

4.05.99 Nutrição

GLÚTEN E A DOENÇA ESPONDILITE ANQUILOSANTE: QUAL A RELAÇÃO?

Isabella di Cássia Vilchenski^{1*}, Bruna Muller Cardoso², Felipe Merchan Ferraz Grizzo³, Angela Andréia França Gravena⁴

1. Estudante de Nutrição da UniCesumar de Maringá
2. Professor da UniCesumar de Maringá – Departamento de Medicina
3. Professor da UEM – Departamento de Medicina
4. Professor da UniCesumar de Maringá – Departamento de Medicina/Orientadora

Resumo

O objetivo deste estudo foi identificar a relação entre a ingestão de glúten e a doença Espondilite Anquilosante (EA), a fim de analisar a qualidade de vida dos participantes. Trata-se de um ensaio clínico randomizado no qual foi avaliado 12 pacientes adultos diagnosticados com EA. O grupo intervenção realizou uma dieta isenta de glúten durante o período de 3 meses, enquanto que o grupo controle não sofreu alterações nos padrões alimentares. Utilizou-se de questionários validados: Inventário de Depressão de Beck, o Inventário de Ansiedade de Beck e o questionário SF-36 para análise da qualidade de vida. As variáveis foram coletadas no início e no final do período de realização do estudo. Após o período de intervenção, o grupo que realizou a dieta apresentou melhoras significativas nos níveis de qualidade de vida e nos sintomas de depressão e ansiedade. Conclui-se que a exclusão de glúten na alimentação apresentou melhora positiva nos padrões de qualidade de vida nos pacientes com EA.

Autorização legal: Comitê de ética do Unicesumar sob parecer nº 2.236.798/2017.

Palavras-chave: Imunidade; Inflamação; Sintomas.

Apoio financeiro: PIBIC//FUNADESP - UniCesumar

Trabalho selecionado para a JNIC: Diretoria de Pesquisa da Unicesumar de Maringá

Introdução

A Espondilite Anquilosante (EA) é uma doença inflamatória crônica que afeta o esqueleto axial, a articulação sacroilíaca e a coluna vertebral. Afeta também as articulações periféricas em até 30% dos casos, gerando um comprometimento funcional significativo (CARETTE *et al.*, 1983).

Dados epidemiológicos demonstram que a mesma acomete cerca de 0,1% a 1,4% da população geral, gerando um forte impacto social e principalmente, econômico, uma vez que acontece com maior incidência em pessoas com menos de 40 anos de idade (BOONEN, 2002), fazendo com que 31% se tornem incapazes de trabalhar e 15% sofram por mudanças em sua vida profissional, como por exemplo, redução de horas trabalhadas, mudanças de emprego e até mesmo a aposentadoria precoce. Os pacientes possuem limitações físicas e emocionais devido à dor crônica que faz parte do conjunto de sintomas, levando ao comprometimento da qualidade de vida, perda de autoestima, ansiedade e depressão (BARLOW *et al.*, 2001).

O tratamento inicial é a prática de atividades físicas para manter a postura e preservar os movimentos, bem como o uso de anti-inflamatórios, corticoide intra-articular, entre outros (BARROS *et al.*, 2007). Há também o tratamento biológico que consiste no uso de injeções subcutâneas ou intravenosas, que atuam no combate à inflamação, à dor e alterações imunológicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2012).

Já existem estudos sobre a influência da dietoterapia na reumatologia geral, em específico na artrite reumatóide (AR), e pela semelhança sintomática da AR com a EA, deve-se levar em consideração que a dietoterapia pode sim ser uma alternativa de tratamento para a EA. O principal tratamento nutricional nesses casos esta relacionada a redução de alimentos alérgenos e inflamatórios, sendo o glúten um dos relacionados com a amenização sintomática da doença (CHEMIN, 2013). Em virtude disto, este trabalho torna-se extremamente importante, visto que no Brasil, não existem estudos relacionando a ingestão do glúten com a EA.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi identificar a relação entre a ingestão de glúten e a doença EA, a fim de analisar a qualidade de vida dos pacientes.

Metodologia

Trata-se de estudo ensaio clínico randomizado, realizado com 12 pacientes adultos diagnosticados com a doença autoimune Espondilite Anquilosante, e que realizam acompanhamento em uma clínica de reumatologia privada, localizada em Maringá-PR. Os fatores de inclusão foram adultos diagnosticados de acordo com o laudo médico, com diagnóstico nos últimos 12 meses antes da entrevista e realização idêntica de tratamento da doença. Os fatores de exclusão foram: pacientes que não aceitaram em participar do estudo após a análise do termo de consentimento livre e esclarecido.

A partir desta seleção o grupo de intervenção, representado por 4 adultos, realizou uma dieta isenta de

glúten, orientados quanto à exclusão do glúten na dieta por profissional nutricionista. O grupo controle (8 adultos) não realizou alteração no padrão alimentar.

