs.^{5[A]}**Evidence** Os AINEs serão considerados sem sucesso após tentativas adequadas de, no mínimo, 2 AINEs por 6 a 12 semanas.

» Declarações de consenso internacional aconselham usar o Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) para documentar a doença suficientemente sintomática de modo a justificar a terapia com inibidor do TNF-alfa. [**Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI)**] O escore ≥ 4 é uma indicação para considerar essa terapia.

» Nos ensaios de espondilite anquilosante, não foi demonstrado que a terapia com inibidor do TNF-alfa inibe a progressão radiográfica.

» Antes de iniciar a terapia com inibidor do TNF-alfa, deve-se obter uma radiografia torácica

Agudo

inicial, além da avaliação do status de infecção por tuberculina e hepatite B.

» Embora a terapia com AINEs e a fisioterapia sejam recomendadas, essas intervenções não foram avaliadas especificamente para o tratamento da entesite. Os inibidores do TNF-alfa uestequinumabe e apremilaste reduziram os sinais de entesite ativa em ensaios de artrite psoriática.^{[25] [30] [39] 6[A]Evidence}

mais

continuação do tratamento com anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **naproxeno**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia, máximo de 1250 mg/dia

OU

» **indometacina**: 25 mg por via oral duas a três vezes ao dia, máximo de 200 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 300-400 mg por via oral três vezes ao dia, máximo de 2400 mg/dia

OU

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia

» Nenhum estudo demonstrou vantagens de um AINE em relação a outro; a escolha depende da preferência do paciente e da experiência clínica. O ideal é que o AINE seja prescrito em dose completa por um período de avaliação de pelo menos 2 a 3 semanas.

» Se a resposta for inadequada, outro AINE deve ser iniciado. Na maioria das pessoas, o alívio dos sintomas com AINEs é apenas parcial.

mais

fisioterapia

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A fisioterapia é especialmente útil para a dor devido à entesite.

» A fisioterapia em grupo supervisionada melhora a função física geral em pacientes com espondilite e proporciona alívio da dor

Agudo

- com envolvimento do quadril

mais

e da rigidez, se comparada com o exercício autodirecionado em casa.

artroplastia do quadril

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» O envolvimento do quadril pode ser uma característica da espondilite psoriática e é frequentemente bilateral. A deterioração articular pode ser rapidamente progressiva, resultando em artroplastia em até 5 anos após o início dos sintomas.[37] [38]

Novidades

Abatacepte

Abatacepte é um modulador da célula T desenvolvido originalmente para o tratamento da artrite reumatoide. Atualmente, está licenciado em muitos países para uso na artrite psoriática.^[40] Pode ser usado de maneira isolada ou associado a metotrexato em pacientes que apresentaram uma resposta inadequada à terapia com metotrexato ou outros medicamentos antirreumáticos modificadores de doença. Não é usado em conjunto com inibidores do fator de necrose tumoral.

Recomendações

Monitoramento

Embora alguns pacientes possam entrar em remissão espontaneamente, a maioria dos casos são persistentes e podem evoluir, levando ao comprometimento da função. Portanto, o monitoramento regular da terapia medicamentosa e da doença é recomendado.

- A proteína C-reativa e o exame físico, inclusive articulações, dactilite e contagem de entesites, devem ser realizados em cada consulta de acompanhamento.
- As avaliações globais e os escores de dor do paciente, além das avaliações globais do médico, devem ser documentadas em cada consulta utilizando-se escalas visuais analógicas.[12]

Qual é a intensidade da sua dor hoje? Desenhe uma marca vertical na linha abaixo para indicar a intensidade da sua dor.

