

A importância da distância dedo-chão como método propedêutico diagnóstico da espondilite anquilosante

The importance of finger-toe distance as a propaedeutical method in the diagnosis of ankylosing spondylitis

José Roberto Provenza¹
Carlos Takashi Watanabe²
Ana Cristina Reis Lima²

RESUMO

A espondilite anquilosante é uma enfermidade que se caracteriza por um comprometimento progressivo de longa duração do esqueleto axial. Este acometimento, em sua fase mais tardia, geralmente resulta em verdadeira fusão das articulações, principalmente das sacroilíacas. Certamente, após a anquilose de uma articulação, a capacidade funcional se torna extremamente limitada, quando não totalmente. Neste relato de caso, embora apresentando grave envolvimento do esqueleto axial, não foi observada significativa alteração na flexão do segmento lombar, com a distância dedo-chão normal. Este fato suscitou o questionamento da validade da distância dedo-chão como método propedêutico diagnóstico nos pacientes com espondilite anquilosante.

Unitermos: espondilite anquilosante, distância dedo-chão, diagnóstico.

ABSTRACT

The ankylosing spondylitis is a disease characterized by a progressive injury of long time of the axial skeleton. This injury, in the later stage, generally results in total ankylosis of the joints, mainly of the sacroiliac joints. Certainly, after the ankylosis of a joint, the functional capacity becomes extremely limited, when not totally. In this case report, although presenting severe involvement of the axial skeleton, it was not observed significant alterations in the flexion of lumbar segment, with normal finger-toe distance. This fact raised questions about the validity of finger-toe distance as a propaedeutical method in the patients with ankylosing spondylitis.

Keywords: spondylitis, ankylosing, finger-toe distance, diagnosis.

INTRODUÇÃO

A espondilite anquilosante é uma doença inflamatória crônica, com acometimento principalmente axial, resultando em imobilidade e rigidez⁶.

A partir de 1970, a espondilite anquilosante, assim como a artrite psoriática e a Síndrome de Reiter, conhecidos até então como variantes da artrite reumatóide, foram se tornando entidades independentes. Com os estudos de Moll e Wright sobre as artrites

⁽¹⁾ Departamento de Reumatologia, Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas. Av. John Boyd Dunlop, s/n, Jd. Ipaussurama, 13020-904, Campinas, SP. Correspondência para/Correspondece to: J.R. Provenza.

⁽²⁾ Residentes de Reumatologia, Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas.

soronegativas e a descoberta dos antígenos de histocompatibilidade classe IHLA-B27 em 1973, foram surgindo definições mais claras sobre as espondiloartropatias com sinais e sintomas semelhantes, sendo possível agrupá-las como uma nova classe de doenças².

A prevalência da espondilite anquilosante nos Estados Unidos é de 197/100 000 pessoas por ano^{1,10}.

A etiologia é desconhecida, mas existem trabalhos demonstrando uma certa relação com a predisposição genética, presença do HLA-B27² e as infecções por bactérias Gram-negativas como a *Klebsiella* e outras, que habitualmente são encontradas no trato gastrointestinal.

O quadro clínico da espondilite anquilosante, resumidamente, caracteriza-se por dor na coluna vertebral, principalmente na região lombossacra, persistente, progressiva em relação ao envolvimento dos diversos segmentos (lombar, dorsal e cervical), região das sacroilíacas e, em menor frequência, o envolvimento das articulações periféricas, como joelhos, tornozelos, pés, quadris, entre outros. Durante o exame físico, utilizam-se algumas manobras e medidas com a finalidade de se identificar as limitações e os bloqueios de determinadas articulações ou segmentos, que auxiliam no diagnóstico da enfermidade. Dentre elas, a medida dedo-chão, verificada através da distância da extremidade distal do 3º dedo da mão ao chão quando o paciente realiza a flexão da coluna lombar, tem sido utilizada como sinal propedêutico no diagnóstico da espondilite anquilosante (EA).

O diagnóstico da espondilite anquilosante (EA) faz-se de acordo com os critérios de New York de 1984; sacroileíte bilateral graus 2-4 ou unilateral graus 3-4, somado a pelo menos um dos seguintes critérios clínicos^{7,8,9}: dor lombossacra com duração maior que três meses, limitação da mobilidade lombar, diminuição da expansibilidade torácica (menor ou igual a 2,5 cm) no quarto espaço intercostal.

A apresentação deste caso tem por finalidade discutir o valor desta manobra propedêutica na avaliação clínica de um paciente com EA.

