

JORNAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - JCS HU-UFPI

DOI: <https://doi.org/10.26694/2595-0290.1126-33>

ASSOCIATION BETWEEN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES AND RHEUMATOID ARTHRITIS: REPORT OF A SERIES OF CASES.

ASSOCIAÇÃO ENTRE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS E ARTRITE REUMATÓIDE: RELATO DE UMA SÉRIE DE CASOS.

Murilo Moura Lima¹, Maria das Graças Barbosa Sousa², Josué da Costa Arcoverde³, José Miguel Luz Parente⁴

¹Médico Gastroenterologista do Hospital Universitário da UFPI. Supervisor da Residência Médica em Gastroenterologia da UFPI. Coordenador do Centro de Pesquisa Clínica do Hospital Universitário da UFPI. E-mail: murilomouralima@gmail.com

²Medicina pela Universidade Federal do Maranhão, mestrado em Reumatologia pela Universidade Federal de São Paulo.

³Medicina pela Universidade Federal do Piauí. Reumatologista.

⁴Medicina pela Universidade Federal Fluminense, Residência Médica em Gastroenterologia pela Universidade Federal Fluminense, Mestrado em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas) e Doutorado em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas. Superintendente do Hospital Universitário da UFPI.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Autoimmune diseases are becoming more frequent and, in certain patients, may be present in association. In patients with inflammatory bowel diseases (IBD), associations with primary sclerosing cholangitis, pyoderma gangrenosum, erythema nodosum and ankylosing spondylitis are classic. However, other diseases, such as rheumatoid arthritis (RA), may occur in concomitance with IBD. In this article, five cases of association between RA and IBD are reported. **CASE REPORTS:** Of these patients, 2 had Crohn's disease and 3 had ulcerative colitis. All patients were women, with a mean age of 46 years at the time of the onset of symptoms of RA and 47 years at the time of onset of symptoms of IBD. In two patients, the symptoms of IBD preceded those of RA and the onset of symptoms was concomitant in one patient. The most affected joints were wrists, metacarpophalangeal and proximal interphalangeal. The use of biological therapy obtained remission of joint symptoms in only 2 patients. **CONCLUSION:** All patients with IBD with joint complaints should be investigated for other autoimmune diseases, especially rheumatoid arthritis.

KEYWORDS: Inflammatory Bowel Diseases. Rheumatoid Arthritis. Crohn's Disease. Ulcerative Colitis.

RESUMO

INTRODUÇÃO: As doenças autoimunes são cada vez mais frequentes e, em determinados pacientes, podem apresentar-se em associação. Em pacientes com doenças inflamatórias intestinais (DII), são clássicas as associações com colangite esclerosante primária, pioderma gangrenoso, eritema nodoso e espondilite anquilosante. Todavia, outras doenças, como a artrite reumatóide (AR), podem ocorrer em concomitância com as DII. Neste artigo, são relatados cinco casos de associação entre AR e DII. **RELATO DOS CASOS:** Dessas pacientes, 2 tinham doença de Crohn e 3 tinham colite ulcerativa. Todas as pacientes eram mulheres, com média de idade de 46 anos na época do início dos sintomas de AR e 47 anos na época do início dos sintomas de DII. Em duas pacientes, os sintomas de DII antecederam os de AR e o início dos sintomas foi concomitante em uma paciente. As articulações mais acometidas foram punhos, metacarpofalangianas e interfalangianas proximais. O uso de terapia biológica conseguiu obter remissão dos sintomas articulares em apenas 2 pacientes. **CONCLUSÃO:** Todos os pacientes com DII portadores de queixas articulares devem ser investigados para outras doenças autoimunes, em especial, artrite reumatóide.

DESCRITORES: Doenças Inflamatórias Intestinais. Artrite Reumatóide. Doença de Crohn. Retocolite Ulcerativa.

Como citar este artigo:

Lima MM, Sousa MGB, Arcoverde JC, Parente JML. Associação entre doenças inflamatórias intestinais e artrite reumatóide: relato de uma série de casos. J. Ciênc. Saúde [internet]. 2018 [acesso em: dia mês abreviado ano];1(1):26-33. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.26694/2595-0290.1126-33>



INTRODUÇÃO

A associação entre diferentes doenças autoimunes tem se tornado uma situação cada vez mais vista na prática clínica. Em pacientes com Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), são clássicas as associações com Colangite Esclerosante Primária, Pioderma Gangrenoso e Eritema Nodoso ⁽¹⁾.