Nenhuma dor | _____ | Dor muito intensa

Exemplo de uma escala visual analógica da dor

Adaptado de Gould D, et al. Visual analogue scale (VAS). J Clin Nurs. 2001;10:706

- A frequência recomendada do Questionário de Avaliação de Saúde (HAQ)[13] ou da pesquisa de revisão funcional Short Form-36 não foi determinada, pois essas medidas podem não ser sensíveis a mudanças de curto prazo na carga da sinovite.
- Deve-se considerar o monitoramento radiográfico para erosões e osteólise nas mãos e pés anualmente.
- Hemograma completo e testes da função hepática devem ser realizados para os pacientes em terapia antirreumática modificadora de doença (especialmente metotrexato, leflunomida e sulfassalazina).
- Os pacientes tomando ciclosporina devem ter sua pressão arterial e creatinina sérica monitoradas regularmente.
- A terapia com inibidor do fator de necrose tumoral (TNF)-alfa requer a avaliação crítica apropriada de uma resposta em curto prazo (3 meses) usando um índice de atividade da doença aceito, como o Psoriatic Arthritis Response Criteria (PsARC).[53] Se os pacientes não demonstrarem uma resposta aceitável, o tratamento deve ser descontinuado.

Instruções ao paciente

A necessidade de adesão terapêutica com monitoramento do medicamento deve ser salientada. A redução do risco metabólico e cardiovascular deve ser enfatizada. Os pacientes devem ser aconselhados sobre o risco de medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais, especialmente quanto a toxicidade gastrointestinal. Aqueles que fazem uso de terapia com inibidor do fator de necrose tumoral-alfa (imunossupressores) devem ser educados sobre os sintomas e sinais da infecção, e devem ser aconselhados a procurar atendimento médico imediatamente caso fiquem doentes. Para mais suporte e informações, os pacientes podem acessar vários recursos online. [National Psoriasis Foundation]

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
doença cardiovascular	longo prazo	média
Os pacientes com doença psoriática apresentam aumento do risco de infarto do miocárdio, angina e hipertensão. Os fatores que aumentam o risco incluem diabetes, hiperlipidemia e doença cutânea grave. ^[42] Esses pacientes geralmente apresentam uma prevalência mais alta de obesidade e dislipidemia que a população geral. A redução do risco cardiovascular deve abordar fatores de risco individuais para a síndrome metabólica, além do tabagismo. ^{[43] [44] [45] [46]}		
hepatotoxicidade de metotrexato	longo prazo	baixa
Fibrose hepática por terapia com metotrexato em longo prazo ocorre 3 vezes mais frequentemente na artrite psoriática que na artrite reumatoide. Os motivos desse risco maior ainda precisam ser determinados, mas provavelmente incluem doença hepática gordurosa relacionada à obesidade e diabetes do tipo 2, além de abuso de álcool aumentado em pessoas com doença psoriática. O melhor método para monitorar a toxicidade hepática é incerto. A biópsia hepática de rotina não é recomendada. Um estudo prospectivo recente demonstrou que pacientes com artrite psoriática que tomam metotrexato por até 6 anos podem ser monitorados de maneira eficaz usando as diretrizes padrão do American College of Rheumatology. ^[47] Biópsia hepática deve ser considerada em pacientes com testes da função hepática consistentemente elevados. ^{[47] [48]} Não se sabe quanto álcool pode ser consumido com segurança durante o uso de metotrexato em longo prazo. Para reduzir o risco de hepatotoxicidade, recomenda-se o tratamento agressivo da síndrome metabólica e a minimização do consumo de bebidas alcoólicas. ^{[49] [50]}		
malignidade relacionada ao tratamento	longo prazo	baixa
Pacientes com artrite psoriática que fazem uso de metotrexato, ciclosporina ou terapia imunossupressora com inibidor do fator de necrose tumoral-alfa podem ter maior risco de malignidade, mas isso não foi quantificado. ^[44] Há um aumento do risco de cânceres de pele associados a esses agentes, e os pacientes que fazem uso dos mesmos para artrite devem ser submetidos a exames cutâneos periódicos por um dermatologista. ^{[51] [52]} O risco é mais alto em pessoas que receberam terapia com ultravioleta (UV) prévia.		