RELATO DO CASO

Paciente AVS, 31 anos de idade, masculino, branco, solteiro, católico, mecânico, natural do estado do Espírito Santo e procedente de Campinas, relatava episódios de forte dor na coluna vertebral, principalmente na região lombar, tipo aperto, há cerca de 15 anos, de duração variável, sem irradiação para outros locais. Era de ritmo inflamatório sem fatores de

melhora ou piora e sem preferência de horário. Referia início do quadro após um acidente automobilístico no qual não sofreu fraturas. A partir de então, apresentou progressiva limitação dos movimentos e alterações posturais. Negava acometimento de outras articulações. Antecedentes pessoais: promiscuidade sexual com infecções uretrais de repetição, tabagista e etilista social. Negava hipertensão arterial, *diabetes melitus*, uso de drogas injetáveis, cirurgias e transfusões sanguíneas.

Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, corado, hidratado, eupnéico, acianótico, anictérico e afebril. Aparelho osteo-articular: cifoescoliose tóraco-lombar e dor à palpação das articulações sacroilíacas. Manobras de *Volkman*, *Lewin e Mennel* positivas. Distância dedo-chão normal (Figura 1) e Teste de *Schöber* positivo. Os demais aparelhos e sistemas apresentavam-se normais.

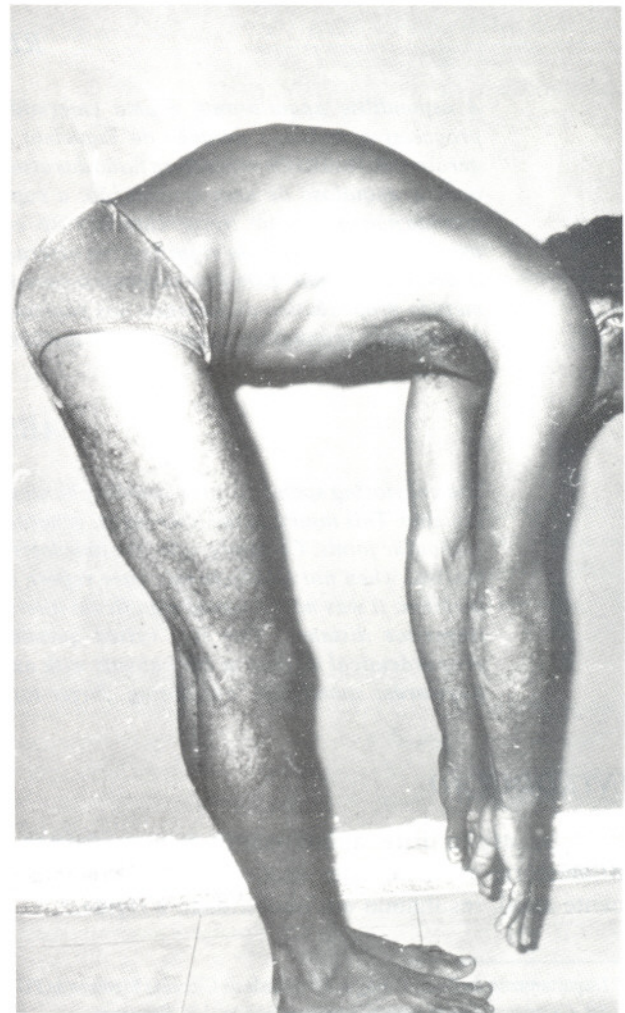


Figura 1. Distância dedo-chão.

Os exames complementares demonstravam VHS: 24 mm; eosinófilos: 12% de 8 600 leucócitos totais. Urina I: normal e exame parasitológico de fezes: negativo. Látex, Waaler-Rose e FAN: negativos.

As radiografias da coluna lombar e sacroilíacas mostravam as seguintes alterações: fusão das sacroilíacas, calcificações no ligamento longitudinal anterior e posterior, sindesmófitos e cifoescoliose tóraco-lombar (Figuras 2 e 3).

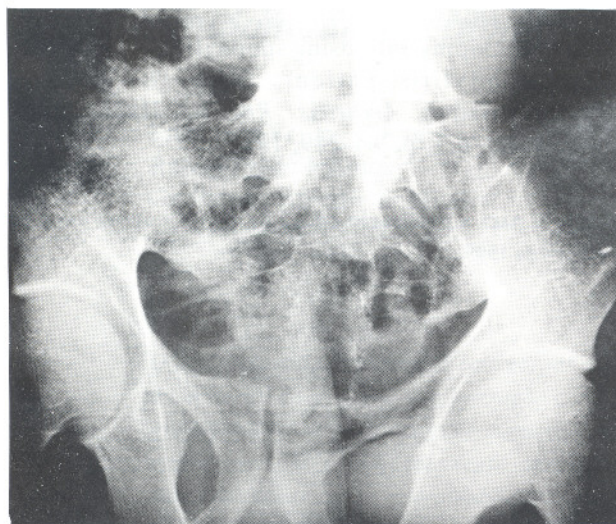


Figura 2. Anquilose das articulações sacroilíacas.

