

Reabilitação fisioterapêutica na Síndrome de Behçet: revisão bibliográfica

Physiotherapeutic rehabilitation in Behçet Syndrome: a literature survey Rehabilitación fisioterapéutica en el Síndrome de Behçet: revisión bibliográfica

Maurício Bezerra da Silva*
Joyce de Sena Mantovani**

Juliana Santos Cruz***
Vanessa Simões Del Valhe dos Santos****

RESUMO: A síndrome de Behçet (SB) é uma afecção inflamatória multissistêmica, de acometimento vascular e de causa ainda desconhecida, caracterizada por úlceras orais e genitais recorrentes, uveíte, lesões cutâneas, acometimento articular e neuromuscular. Este trabalho teve como propósito estudar a Síndrome de Behçet, os tratamentos médicos e propor as ferramentas de reabilitação fisioterapêutica nas alterações musculoesqueléticas e cutâneas. Trata-se de uma revisão da literatura. A pesquisa foi realizada em bases de dados, como Lilacs, Pubmed, Medline, e Scielo. Foram encontrados 65 artigos na íntegra, dos quais foram selecionados apenas 13, que apresentavam revisão da síndrome, tratamento, estudo de caso e manifestações clínicas. As ferramentas de reabilitações fisioterapêuticas, como eletrotermofototerapia, cinesioterapia, mecanoterapia, recursos terapêuticos manuais, termoterapia, crioterapia e hidroterapia, foram propostas com o objetivo de alívio da dor, anti-inflamatório, cicatrização das lesões cutâneas, efeito circulatório, diminuição de edema, aumento e manutenção da mobilidade articular, preservação e manutenção da força muscular e diminuição da rigidez, que podem intervir nos sintomas agudos e crônicos da SB. Autores relataram envolvimento de diversos sintomas na Síndrome de Behçet, como alterações musculoesqueléticas, cutâneas, mucocutâneas, neurológicas, gastrointestinais e cardiovasculares. Outros relataram os tratamentos medicamentosos à base de corticoides e imunossuppressores. Alguns artigos especificaram a fisiopatologia da síndrome, diagnóstico, etiologia e dados atuais sobre as diferentes intervenções terapêuticas. Concluiu-se que, de acordo com as manifestações clínicas, o tratamento medicamentoso a partir da fisioterapia poderia trazer efeitos benéficos aos pacientes portadores dessa síndrome.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Behçet. Reabilitação fisioterapêutica. Síndrome de Behçet - tratamento medicamentoso.

ABSTRACT: Behçet syndrome (BS) is a multi-systemic inflammatory affection of vascular incidence and unknown cause, characterized by recurrent mouth and genital ulcers, uveitis, cutaneous injuries, articulation and neuromuscular incidence. This work aimed at studying Behçet Syndrome, medical treatments, as well as proposing tools for physiotherapeutic rehabilitation in musculoskeletal and cutaneous alterations. It is a literature survey involving searches in Lilacs, Pubmed, Medline and Scielo databases. 65 articles were found and 13 articles were selected that presented a review of the syndrome, treatment, case study and clinical manifestations. Tools for physiotherapeutic rehabilitation such as electro-thermal-phototherapy, therapeutic kinesiotherapy, mechanotherapy, hand resources, thermaltherapy, cryotherapy and hydrotherapy were proposed for alleviating pain, associated to anti-inflammatory drugs, healing cutaneous injuries, circulatory effect, edema reduction, increasing and maintaining mobility to articulate, preservation and maintenance of muscular force and reduction of rigidity, that may affect BS acute and chronic symptoms. The participation of diverse symptoms in Behçet Syndrome were reported by some authors such as musculoskeletal, cutaneous, mucocutaneous, neurological, gastrointestinal and cardiovascular alterations. Others have reported drug treatments using corticoids and immunosuppressant drugs. Some papers specified the syndrome physiopathology, diagnosis, present etiology and data about the different therapeutic interventions. We concluded that, according to the clinical manifestations, drug treatment together with physiotherapy could produce beneficial effects to patients affected by this syndrome.

KEYWORDS: Behçet Syndrome. Physiotherapeutic rehabilitation. Behçet Syndrome - drug treatment.