Prognóstico

Estudos precoces de coorte da artrite psoriática estabelecida revelaram que pelo menos 20% dos pacientes desenvolvem artrite progressiva e incapacitante. Essas observações foram feitas antes do advento de terapias biológicas e de tratamento mais agressivo da doença inicial. Tentativas terapêuticas atuais demonstraram que os agentes disponíveis reduzem a atividade da doença da artrite psoriática em curto prazo. Ainda não foi determinado se a terapia precoce e progressivamente agressiva irão alterar a história natural da doença.

Artroplastia articular

Até 7% dos pacientes com artrite psoriática podem precisar de cirurgia da articulação. A operação mais comum é a artroplastia do quadril. O envolvimento do quadril está relacionado à espondilite psoriática

e é frequentemente bilateral. A deterioração articular pode ser rapidamente progressiva, resultando em artroplastia em até 5 anos após o início dos sintomas.[37] [38]

Mortalidade

Observações iniciais de uma população de clínica especializada encontraram expectativa de vida reduzida associada à artrite psoriática.[41] O acompanhamento dos coortes na mesma clínica demonstrou sobrevida melhorada ao longo do tempo, possivelmente relacionada à identificação da doença precoce e à terapia melhorada, reduzindo a carga geral da inflamação crônica. Em uma coorte da artrite psoriática baseado na comunidade com doença menos grave, não foi observada mortalidade aumentada.[5] [41]

Diretrizes de tratamento

Europa

Apremilast for treating active psoriatic arthritis

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2017

EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/16 update

Publicado por: European League Against Rheumatism

Última publicação em:
2016

Assessing, managing and monitoring biologic therapies for inflammatory arthritis (3rd edition)

Publicado por: Royal College of Nursing

Última publicação em:
2017

European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 update

Publicado por: European League Against Rheumatism

Última publicação em:
2015

The 2012 BSR and BHPR guideline for the treatment of psoriatic arthritis with biologics

Publicado por: British Society for Rheumatology (BSR), British Health Professionals in Rheumatology (BHPR)

Última publicação em:
2013

Etanercept, infliximab and adalimumab for the treatment of psoriatic arthritis

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2010

Internacional

GRAPPA treatment recommendations: an update from the GRAPPA 2013 Annual Meeting

Publicado por: Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis

Última publicação em:
2014

Recursos online

1. [Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index \(BASDAI\)](#) (*external link*)
2. [National Psoriasis Foundation](#) (*external link*)

Nível de evidência

1. Alívio dos sintomas: existem evidências de alta qualidade de que anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) foram eficazes para o manejo dos sintomas da artrite psoriática periférica e axial, comparados a placebo.
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
2. Melhora da artrite psoriática periférica: existem evidências de qualidade moderada de que metotrexato e ciclosporina foram terapias de curto prazo eficazes para a artrite psoriática periférica, comparados a sulfassalazina.
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
3. Melhora da artrite psoriática periférica: existem evidências de alta qualidade de que sulfassalazina e leflunomida foram eficazes para a artrite psoriática periférica, comparadas a placebo. Não há evidências em relação ao seu benefício para danos articulares.
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
4. Melhora radiográfica e dos sintomas: existem evidências de alta qualidade de que as terapias com inibidor do fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa) foram intervenções de curto prazo eficazes para a artrite psoriática e a psoríase, comparadas a placebo. As manifestações clínicas melhoraram e a progressão radiográfica foi mais lenta. O benefício prolongado de longo prazo e a segurança ainda precisam ser avaliados.
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
5. Melhora dos sintomas axiais (espinhais): existem evidências de alta qualidade (com base em evidências extrapoladas de ensaios clínicos de espondilite anquilosante) de que os inibidores de TNF-alfa reduziram efetivamente os sintomas moderados a graves de inflamação axial, comparados a placebo. Ainda não existem evidências de longo prazo em relação à segurança ou ao benefício prolongado.
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
6. Melhora da entesite: há evidências de alta qualidade de que os inibidores do fator de necrose tumoral (TNF)-alfa reduziram com eficácia os sinais de entesite ativa, quando comparados com placebo.^[25]
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