Contudo, a associação de DII com a Artrite Reumatóide (AR), é aparentemente incomum ⁽²⁾, sendo a prevalência de Artrite Reumatóide em pacientes com Retocolite Ulcerativa Idiopática (RCUI) de cerca de 0,14% a 0,8% ⁽³⁾. Em pacientes com Doença de Crohn (DC), existem apenas poucos relatos de caso ⁽⁴⁾.

Nosso objetivo é relatar 5 casos de associação entre Doenças Inflamatórias Intestinais e Artrite Reumatóide.

RELATO DOS CASOS

Caso 1

Mulher de 58 anos, com diagnóstico de artrite reumatóide desde 2003. As queixas iniciais da paciente eram de artrite em punhos, metacarpofalangianas e interfalangianas proximais, além de rigidez matinal. O fator reumatóide (FR) era reagente. Após o diagnóstico de artrite reumatóide, iniciou uso de metotrexate 10 mg por semana. Em 2006, iniciou quadro de diarreia líquida mucossanguinolenta e dor abdominal. Colonoscopia realizada em agosto de 2006 descrevia hiperemia, friabilidade e microerosões recobertas por fibrina em reto inferior. Foi definido o diagnóstico de retocolite ulcerativa e iniciada mesalazina supositório, via retal, 500 mg por dia. Em 2008, inicia acompanhamento em nosso serviço de doenças inflamatórias intestinais. Novo exame colonoscópico de agosto de 2008 revelava acometimento salteado da mucosa, com áreas de eritema e úlceras aftóides em ceco, válvula íleo-cecal e colon ascendente em meio a áreas de mucosas normal. Em adição, não havia alterações em reto. O diagnóstico foi então modificado para doença de Crohn, com fenótipo A3-L2-B1 pela classificação de Montreal. A paciente iniciou azatioprina 100 mg/dia e a mesalazina, via retal, foi descontinuada. Entre os anos de 2008 e

2009, a paciente apresentou, em diversas ocasiões, queixa de artrite em mãos e punhos, tendo utilizado prednisona de forma recorrente. Em fevereiro de 2010, tendo em vista o recorrente recrudescimento das queixas articulares quando se tentava a retirada completa da corticoterapia, foi indicada terapia biológica com Adalimumabe. Foi administrada dose de ataque de 160 mg na semana 0, seguida de 80 mg na semana 2. A partir da semana 4, passou-se a administrar 40 mg, subcutâneo, a cada 2 semanas. Desde essa época, a paciente encontra-se em remissão das queixas articulares, exceto por relato de artralgia ocasional em joelho e ombro direitos. Em 2012, optou-se por descontinuar a Azatioprina, ficando a paciente em monoterapia com Adalimumabe. Atualmente, a Doença de Crohn encontra-se em remissão clínica e endoscópica, com as duas últimas colonoscopias de seguimento, realizadas em 2013 e 2015, sem alterações.

Caso 2

Mulher de 57 anos, portadora de artrite reumatóide desde 1992, em uso crônico de prednisona. Desde essa época, apresentava queixa de poliartrite, principalmente em punhos e mãos, além de rigidez matinal. Em 2006, iniciou quadro de diarreia líquida, por vezes com mais de 10 evacuações ao dia e emagrecimento. Na época, teve o diagnóstico de retocolite ulcerativa e iniciou uso de Sulfassalazina 1 g por dia. Em 2013, a paciente passou a fazer acompanhamento em nosso serviço. Colonoscopia de maio de 2013 evidenciava enantema, erosões e pseudopólipos em todos os segmentos colônicos. A Sulfassalazina foi então substituída por Mesalazina 4,8 g por dia e Azatioprina 150 mg por dia. Exames laboratoriais de 2013 mostravam grande elevação de fosfatase alcalina (381 U/L) e gamaglutamiltransferase (1864 U/L). Colangiorrressonância de maio de 2013 descrevia múltiplas áreas de afilamento das vias biliares intra e extra-hepáticas, intercaladas por áreas de calibre normal e áreas de dilatação, confirmando o diagnóstico de colangite esclerosante primária. Em setembro de 2013, a paciente iniciou o uso do ácido ursodesoxicólico 600 mg por dia. Também em 2013, inicia acompanhamento no serviço de reumatologia do nosso hospital universitário. Na ocasião, referia artrite em