RESUMEN: La síndrome de Behçet (SB) es una afeción inflamatoria multi-sistémica, de acometimiento vascular y causa todavía desconocida, caracterizada por úlceras orales e genitales recurrentes, uveíte, lesiones cutâneas, acometimiento articular y neuromuscular. Este trabajo tuvo como propósito estudiar el Síndrome de Behçet, los tratamientos médicos, así bien proponer herramientas de rehabilitación fisioterapêutica en las alteraciones músculo esqueléticas y cutâneas. Es una revisión de la literatura en la que se hicieron búsquedas en las bases de datos Lilacs, Pubmed, Medline y Scielo. Se encontraron 65 artículos y se seleccionaron apenas 13 artículos que presentaban una revisión del síndrome, tratamiento, estudio de caso y manifestaciones clínicas. Se propusieron las herramientas de rehabilitación fisioterapêutica como electrotermofototerapia, cinesioterapia, mecanoterapia, recursos terapêuticos manuales, termoterapia, crioterapia e hidroterapia como para aliviar el dolor, así bien antiinflamatorios, cicatrización de las lesiones cutâneas, efecto circulatorio, disminución de edemas, aumento y manutención de la movilidad articular, preservación y manutención de la fuerza muscular y disminución de la rigidez, que pueden afectar los síntomas agudos y crónicos de la SB. Relatan algunos autores la participación de diversos síntomas en el Síndrome de Behçet, como lo son alteraciones musculares esqueléticas, cutâneas, mucocutâneas, neurológicas, gastrointestinales y cardiovasculares. Otros han relatado tratamientos medicamentosos utilizando corticoides e inmunosupresores. Algunos artículos han especificado la fisiopatología del síndrome, el diagnóstico, la etiología y datos actuales a cerca de las diferentes intervenciones terapêuticas. Se concluyó que, según las manifestaciones clínicas, el tratamiento medicamentoso unido a la fisioterapia podría producir efectos benéficos a los pacientes portadores de ese síndrome.

PALABRAS-LLAVE: Síndrome de Behçet. Rehabilitación fisioterapêutica. Síndrome de Behçet - tratamiento medicamentoso.

* Professor Mestre do Centro Universitário São Camilo. E-mail: thideamau@uol.com.br

** Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário São Camilo. Aluna de Pós-graduação em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal no Hospital Israelita Albert Einstein. E-mail: joyce_mantovani@hotmail.com

*** Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário São Camilo. Aluna de Pós-graduação em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal no Hospital Israelita Albert Einstein. E-mail: jusantos.fisio@hotmail.com

**** Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário São Camilo. E-mail: vani_delvalhe@hotmail.com

Introdução

A Síndrome de Behçet (SB), também conhecida como doença de Behçet, é uma vasculite multisistêmica, crônica, recidivante, com processos inflamatórios, caracterizada por crises recorrentes que podem durar de poucos dias a meses ou mais e podem reaparecer várias vezes por ano.

Em 1937, o dermatologista turco, Hulusi Behçet, identificou os três grandes sinais: lesões na mucosa oral, lesões nas genitais e uveíte. Behçet vinculou-se a uma entidade clínica, publicando um relatório em um jornal alemão no mesmo ano e, um ano depois, em um periódico francês².

A causa da SB é desconhecida. Acredita-se ser devido a um auto-processo desencadeado por um agente infeccioso ou ambiental (possivelmente uma região geográfica) e que o indivíduo seja geneticamente pré-disposto².

A prevalência da SB é maior em países orientais, principalmente na Turquia (80 a 420 casos/100.000 habitantes), no Japão (7 a 8,5/10.000 habitantes), na Coreia, na China, no Irã e na Arábia Saudita (13,5 a 20 casos/100.000 habitantes)².

Já nos países ocidentais, norte da Europa e Estados Unidos, a prevalência é menor, variando de 0,33 a 0,64/100.000 habitantes².

Os pacientes portadores da SB podem ser classificados de acordo com os critérios propostos em 1990 pelo Grupo Internacional de Estudos em SB, o qual definiu as seguintes manifestações³:

- Úlceras orais recorrentes;
- Úlceras genitais recorrentes;
- Lesão ocular;
- Lesões cutâneas;
- Teste da patergia positivo: considerado positivo pelo médico dentro de 24 ou 48 horas de sua realização.

Para o diagnóstico da SB, o paciente deve apresentar úlceras orais recorrentes, associadas a pelo menos, duas outras manifestações, na ausência de outras condições clínicas³.

A etiologia da SB é desconhecida, mas o aparecimento da síndrome acredita-se ser desencadeado por agentes externos, fatores ambientais em indivíduos com sustentabilidade genética, infecções bacterianas, virais e por um componente ambiental. Destacam-se também a vasculite, a hiperatividade de neutrófilos e os fenômenos autoimunes^{2,3}.