Artigos principais

- Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2006 Aug;54(8):2665-73. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Fitzgerald O, Winchester R. Psoriatic arthritis: from pathogenesis to therapy. *Arthritis Res Ther.* 2009;11(1):214. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Ritchlin CT. Psoriatic disease from skin to bone. *Nat Clin Pract Rheumatol.* 2007 Dec;3(12):698-706.. [Resumo](#)
- Gossec L, Smolen JS, Ramiro S, et al; European League Against Rheumatism. European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 update. *Ann Rheum Dis.* 2016 Mar;75(3):499-510. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Coates LC, Kavanaugh A, Ritchlin CT; GRAPPA Treatment Guideline Committee. Systematic review of treatments for psoriatic arthritis: 2014 update for the GRAPPA. *J Rheumatol.* 2014 Nov;41(11):2273-6. [Resumo](#)

Referências

1. Moll JM, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 1973;3(1):55-78. [Resumo](#)
2. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2006 Aug;54(8):2665-73. [Texto completo](#) [Resumo](#)
3. D'Angelo S, Mennillo GA, Cutro MS, et al. Sensitivity of the classification of psoriatic arthritis criteria in early psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 2009 Feb;36(2):368-70. [Resumo](#)
4. Wilson FC, Icen M, Crowson CS, et al. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. *Arthritis Rheum.* 2009 Feb 15;61(2):233-9. [Resumo](#)
5. Wilson FC, Icen M, Crowson CS, et al. Time trends in epidemiology and characteristics of psoriatic arthritis over 3 decades: a population-based study. *J Rheumatol.* 2009 Feb;36(2):361-7. [Resumo](#)
6. Fitzgerald O, Winchester R. Psoriatic arthritis: from pathogenesis to therapy. *Arthritis Res Ther.* 2009;11(1):214. [Texto completo](#) [Resumo](#)
7. Hueber AJ, McInnes IB. Immune regulation in psoriasis and psoriatic arthritis: recent developments. *Immunol Lett.* 2007 Dec 15;114(2):59-65. [Resumo](#)
8. Ritchlin CT. Psoriatic disease from skin to bone. *Nat Clin Pract Rheumatol.* 2007 Dec;3(12):698-706.. [Resumo](#)