A partir dessa organização, foi realizada uma entrevista face a face com o paciente no início do projeto (1º momento) e ao final do tratamento dietoterápico (3 meses após) (2º momento).

No questionário foram incluídas as variáveis independentes relacionadas à: caracterização socioeconômica e demográfica dos pacientes com EA (idade, estado civil, cor, escolaridade, renda, ocupação); presença de sintomas de depressão e ansiedade, sendo que os instrumentos utilizados para análise dos sintomas de depressão e ansiedade serão o Inventário de Depressão de Beck (BDI) (BECK *et al.*, 1961) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (BECK *et al.*, 1988).

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o questionário SF-36 (Short-Form Health Survey). Este instrumento de qualidade de vida (QV) multidimensional foi desenvolvido em 1992 por Ware e Sherbourne e validado no Brasil por Ciconelli *et al.*, (1999). A avaliação engloba 8 escalas ou domínios, que são: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (CICONELLI *et al.*, 1999). A avaliação dos resultados foi feita mediante a atribuição de escores para cada questão, os quais foram transformados numa escala de zero a 100, onde zero correspondeu a uma pior qualidade de vida e 100 a uma melhor qualidade de vida. Cada dimensão foi analisada separadamente.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética do Unicesumar sob parecer nº 2.236.798/2017.

Para análise estatística as informações obtidas foram tabuladas através de análise descritiva (média, desvio padrão, frequência simples e relativa) para os grupos controles e intervenção nos dois momentos da coleta de dados.

Resultados e Discussão

Foram entrevistados e acompanhados 12 adultos diagnosticados com EA. Deste total, 75% foram do sexo feminino e cor branca, 67% apresentou escolaridade superior a 12 anos, 83% casado e com ocupação remunerada, respectivamente. A média de idade foi 45,8 anos (dp 15,6) e a renda percapta média foi de R\$ 3151,35 (dp 2445,12).

A tabela 1 demonstra os sintomas de ansiedade e depressão observados no grupo de intervenção e no grupo controle nos dois momentos da coleta de dados. Observa-se que no grupo de intervenção o grau de ansiedade e grau de depressão melhorou no 2º momento, com aumento na proporção da ansiedade e depressão mínima.

Tabela 1. Sintomas de ansiedade e depressão do grupo intervenção e controle. Maringá, Paraná, 2018.

	1º momento	2º momento
	N (%)	N (%)
GRUPO INTERVENÇÃO		
Sintomas de Ansiedade		
Ansiedade mínima	1 (25)	3 (75)
Ansiedade leve	2 (50)	0 (0)
Ansiedade moderada	0 (0)	0 (0)
Ansiedade grave	1 (25)	1 (25)
Sintomas de Depressão		
Depressão mínima	1 (25)	2 (50)
Depressão leve	2 (50)	1 (25)
Depressão moderada	0 (0)	0 (0)
Depressão grave	1 (25)	1 (25)
GRUPO CONTROLE		
Sintomas de Ansiedade		
Ansiedade mínima	4 (50)	4 (50)
Ansiedade leve	3 (37,5)	3 (37,5)
Ansiedade moderada	1 (12,5)	1 (12,5)
Ansiedade grave	0 (0)	0 (0)
Sintomas de Depressão		
Depressão mínima	4 (50)	4 (50)
Depressão leve	3 (37,5)	3 (37,5)
Depressão moderada	1 (12,5)	1 (12,5)
Depressão grave	0 (0)	0 (0)

A análise de qualidade de vida demonstrou que após a intervenção todos os domínios apresentaram médias superiores indicando a melhora da qualidade de vida nos aspectos capacidade funcional, aspecto

físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e emocionais e saúde mental (tabela 2).

Tabela 2. Escore de qualidade de vida segundo SF-36 do grupo intervenção e controle. Maringá, Paraná, 2018.

	1º momento	2º momento
	Média	Média
GRUPO INTERVENÇÃO		
Escore geral SF-36	90,3	96,2
Capacidade funcional	45,0	47,5
Limitação por aspecto físico	37,5	43,7
Dor	27,8	38,4
Estado geral de Saúde	44,7	45,5
Vitalidade	48,7	53,7
Aspectos sociais	50,0	66,5
Aspectos emocionais	49,9	66,6
Saúde Mental	59,0	68,2
GRUPO CONTROLE		
Escore geral SF-36	96,0	96,0
Capacidade funcional	49,4	49,3
Limitação por aspecto físico	46,9	46,8
Dor	45,1	45,1
Estado geral de Saúde	60,2	60,2
Vitalidade	46,2	46,2
Aspectos sociais	74,2	74,2
Aspectos emocionais	49,9	49,9
Saúde Mental	62,5	62,5

Observa-se que os resultados apresentados mostraram melhora significativa nos sintomas de ansiedade e depressão e na qualidade de vida após o processo de intervenção. Essa melhora ocorre devido ao glúten ser um alimento extremamente alergênico e por ativar vias metabólicas inflamatórias (liberadores de histamina) que pioram ainda mais o quadro inflamatório do paciente pelo recrutamento de células inflamatórias: neutrófilos, macrófagos, IL-6, TNF, no intestino e posteriormente no sangue.