Nenhum agente infeccioso foi isolado. Embora haja suspeita de uma etiologia viral, há uma forte correlação entre marcadores de HLA B51 e essa síndrome, de tal forma que quem apresenta esse marcador possui 3,8 vezes mais chances de desenvolvê-la⁴.

Além disso, é sugerido um componente genético, pelo fato de muitos pacientes apresentarem positividade para o HLA-B51⁴.

A média de idade de início é entre 20 e 40 anos, como reconhecidas pela idade em que o paciente realiza os critérios para diagnóstico. No entanto, a idade de início do primeiro critério da síndrome varia entre infância há 70 anos ou mais¹.

Há uma preponderância do sexo masculino na maioria dos países ao redor da rota da seda. No Japão e na Coreia, com a mudança de ambiente, a preponderância passou a ser do sexo feminino¹.

A SB é um distúrbio universal, mais comum nos países que se estendem desde o Mediterrâneo até o Extremo Oriente, ao longo da antiga rota comercial conhecida como "Rota da Seda". Isso sugere que agentes, incluindo vários fatores genéticos, como HLA-B51, estão espalhados ao longo da rota⁵.

Sua prevalência é variável, sendo consideravelmente mais elevada

na Turquia (370 casos por 100.000 habitantes). Na capital turca, Ancara, esse valor foi determinado em 110 por 100.000 habitantes maiores de 10 anos de idade.

As prevalências da SB são bem inferiores em países Ocidentais (0,64 e 0,33 por 100.000 habitantes na Inglaterra e nos Estados Unidos, respectivamente), tendo valores intermediários nos demais países da "Rota da Seda". No Irã, na Arábia Saudita e na Coreia do Sul, ela varia de 13 a 20 casos por 100.000 habitante⁵.

Fora da Turquia, a maior prevalência foi encontrada na região de Hokkaido, no Japão, onde há 30,5 casos por 100.000 habitantes. Valores intermediários de prevalência também foram encontrados em população de origem turca vivendo em Berlim (21 casos por 100.000 habitantes, proporção inferior à descrita da Turquia, mas bem superior à prevalência entre os habitantes de Berlim com origem germânica, estimada em 0,42 por 100.000 habitantes)⁵.

Agregação familiar tem sido relatada, principalmente, na Turquia e no Japão¹.

O mecanismo fisiopatológico da SB se caracteriza por uma vasculite sistêmica, que afeta veias, artérias e capilares⁴.

Há dados de reações na biopsia da patologia que mostram neutrófilos exacerbados em cerca de 8 horas, enquanto os linfócitos dominam em 48 horas. Como em outras vasculites, a patogênese ainda é desconhecida⁶.

Vários microorganismos têm sido implicados na etiologia da SB, especialmente os vírus Herpes Simplex e Streptococcus Sanguis. No entanto, até a data, não existe informação de apoio de um único microorganismo como agente etiológico específico. A teoria mais aceita é que o microorganismo antígenos tem alta homologia com proteínas humanas².

Manifestação Clínica

A SB é caracterizada pela repetição de úlceras orais, úlceras genitais, uveíte e lesões na pele. As grandes lesões arteriais ou venosas ocorrem em cerca de 25% dos pacientes. As lesões vasculares são mais susceptíveis de comprometer o sistema venoso, porém são as lesões arteriais as de maior risco. O envolvimento de uma grande artéria é visto em 1,5% a 2,2% dos pacientes. Os grandes vasos são afetados por uma vasculite do *vasa vasorum*. As lesões vasculares são sobrepostas a hipercoagulabilidade, estado que também é característica da síndrome. A função endotelial também é prejudicada⁷.

Alterações Cutâneas

Entre as manifestações cutâneas, eritema nodoso e pseudofoliculite/nódulos acneiformes são equivalentes em frequência. O primeiro é mais comum nas mulheres, é doloroso e, após a cura, geralmente deixa a área hiperpigmentada, normalmente na face anterior das pernas⁵.

Em homens, ocorre, principalmente, na face, pescoço e dorso, podendo estar associada a traumatismos, como o ato de barbear-se, devido à hiper-reatividade cutânea que é a base do teste da patergia. A inserção oblíqua de uma agulha de calibre 20 Gauge na pele em condições estéreis, sem injeção de salina, deve produzir um nódulo eritematoso ou pustular no local após 24 a 48 horas para se considerar resultado positivo. Tromboflebitides superficiais também fazem parte do espectro de manifestações cutâneas⁵.