9. Olivieri I, Padula A, D'Angelo S, et al. Role of trauma in psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 2008 Nov;35(11):2085-7. [Resumo](#)
10. Njobvu P, McGill P. Psoriatic arthritis and human immunodeficiency virus infection in Zambia. *J Rheumatol*. 2000 Jul;27(7):1699-702. [Resumo](#)
11. Chandran V, O'Shea FD, Schentag CT, et al. Relationship between spinal mobility and radiographic damage in ankylosing spondylitis and psoriatic spondylitis: a comparative analysis. *J Rheumatol*. 2007 Dec;34(12):2463-5. [Resumo](#)
12. Gould D, Kelly D, Goldstone L, et al. Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: developing and using illustrated patient simulations to collect the data. *INFORMATION POINT: Visual Analogue Scale (VAS)*. *J Clin Nurs*. 2001 Sep;10(5):697-706. [Resumo](#)
13. Bruce B, Fries JF. The Stanford Health Assessment Questionnaire: dimensions and practical applications. *Health Qual Life Outcomes*. 2003 Jun 9;1:20. [Texto completo](#) [Resumo](#)
14. Coates LC, Fransen J, Helliwell PS. Defining minimal disease activity in psoriatic arthritis: a proposed objective target for treatment. *Ann Rheum Dis*. 2010 Jan;69(1):48-53. [Resumo](#)
15. Aho K, Palusuo T, Kurki P. Marker antibodies of rheumatoid arthritis: diagnostic and pathogenetic implications. *Semin Arthritis Rheum*. 1994 Jun;23(6):379-87. [Resumo](#)
16. Helliwell PS, Porter G, Taylor WJ, et al. Polyarticular psoriatic arthritis is more like oligoarticular psoriatic arthritis, than rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2007 Jan;66(1):113-7. [Resumo](#)
17. Lindqvist UR, Alenius GM, Husmark T, et al. The Swedish early psoriatic arthritis register, 2-year follow-up: a comparison with early rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2008 Apr;35(4):668-73. [Resumo](#)
18. Alenius GM, Berglin E, Rantapää Dahlqvist S. Antibodies against cyclic citrullinated peptide (CCP) in psoriatic patients with or without joint inflammation. *Ann Rheum Dis*. 2006 Mar;65(3):398-400. [Texto completo](#) [Resumo](#)
19. Gladman DD, Hing EN, Schentag CT, et al. Remission in psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 2001 May;28(5):1045-8. [Resumo](#)
20. Kane D, Stafford L, Bresnihan B, et al. A prospective, clinical and radiological study of early psoriatic arthritis: an early synovitis clinic experience. *Rheumatology (Oxford)*. 2003 Dec;42(12):1460-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
21. Queiro-Silva R, Torre-Alonso JC, Tinture-Eguren T, et al. A polyarticular onset predicts erosive and deforming disease in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2003 Jan;62(1):68-70. [Texto completo](#) [Resumo](#)
22. Brockbank JE, Stein M, Schentag CT, et al. Dactylitis in psoriatic arthritis: a marker for disease severity? *Ann Rheum Dis*. 2005 Feb;64(2):188-90. [Texto completo](#) [Resumo](#)

23. Coates LC, Moverley AR, McParland L, et al. Effect of tight control of inflammation in early psoriatic arthritis (TICOPA): a UK multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. 2015 Dec 19;386(10012):2489-98. [Texto completo](#) [Resumo](#)
24. Gossec L, Smolen JS, Ramiro S, et al; European League Against Rheumatism. European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 update. *Ann Rheum Dis*. 2016 Mar;75(3):499-510. [Texto completo](#) [Resumo](#)
25. Coates LC, Kavanaugh A, Ritchlin CT; GRAPPA Treatment Guideline Committee. Systematic review of treatments for psoriatic arthritis: 2014 update for the GRAPPA. *J Rheumatol*. 2014 Nov;41(11):2273-6. [Resumo](#)
26. Menon K, Van Voorhees AS, Bebo BF Jr, et al. National Psoriasis Foundation. Psoriasis in patients with HIV infection: from the medical board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol*. 2010 Feb;62(2):291-9. [Resumo](#)
27. Conway R, Low C, Coughlan RJ, et al. Methotrexate use and risk of lung disease in psoriasis, psoriatic arthritis, and inflammatory bowel disease: systematic literature review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2015 Mar 13;350:h1269. [Texto completo](#) [Resumo](#)
28. Coates LC, Tillett W, Chandler D, et al; BSR Clinical Affairs Committee & Standards, Audit and Guidelines Working Group and the BHPR. The 2012 BSR and BHPR guideline for the treatment of psoriatic arthritis with biologics. *Rheumatology*. 2013 Oct;52(10):1754-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
29. Gottlieb A, Menter A, Mendelsohn A, et al. Ustekinumab, a human interleukin 12/23 monoclonal antibody, for psoriatic arthritis: randomized, double blind, placebo-controlled, crossover trial. *Lancet*. 2009 Feb 21;373(9664):633-40. [Resumo](#)
30. Ritchlin C, Rahman P, Kavanaugh A, et al; PSUMMIT 2 Study Group. Efficacy and safety of the anti-IL-12/23 p40 monoclonal antibody, ustekinumab, in patients with active psoriatic arthritis despite conventional non-biological and biological anti-tumour necrosis factor therapy: 6-month and 1-year results of the phase 3, multicentre, double-blind, placebo-controlled, randomised PSUMMIT 2 trial. *Ann Rheum Dis*. 2014 Jun;73(6):990-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
31. McInnes IB, Kavanaugh A, Gottlieb AB, et al; PSUMMIT 1 Study Group. Efficacy and safety of ustekinumab in patients with active psoriatic arthritis: 1 year results of the phase 3, multicentre, double-blind, placebo-controlled PSUMMIT 1 trial. *Lancet*. 2013 Aug 31;382(9894):780-9. [Resumo](#)
32. Kavanaugh A, Ritchlin C, Rahman P, et al; PSUMMIT-1 and 2 Study Groups. Ustekinumab, an anti-IL-12/23 p40 monoclonal antibody, inhibits radiographic progression in patients with active psoriatic arthritis: results of an integrated analysis of radiographic data from the phase 3, multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled PSUMMIT-1 and PSUMMIT-2 trials. *Ann Rheum Dis*. 14 Jun;73(6):1000-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
33. Mease PJ, McInnes IB, Kirkham B, et al.; FUTURE 1 Study Group. Secukinumab inhibition of interleukin-17A in patients with psoriatic arthritis. *N Engl J Med*. 2015 Oct;373(14):1329-39. [Texto completo](#) [Resumo](#)