O glúten é uma mistura de proteínas prolaminas, que se dividem principalmente em gluteninas e gliadinas, que estão presentes no trigo, aveia, cevada e centeio. As proteínas do glúten são altamente resistentes à hidrólise mediada pelas proteases do trato gastrointestinal humano, resultando em uma crescente oportunidade de formação de proteínas patogênicas que levam o indivíduo geneticamente predisposto, à doença celíaca ou alergias devido à grande probabilidade inflamatória deste nutriente (BALAKIVERA e ZAMYATNIN, 2016).

Pela difícil digestão do gluten, pode ocorrer inflamação severa em indivíduos que tem deficiência em proteases (doença celíaca), uma vez que no intestino delgado existe um receptor na superfície da microvilosidade que permite a gliadina se unir ao enterócito. Este complexo de gliadina/receptor se torna um imunógeno capaz de atrair os linfócitos T (KRAUSE, 1998). As células T CD4 quando entram em contato com o glúten, reconhecem os peptídeos (gluteninas ou gliadinas) secretando interferon-gama em altas concentrações, citocinas IL-4, IL-5, IL-6, IL-10 e fator de necrose tumoral, que geram um dano celular intestinal capazes de gerar uma forte resposta imunitária (NILSEN, 1995).

No organismo humano ocorre uma reatividade cruzada entre Gliadinas-T, Gluteninas-T (antígenos) e as nossas células T (anticorpos) e esta reatividade contribui com o desenvolvimento de respostas imunes inflamatórias, que não só afetam o sistema gastrointestinal como também provocam defeitos neurológicos como neuropatia axonal e ataxia cerebelar (BUSHARA, 2005).

Conclusões

Assim as suposições para tais resultados observados no presente projeto refletem que a isenção de glúten na dieta propicia uma redução dos sintomas nos pacientes com EA, resultando na melhora nos padrões de qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão.

Uma limitação do estudo foi o pouco tempo de intervenção, e o pouco número de pacientes que participaram do estudo, impossibilitando a realização de uma análise inferencial entre os grupos intervenção e o controle.

Torna-se necessário a realização de outros estudos considerando maior tempo de intervenção e número de participantes. Além disso, a partir desse trabalho esperamos que outros pesquisadores se inspirem para realizar estudos nessa área.

Referências bibliográficas

- BALAKIVERA, A.; ZAMYATNIN, A. **Properties of Gluten Intolerance: Gluten Structure, Evolution, Pathogenicity and Detoxification Capabilities.** *Nutrients*, v.8, n.10, p. 644, 2016.
- BARLOW JH, WRIGHT CC, WILLIAMS B, KEAT A. **Work disability among people with ankylosing spondylitis.** *Arthritis Rheum.*; 45(5):424-9; 2001.
- BARROS P.D.S; et al. **Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica Diagnóstico e Tratamento – Primeira Revisão.** *Rev Bras Reumatol*, v. 47, n.4, p. 233-242, jul/ago, 2007
- BECK, A.T.; et al. **An inventory for measuring depression.** *Arch Gen Psychiatry.* 4:561-571, 1961.
- BECK, A.T.; et al. **An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties.** *J consult. Clin. Psychol.* 56:893-897, 1988.
- BOONEN A. **Socioeconomic consequences of ankylosing spondylitis.** *Clin Exp Rheumatol.* 20(Suppl 28):S23-6, 2002.
- BUSHARA K.O. **Neurologic presentation of celiac disease.** *Gastroenterology* , 128, S92–S97. 2005
- CARETTE S; et al. **The natural disease course of ankylosing spondylitis.** *Arthritis Rheum* 26(2): 186-90, 1983.
- CICONELLI, R.M.; et al. **Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36*).** *Revista Brasileira de reumatologia*, vol. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.
- CHEMIN S.M. **Tratado de alimentação de dietoterapia.** 2ªed. Pg 953. São Paulo: *Roca*, 2013.
- KRAUSE, M.M. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia.** São Paulo. *Roca*. 9ª ed. Pg 636-638. 1998.
- NILSEN E.M; et al. **Glutenspecific, HLA-DQ restricted T cells from coeliac mucosa produce cytokines with Th1 or Th0 profile dominated by interferon gama.** *Gut*, 37:766, 1995.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Cartilha: Espondilite Anquilosante.** COMISSÃO DAS ESPONDILOARTRITES. Disponível em: http://www.reumatologia.com.br/PDFs/Cartilha_Espondilite_Anquilosante.pdf; Pg: 6-7; 2012.