Alterações Musculoesqueléticas

A SB é associada à artrite ou artralgia em cerca de 50% dos pacientes, que é uma doença crônica de causa ainda desconhecida, que

provoca uma inflamação articular persistente⁶.

Um dos principais sintomas da artrite é rigidez matinal ou noturna, e dor ou uma claudicação será intensa até que a bolsa da bainha do tendão seja exercitada⁶.

A rigidez ocorre em duas variedades: a que melhora com o exercício e a que não melhora⁶.

Tanto a artrite como a artrose são afecções que envolvem uma inflamação articular, ou um estado de enfermidade de alguma articulação. Mesmo no âmbito dos tipos de artrite, ocorrem variações nos graus de incapacitação e sofrimento⁶.

Os joelhos são mais frequentemente envolvidos, seguidos pelos tornozelos, pulsos e cotovelos. Lombalgia é bastante rara, e estudos controlados não demonstraram um aumento da participação conjunta da sacrílica⁶.

Diagnósticos e Avaliações

As primeiras descrições de achados clínicos compatíveis com a SB são encontradas nos registros de Hipócrates, do século V a.C.:

“(...) muitos desenvolveram ulcerações aftosas. Muitas ulcerações sobre os genitais (...) oftalmias lacrimosas de caráter crônico, com dores; excreções fúngicas das pálpebras externamente, e internamente, que destruíram a vista de muitas pessoas (...)”. No início do século passado, acumularam-se relatos de casos envolvendo a ocorrência de lesões recidivante orais, genitais e oculares, culminando com o reconhecimento formal da síndrome no Congresso Internacional de Dermatologia de 1947, com o nome do dermatologista turco Hulusi Behçet, como já citado⁵.

Em tentativas de sistematizar a abordagem diagnóstica, tais ma-

nifestações foram classificadas em “maiores” e “menores”, conforme a frequência de suas ocorrências. Segundo Barnes, Yazici, citado em Neves, et al⁵, são consideradas manifestações maiores: ulceração oral recorrente (98% dos casos); ulceração genital (80% a 90%); lesões cutâneas (80%) e doença inflamatória ocular (50%). Manifestações menores compreendem: artralgias ou artrites (45% a 50%); lesões neurológicas (5% a 25%); lesões vasculares (25%); lesões gastrointestinais (0 a 25%); epididimite (8%); lesões cardíacas e pleuropulmonares⁵.

Um protocolo, denominado Behçet's Disease Current Activity Form (BDCAF), foi elaborado em 1994 por um comitê internacional, combinando características de dois protocolos existentes (um europeu e um iraniano). Desde então, vem sendo aplicado como modelo em estudos de avaliação como instrumento de medida da atividade da doença⁵.

Em 2004, Lawton, et al, citado em Neves, et al⁵, avaliaram a aplicabilidade dos diversos itens desse protocolo na tentativa de calcular um índice numérico unidimensional para a medida da atividade da SB, denominado Behçet's Disease Activity Index (BDAI). Consideraram válidos 14 itens, tratados como variáveis dicotômicas. Nesse protocolo, apenas dados clínicos, obtidos diretamente da entrevista com o paciente, são considerados marcadores da atividade da SB⁵.

Tratamentos Medicamentosos

Na SB, a escolha do tratamento deve ser individualizada, de acordo com as manifestações apresentadas pelo paciente. As manifestações mucocutâneas podem ser controladas com o uso de colchicina e corticosteroides tópicos. Em casos

refratários, utilizam-se corticosteróides sistêmicos ou talidomida. Dá-se prioridade ao tratamento de manifestações graves, como os envoltimentos gastrointestinais, sistema nervoso central, ocular e grandes vasos, que requerem doses altas de corticosteróides e/ou o uso de imunossuppressores, incluindo azatioprina, metotrexato, ciclosporina A, clorambucil ou ciclofosfamida³.

Os imunossuppressores (como a ciclosporina A e a azatioprina) são agentes efetivos no controle da uveíte na maioria dos pacientes portadores da SB. Em alguns pacientes, os imunossuppressores são ineficazes, e a aparição de efeitos colaterais impedem sua utilização em doses adequadas⁸.