34. McInnes IB, Mease PJ, Kirkham B, et al. Secukinumab, a human anti-interleukin-17A monoclonal antibody, in patients with psoriatic arthritis (FUTURE 2): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*. 2015 Sep 19;386(9999):1137-46. [Resumo](#)
35. Schett G, Wollenhaupt J, Papp K, et al. Oral apremilast in the treatment of active psoriatic arthritis: results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Arthritis Rheum*. 2012 Oct;64(10):3156-67. [Texto completo](#) [Resumo](#)
36. Kavanaugh A, Mease PJ, Gomez-Reino JJ, et al. Longterm (52-week) results of a phase III randomized, controlled trial of apremilast in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 2015 Mar;42(3):479-88. [Texto completo](#) [Resumo](#)
37. Zangger P, Gladman DD, Bogoch ER. Musculoskeletal surgery in psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 1998 Apr;25(4):725-9. [Resumo](#)
38. Michet CJ, Mason TG, Mazlumzadeh M. Hip joint disease in psoriatic arthritis: risk factors and natural history. *Ann Rheum Dis*. 2005 Jul;64(7):1068-70. [Texto completo](#) [Resumo](#)
39. Kavanaugh A, Mease PJ, Gomez-Reino JJ, et al. Treatment of psoriatic arthritis in a phase 3 randomised, placebo-controlled trial with apremilast, an oral phosphodiesterase 4 inhibitor. *Ann Rheum Dis*. 2014 Jun;73(6):1020-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
40. Mease P, Gottlieb A, Heijde H, et al. Efficacy and safety of abatacept, a T-cell modulator, in a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 study in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2017 Sep;76(9):1550-1558. [Texto completo](#) [Resumo](#)
41. Ali Y, Tom BD, Schentag CT, et al. Improved survival in psoriatic arthritis with calendar time. *Arthritis Rheum*. 2007 Aug;56(8):2708-14. [Texto completo](#) [Resumo](#)
42. Gladman DD, Ang M, Su L, et al. Cardiovascular morbidity in psoriatic arthritis (PsA). *Ann Rheum Dis*. 2009 Jul;68(7):1131-5. [Resumo](#)
43. Mallbris L, Ritchlin CT, Stahle M. Metabolic disorders in patients with psoriasis and psoriatic arthritis. *Curr Rheumatol Rep*. 2006 Oct;8(5):355-63. [Resumo](#)
44. Kimball AB, Gladman D, Gelfand JM, et al. National Psoriasis Foundation clinical consensus on psoriasis comorbidities and recommendations for screening. *J Am Acad Dermatol*. 2008 Jun;58(6):1031-42. [Resumo](#)
45. Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. *Ann Rheum Dis*. 2017 Jan;76(1):17-28.. [Texto completo](#) [Resumo](#)
46. Jamnitski A, Symmons D, Peters MJ, et al. Cardiovascular comorbidities in patients with psoriatic arthritis: a systematic review. *Ann Rheum Dis*. 2013 Feb;72(2):211-6. [Resumo](#)
47. Lindsay K, Fraser AD, Layton A, et al. Liver fibrosis in patients with psoriasis and psoriatic arthritis on long-term, high cumulative dose methotrexate therapy. *Rheumatology (Oxford)*. 2009 May;48(5):569-72. [Resumo](#)