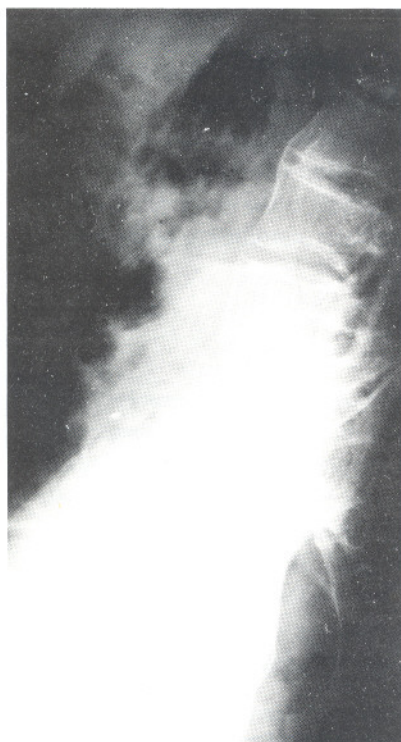


Figura 3. Coluna lombar (perfil) presença de sindesmófitos.

DISCUSSÃO

As manifestações clínicas da espondilite anquilosante devem ser verificadas, essencialmente, através de uma cuidadosa história clínica e exame físico detalhado, utilizando-se dos conhecimentos de propedêutica, com manobras específicas já conhecidas como *Schöber*, *Mennel*, *Volkman*, *Lewin*, distância dedo-chão, sinal da corda do arco, sinal da flecha ou seta e medida da expansibilidade torácica. Todas essas manobras ou sinais se correlacionam com a existência e a intensidade do envolvimento inflamatório de um segmento da coluna vertebral. Indubitavelmente, todas essas manobras e/ou sinais apresentam um certo grau de subjetividade, tendo que ser avaliada e interpretada criteriosamente.

Neste relato de caso, observa-se um paciente apresentando um quadro clínico de espondilite anquilosante, com envolvimento acentuado do segmento tóraco-lombar, anquilose das sacroilíacas, calcificações dos ligamentos longitudinais anterior e posterior e do ligamento interespinhoso. Desperta a atenção a perfeita flexibilidade da coluna lombar com a distância dedo-chão normal. É extremamente intrigante a intensidade e gravidade do envolvimento do segmento lombossacro, com essa manobra propedêutica normal^{3,5}.

A movimentação do esqueleto axial é tanto maior quanto maior forem os discos intervertebrais e as superfícies articulares. A flexão da coluna lombar necessita do relaxamento do ligamento longitudinal anterior e o estiramento do ligamento supra-espinal, infra-espinal e longitudinal posterior⁴.

Com esta intensidade de acometimento radiológico, esperava-se pouco ou nenhum movimento de flexão do segmento lombar. A distância dedo-chão, neste caso, não teve um valor semiológico importante para o diagnóstico da enfermidade.

Portanto, a apresentação deste caso clínico desperta a atenção para a real validade desta manobra propedêutica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AHEARN, J.M., HOCHBERG, M.C. Epidemiology and Genetics of Ankylosing Spondylitis. *J Rheumatol Supplement*, Toronto, v.16, p.22-28, 1988.
2. BROWN, M.A. *et al.* The effect of HLA-DR genes on susceptibility to and severity of ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*, Hagerstown, v.41, n.3, p.460-465, 1998.

3. CALIN, A. *et al.* A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *J Rheumatol*, Toronto, v.21, n. 12, p.2281-2285, 1994.
 4. HOPPENFELD, S. *Propedêutica ortopédica: coluna e extremidades*. Rio de Janeiro : Atheneu, 1987. p.249-262.
 5. JENKINSON, T.R. *et al.* Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS): the Bath AS Metrology Index. *J Rheumatol*, Toronto, v.21, n.9, p.1694-1698, 1994.
 6. KLIPPEL, J.H., DIEPPE, P.A. *Rheumatology*. 2.ed. New York : Mosby, 1994. v.2.
 7. MOLL, J.M.H., WRIGHT, V. New York clinical criteria for ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*, London, v.32, p.354-363, 1973.
 8. RALSTON, S.H. *et al.* A new method for the radiological assessment of vertebral squaring in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*, London, v.51, p.330-333, 1992.
 9. VAN DER LINDEN, S.M., VALKENBURG, H.A., CATS, A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum*, Hagerstown, v.27, n.4, p.361-368, 1984.
 10. VAN DER LINDEN, S.M. *et al.* The risk of developing ankylosing spondylitis in HLA-B27 spondylitis patients with the general population. *Arthritis Rheum*, Hagerstown, v.27, n.3, p.241-249, 1984.
- Recebido para a publicação em 17 de agosto e aceito em 1 de outubro de 1999.