O uso do medicamento infliximabe foi motivado por diferentes

manifestações refratárias da SB nos casos relatados pela literatura, incluindo manifestações mucocutâneas, gastrointestinais, articulares, oculares e neurológicas³.

As manifestações articulares são, geralmente, controladas com anti-inflamatórios não-hormonais (AINHs) e colchicina⁵.

Reabilitação Fisioterapêutica

A fisioterapia é a ciência da saúde que estuda, avalia, previne e trata os distúrbios da cinesioterapia humana decorrentes de alterações de órgãos e sistemas humanos¹⁴.

A atenção fisioterapêutica propicia o desenvolvimento de ações preventivas primárias, secundárias e terciárias. Mesmo antes de a doença atingir o horizonte clínico,

ou seja, de exibir sinais e sintomas, podem ser desenvolvidas intervenções preventivas¹⁴.

Atua nas mais diferentes áreas com procedimentos, técnicas, metodologias e abordagens específicas, que têm o objetivo de tratar, minimizar e prevenir as mais variadas disfunções¹⁴.

Em indivíduos sob atenção do Fisioterapeuta para recuperação funcional de lesões e/ou disfunções, ações preventivas mais complexas podem ser desenvolvidas, como por exemplo, a prevenção de incapacidade respiratória numa vítima de um dado quadro neurológico¹⁴.

Na Tabela 1, podemos ver a proposta fisioterapêutica nas alterações musculoesqueléticas e cutâneas.

Tabela 1. Propostas fisioterapêuticas nas alterações musculoesqueléticas e cutâneas

	Diminuição da amplitude de movimento e rigidez articular	Perda de força muscular	Inflamação articular	Algias	Edema	Úlceras cutâneas
Cinesioterapia	Ativo livre, assistido e resistido	Ativo assistido e resistido			Metabólicos	
Hidroterapia	Water bike sem carga e alongamento muscular	Water bike, dança, step e bad ragaz		Watsu, dança e alongamento muscular	Propriedades da água para favorecer ao retorno venoso	
Terapia manual					Drenagem linfática manual associada à terapia compressiva	
T.E.N.S.				Convencional		Convencional
Ultrassom			Pulsado atérmico	Pulsado ou crônico (depende do estágio da dor)		
Laser			Efeito anti-inflamatório	Efeito analgésico		Efeito cicatrizante
F.E.S.		Músculo atrofiado (fibras brancas)				
Corrente Russa		Músculo atrofiado (fibras brancas)				

Continua...

...continuação

	Diminuição da amplitude de movimento e rigidez articular	Perda de força muscular	Inflamação articular	Algias	Edema	Úlceras cutâneas
Crioterapia			Gelo	Gelo		
Terapia com calor				Parafina ou infravermelho		
C.D.B.				Difásica, Monofásica e Longo Período	Difásica, Monofásica e Curto Período	
Alta frequência						Aplicação à distância
C.I.V.				Tetrapolar agudo ou crônico (depende estágio da dor)		

Objetivo

O objetivo deste trabalho foi estudar a Síndrome de Behçet, os tratamentos médicos e propor as ferramentas de reabilitação fisioterapêutica nas alterações musculoesqueléticas e cutâneas.

Métodos

Para a realização desta revisão bibliográfica, foram investigados inicialmente artigos de modo não sistematizado, sem critérios de exclusão para pesquisa.

Para serem incluídos neste projeto, foram determinados critérios de inclusão e exclusão dos artigos pesquisados. Foram encontrados 65 artigos na íntegra, dos quais foram selecionados apenas 13, que apresentavam revisão da síndrome, tratamento, estudo de caso e manifestações clínicas. Portanto excluimos os que se aprofundaram em estudos de genes, os que não estavam na língua portuguesa, inglesa e espanhola, e os que eram anteriores ao ano de 1999.

Não foi escolhida uma data limite para a publicação dos selecionados; foram encontrados artigos desde 1999 até 2009.

A pesquisa foi realizada em bases de dados, como Lilacs, Pubmed,

Medline, Scielo, com as seguintes palavras de busca: síndrome behçet, tratamento medicamentoso e reabilitação fisioterapêutica, Behçet's syndrome, Physiotherapeutic Rehabilitation, Drug Treatment.

Além da pesquisa online, foi feita a coleta de artigos na Biblioteca da Universidade de Medicina de São Paulo, sendo realizada entre 2008 e 2009.