48. Montaudié H, Sbidian E, Paul C, et al. Methotrexate in psoriasis: a systematic review of treatment modalities, incidence, risk factors and monitoring of liver toxicity. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011 May;25 Suppl 2:12-8. [Resumo](#)
49. Taylor WJ, Korendowych E, Nash P, et al. Drug use and toxicity in psoriatic disease: focus on methotrexate. *J Rheumatol*. 2008 Jul;35(7):1454-7. [Resumo](#)
50. Lindsay K, Gough A. Psoriatic arthritis, methotrexate and the liver: are rheumatologists putting their patients at risk? *Rheumatology (Oxford)*. 2008 Jul;47(7):939-41. [Texto completo](#) [Resumo](#)
51. Krathen MS, Gottlieb AB, Mease PJ. Pharmacologic immunomodulation and cutaneous malignancy in rheumatoid arthritis, psoriasis, and psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 2010 Nov;37(11):2205-15. [Resumo](#)
52. Dommasch ED, Abuabara K, Shin DB, et al. The risk of infection and malignancy with tumor necrosis factor antagonists in adults with psoriatic disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Acad Dermatol*. 2011 Jun;64(6):1035-50. [Resumo](#)
53. National Institute for Health and Care Excellence. Etanercept, infliximab and adalimumab for the treatment of psoriatic arthritis. August 2010 [internet publication]. [Texto completo](#)

Imagens



Figura 1: Artrite psoriática

Do acervo de Dr. Tsu-Yi Chuang; usado com permissão



Figura 2: Psoríase em placas: pernas

Do acervo de Dr. Tsu-Yi Chuang; usado com permissão



Figura 3: Psoríase em placas: couro cabeludo

Do acervo de Dr. Tsu-Yi Chuang; usado com permissão



Figura 4: Psoríase nas unhas: pitting ungueal

Do acervo de Dr. Tsu-Yi Chuang; usado com permissão

Qual é a intensidade da sua dor hoje? Desenhe uma marca vertical na linha abaixo para indicar a intensidade da sua dor.

Nenhuma dor | _____ | Dor muito intensa

Figura 5: Exemplo de uma escala visual analógica da dor

Adaptado de Gould D, et al. Visual analogue scale (VAS). J Clin Nurs. 2001;10:706

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
	10,00
Numerais de 5 dígitos	
	1000
Numerais de 4 dígitos	
	0.25
Numerais < 1	

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Mar 29, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Clement J. Michet, MD

Consultant Rheumatologist
Mayo Clinic, Rochester, MN

DIVULGAÇÕES: CJM is an author of a reference cited in this monograph.

// Colegas revisores:

Philip S. Helliwell, MD, PhD

Senior Lecturer in Rheumatology
University of Leeds, Leeds, UK

DIVULGAÇÕES: PSH is an author of some references cited in this monograph.

Luis R. Espinoza, MD

Professor and Chief
Section of Rheumatology, Department of Internal Medicine, LSU Health Sciences Center, New Orleans, LA
DIVULGAÇÕES: LRE declares that he has no competing interests.

William J. Taylor, PhD, MBChB, FAFRM, FRACP

Associate Professor
Department of Medicine, University of Otago, Wellington, Wellington, New Zealand
DIVULGAÇÕES: WJT is an author of some references cited in this monograph.