Resultados

AUTORES	CONCLUSÃO
Souza, et al 2005; Merino, et al 2006	Relato de um caso com úlceras orais e artrite em grandes articulações, sendo tratado com infliximabe, obtendo resultados positivos.
Alcântara, et al 2005	Além de lesões orais, os pacientes podem desenvolver ulcerações genitais, uveítes, vasculite da pele, sinovites e meningoencefalites.
Neves, et al 2006	Drogas imunossupressoras clássicas são as mais utilizadas nas manifestações da SB.
Chou, et al 2007	Relato de um caso de ressecção cirúrgica na SB e múltiplas perfurações intestinais.
Santana, et al 2007	Relato de um caso de maior sobrevida no tratamento com imunossupressor na SB com acometimento pulmonar.
Cevik, et al 2008	Relato de um caso com aneurismas da artéria coronária desenvolvida pós-SB.
Kale, et al 2008	Relato de um caso com manifestação mais devastadora da SB é o envolvimento neurológico.
Yurdakull, et al 2008	Revisão Bibliográfica sobre a SB.
Oh, et al 2008	Relato de um caso com hormônios sexuais, sendo fatores agravantes ou induzidos em SB.
Mendes, et al 2009	Perda visual e acometimentos neurológicos são as principais causas de morbidade.
Beyranvand, et al 2008	Relato de um caso com complicações vasculares associada a SB, como aneurisma das artérias abdominais e torácicas.
Laar, et al 2009	Inflamações nas articulações são manifestações com grande número de evidências na SB.

Discussão

A SB é uma vasculite multissistêmica, muitas vezes comprometendo a pele e mucosas, articulações, órgãos gastrointestinais, sistema nervoso e pulmões.

Segundo Neves, et al⁵, o diagnóstico da SB é difícil de estabelecer, e o critério requer a presença de ulcerações na cavidade bucal, contudo é reconhecido que 2% a 3% dos pacientes não têm essa característica.

O estudo de Oh, et al¹ sugere que hormônios sexuais podem ser considerados como um dos fatores agravantes ou induzindo em SB, pois uma paciente com SB entrou em remissão após administração de contraceptivos orais para controlar sua menstruação irregular. Cerca de dois anos após o diagnóstico de DB, ela desenvolveu sangramento uterino disfuncional, sendo que úlceras orais e genitais persistiram sem remissão.

Segundo Merino, et al⁸, a SB é a principal causa de cegueira em países como Japão e Turquia. No seu estudo, foram incluídos pacientes portadores de SB grave. Todos apresentavam severo envolvimento ocular e tem sido comprovado que o TNF- α é um importante mediador de inflamação intraocular.

O infliximabe, administrado em doses de 3 a 5 mg/kg, demonstrou ser eficaz no controle dos sinais e sintomas oculares em seus pacientes. Os resultados que eles tiveram foram concordantes com outros autores, que falavam de um ótimo efeito do infliximabe no controle do tratamento ocular na SB. Em relação ao tratamento extraocular, o infliximabe parece ser igualmente eficaz, já que tanto as úlceras mucosas como as piodermas desapareceram com o tratamento, como já haviam citado outros autores.

Um problema à parte foram as artrites. Um dos pacientes desse estudo apresentava uma seve-

ra artrite, que foi difícil controlar, provocando a suspensão da administração do fármaco. Esse paciente recebeu uma dose de 5 mg/kg, que é superior à dose utilizada em casos de artrite reumatóide. Porém, os relatórios publicados sugerem que o infliximabe parece ser bem tolerado na SB, apesar do número pequeno de pacientes estudados.

Já no estudo de Neves, et al⁵ com um paciente do sexo masculino, 30 anos, com hipótese diagnóstica de SB associada a policondrite recidivante, as opções terapêuticas foram sendo sucessivamente tentadas baseando-se no diagnóstico inicial de SB: colchicina e talidomida podem ser usados na prevenção das recidivas de lesões mucocutâneas, embora apresentando resultados apenas modestos. Terapia imunossupressora foi iniciada com azatioprina, sendo a medicação mais adequadamente estudada na SB. Ela efetivamente demonstrou melhorar o prognóstico da função ocular em longo prazo, com sua eficácia avaliada em ensaio clínico controlado.

Neste estudo, além da redução significativa na ocorrência de episódios de uveíte ao longo de dois anos de seguimento, houve; também, redução na frequência de úlceras orais, genitais e artrites no grupo em uso de azatioprina.

Redução na frequência de episódios de artrites e lesões mucocutâneas também foi demonstrado com o uso de penicilina benzatina, em um estudo randomizado e controlado que comparou colchicina isolada contra associação de colchicina com penicilina benzatina (antígenos estreptocócicos são considerados potenciais desencadeadores da SB). O uso de agente biológico anti-TNF é descrito com sucesso em séries de relatos de casos.

No caso relatado por Souza, et al³ de uma paciente, 41 anos, que apresentava manifestações mucocutâneas, articulares e neurológicas

refratárias ao uso de corticosteróide, colchicina e metotrexato; necessitando medicações em altas doses e mesmo assim, não foi possível obter controle das manifestações da doença. De forma semelhante aos casos relatados pela literatura, essa paciente obteve remissão completa do quadro após a segunda infusão de infliximabe e não experimentou eventos adversos. A experiência acumulada pela literatura sugere que a administração de infliximabe provoca supressão rápida de diferentes manifestações da SB, pelo menos em curto prazo. Esse é o primeiro relato do uso de infliximabe em SB no Brasil, e a evolução da paciente relatada foi semelhante à encontrada na literatura. O uso de infliximabe desponta como uma terapia promissora para a SB não responsiva aos recursos terapêuticos convencionais.

Segundo Chou, et al¹, o tratamento médico das alterações intestinais relacionadas à SB ainda permanece indeciso. O efeito benéfico da terapia esteróide não foi convincente na maior parte de casos relatados. Ela pode controlar, inicialmente, a síndrome, porém recidivas são comuns. A aplicação de corticosteróides diminui a inflamação ocular e também é útil para o alívio da dor das úlceras orais.

No caso de Cevik, et al¹⁰, a vasculite pode envolver pequenos e grandes vasos, de diversos tipos e diferentes graus. Endarterite obliterante do *vaso vasorum*, inchaço das células endoteliais e destruição das células causam infiltração mononuclear perivascular, provocando enfraquecimento da parede arterial, o que causa formação de aneurisma. A aorta abdominal, as artérias femorais e as artérias pulmonares podem desenvolver aneurismas, que ocorrem mais frequentemente em vasos pulmonares. O aneurisma da artéria coronária é extremamente raro na síndrome de Behçet.

No estudo de Santana, et al¹¹, foram identificados nove pacientes com acometimento pulmonar relacionado à SB. Os achados radiológicos foram aneurisma de artéria pulmonar (AAP) em oito pacientes, embolia pulmonar em três, hemorragia alveolar em um e hipertensão pulmonar em um de nove doentes. Todos os pacientes receberam prednisona mais chlorambucil ou prednisona mais micofenolato mofetil por aproximadamente 18 meses.

Laar, et al¹², Cañete e colegas descreveram um modelo para um estudo da imunopatologia da SB, analisando células inflamatórias, tecidos e citocinas em articulações inflamadas de pacientes afetados, para uma melhor compreensão da doença, sendo de grande importância terapêutica para identificar possíveis fatores de início da SB. Um bom exemplo de como uma visão mecanicista pode levar a um tratamento eficaz é que os sintomas da doença podem ser rapidamente reduzidos, bloqueando o fator de necrose tumoral (TNF)- α , à uma citocina chave na SB.

No caso de Kale, et al¹³, há dificuldade em distinguir permanência

de cefaléias primárias e secundárias na SB em termos de caráter ou de duração, mas há indícios aparentes quanto à evolução da dor de cabeça acompanhado de sintomas neurológicos para o diagnóstico diferencial. Deve-se ter em mente que a maioria das causas mais comuns de cefaléia em pacientes com SB são cefaléias primárias, como a enxaqueca e a cefaléia do tipo tensional. Aproximadamente 5% dos casos de dor de cabeça relatadas por pacientes bipolares estão associados à Neuro Beçhet.

Conclusão

Conclui-se que a Síndrome de Behçet é uma doença inflamatória multissistêmica, recidivante, de acometimento vascular e etiologia desconhecida, sendo que suas características principais são úlceras orais e genitais, lesões cutâneas, alterações musculoesqueléticas e neuromusculares. Seu tratamento segue as diretrizes gerais da doença com uso de corticoide, associado ou não a imunossupressores, nas formas inflamatórias e anticoagulação.

Em suas alterações musculoesqueléticas, os pacientes podem

apresentar artrite ou osteoartrose, que se caracterizam por dor, rigidez, processos inflamatórios, perda de força muscular e consequente diminuição da amplitude de movimento. Em relação às alterações cutâneas, podem apresentar úlceras em face, pescoço e dorso. Assim, fica claro que recursos fisioterapêuticos, como cinesioterapia, realizada com objetivo de fortalecimento muscular, diminuição da rigidez, aumento da amplitude de movimento e alívio da dor, pode oferecer efeitos benéficos, assim como a eletroterapia, utilizada com objetivo de alívio da dor, anti-inflamatório, estimulação muscular e cicatrização, como também a hidroterapia, terapia manual e crioterapia, que oferecem melhora desses sintomas, podendo ser eficaz no controle da Síndrome de Behçet.

Sendo assim, fica claro que a fisioterapia pode suprir a sintomatologia da Síndrome de Behçet e promover uma melhora na qualidade de vida dos pacientes portadores dessa síndrome.

REFERÊNCIAS

1. Oh SH, Kwon JY, Lee JH, Han EC, Bang D. Behçet's disease: remission of patient symptoms after oral contraceptive therapy. *J Compilation*. 2008 Set;34-49.
2. Mendes D, Correia M, Barbedo M, Vaio T, Mota M, Gonçalves O, Valente J. Behçet's disease – a contemporary review. *J Autoimmun*. 2009 Fev;32:178-88.
3. Souza AWS, Pileggi P, Hachbarth ET. Tratamento com infliximabe da doença de Behçet ativa. *Rev Bras Reumatologia*. 2005 Abr;59-102.
4. Alcântara LJJ, et al. Rinossinusite em pacientes com síndrome de Behçet. *Rev Bras Reumatologia*. 2005 Abr.
5. Neves FS, Moraes JCB, Gonçalves CR. Síndrome de Behçet: à procura de evidências. *Rev Bras Reumatologia*. 2006 Jun;100-20.
6. Yurdakul S, Yazici H. Behçet's syndrome. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2008 Abr;22:793-809.
7. Beyranvand MR, Namazi MH, Mohsenzadeh Y, Piranfar MA. Acute Myocardial Infarction in a Patient with Behçet's Disease. *Arch Iran Med*. 2008 Jan;56-99.
8. Merino G, Varas G, Diaz G, Gutiérrez M, Massardo L, Pacheco D, Villarreal F, Cuchacovich M. Eficácia Del infliximab en pacientes con síndrome de Behçet portadores de úveo- retinitis grave. *Rev Med Chil*. 2006 Jan;5:130-79.
9. Chou SJ, Chen VTK, Jan HC, Lou MA, Liu YM. Intestinal Perforations in Behçet's Disease. *J Gastrointest Surg*. 2007 Jan;35-55.

10. Cevik C, Otahbachi M, Nugent K, Jenkins LAJ. Coronary artery aneurysms in Behçet's disease. *Cardiovasc Revasc Med*. 2008 Jan;10:128-9.
 11. Santana ANC, Antunes T, Barros JM, Kairalla RA, Carvalho CRR, Barbas CSV. Acometimento pulmonar na doença de Behçet: uma boa experiência com o uso de imunossupressores. *J Bras Pneumol*. 2007 Set;10:1-39.
 12. Laar JAV, Kappen JH, Daele PLV, Hagen M. Do synovial biopsies help to support evidence for involvement of innate immunity in the immunopathology of Behçet's disease? *Arthritis Res Ther*. 2009 Abr;11:1-3.
 13. Kale N, Agaoglu J, Icen M, Yazici I, Tanik O. The Presentation of Headache in Neuro-Behçet's Disease: a case-series. *J Compilation Am Headache Soc*. 2008 Jul;49:467-70.
 14. Guimarães LS, Cruz MC. Exercícios terapêuticos: a cinesioterapia como importante recurso da fisioterapia. *Latu Sensu*. 2003 Out.
 15. Robinson AJ, Snyder L. *Eletrofisiologia Clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2001.
 16. Thomson A, Skinner A, Piercy J. *Fisioterapia de Tidy*. São Paulo: Editora Santos; 1994.
 17. Kitchen S. *Eletroterapia: prática baseada em evidências*. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2003.
 18. Guirro E, Guirro R. *Fisioterapia Dermato-funcional: fundamentos, recursos e patologias*. 3ª edição. São Paulo: Manole; 2004.
 19. Sachelli T, Accacio LPM, Maierá AL. *Fisioterapia aquática*. São Paulo: Manole; 2007.
-

Recebido em 30 de novembro de 2009
Aprovado em 12 de fevereiro de 2010