punhos e metacarpofalangianas. O exame físico mostrava desvio ulnar da mão direita. Radiografia de mãos e punhos descrevia osteopenia e subluxação da articulação metacarpofalangiana do 1º quirodáctilo direito. O anticorpo anti-CCP (Cyclic Citrullinated Peptide) era reagente, no valor de 25,8 U/ml. Durante os anos de 2013 e 2014, a paciente encontrava-se em remissão do quadro intestinal, mas mantinha queixas articulares recorrentes, com necessidade de uso recorrente de prednisona. Em maio de 2014, tendo em vista a refretariedade dos sintomas articulares e a corticodependência, foi iniciado Infiximabe, com dose de ataque de 5 mg por kg de peso nas semanas 0, 2 e 6, seguida de manutenção de 5 mg por kg de peso a cada 8 semanas. Em 2015, a paciente mantinha-se em remissão da retocolite ulcerativa. Colonoscopia de maio de 2015 descrevia padrão de doença quiescente em todo o colon. Todavia, as queixas de artrite permaneciam recorrentes e, no início de 2016, o infliximabe foi substituído pelo adalimumabe, com dose de ataque de 160 mg na semana 0 e 80 mg na semana 2, seguida de manutenção com 40 mg a cada 2 semanas. Na ocasião, o anticorpo anti-CCP era de 117 U/ml e o fator reumatóide de 200 U/ml. Em junho de 2016, a paciente foi internada no hospital universitário com quadro de dor abdominal. Tomografia e ultrassonografia de abdome evidenciavam mucocele do apêndice. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora para retirada da lesão. O estudo anatomopatológico revelou neoplasia mucinosa de baixo grau do apêndice. Por conta da neoplasia, a terapia biológica foi suspensa. Ainda em 2016, a paciente evoluiu com piora importante da função hepática, com ascite e icterícia, denotando evolução da CEP para cirrose hepática. A paciente abandonou seguimento clínico em nosso serviço, sendo sua última consulta realizada em setembro de 2016.

Caso 3

Mulher de 57 anos, com relato de dor abdominal e diarreia crônica iniciados em 2008, realizou colonoscopia em março de 2010, que descrevia pancolite moderada. Iniciou acompanhamento em nosso serviço em junho de 2010, tendo recebido o diagnóstico de retocolite ulcerativa e iniciado sulfassalazina 4 g por dia e azatioprina 100 mg por dia.

A paciente relatava ainda que, desde 2008, apresentava queixas de artrite em punhos, metacarpofalangianas e interfalangianas proximais e que, em 2009, teve o diagnóstico de artrite reumatóide, fazendo uso de prednisona desde então. No final de 2010, a paciente apresentou elevação persistente de transaminases, com necessidade de suspensão da azatioprina. Em substituição à azatioprina, foi iniciado infliximabe, com dose de ataque de 5 mg por kg de peso nas semanas 0, 2 e 6, seguida de manutenção de 5 mg por kg de peso a cada 8 semanas. Entre 2010 e 2013, a paciente evoluiu com remissão da retocolite ulcerativa, mas com persistência das queixas articulares e necessidade de uso recorrente de prednisona. O anticorpo anti-CCP de setembro de 2013 tinha o valor de 47 U/ml. Em outubro de 2013, o intervalo entre as infusões do infliximabe foi reduzido de 8/8 semanas para 6/6 semanas. Além disso, foi iniciado deflazacorte 7,5 mg por dia. Todavia, os sintomas articulares persistiram. Radiografia de mãos e punhos de agosto de 2014 descrevia redução difusa da densidade óssea bilateral, cistos ósseos em escafoide direito e esclerose da superfície articular do rádio bilateral. No final de 2014, tendo em vista a não melhora da artrite em mãos, punhos e joelhos, o infliximabe foi substituído por adalimumabe, com dose de ataque de 160 mg na semana 0 e 80 mg na semana 2, seguida de manutenção com 40 mg a cada 2 semanas. Foi acrescentado ainda metotrexate na dose de 15 mg por semana. A paciente evoluiu com remissão da artrite em mãos e punhos desde então, referindo apenas artralgia ocasional. Última colonoscopia de dezembro de 2016 mostrou retocolite em remissão endoscópica.

Caso 4

Mulher de 53 anos, com queixas de dor abdominal e diarreia sanguinolenta desde 1999, realizou colonoscopia em março de 2000, que descrevia edema, hiperemia e erosões recobertas por fibrina em mucosa de reto e sigmóide. Na época, recebeu o diagnóstico de retocolite ulcerativa. Entre 2000 e 2005, fez uso irregular de sulfassalazina e prednisona. Em julho de 2005, a paciente iniciou acompanhamento em nosso serviço. Foi iniciado mesalazina 3,2 g por dia e mesalazina supositório 1,5 g por dia. Em 2008, a paciente inicia quadro de artrite em punhos, metacarpofalangianas e interfalangianas proximais de

ambas as mãos e joelhos. Referia ainda rigidez matinal. Devido a persistência dessas queixas articulares, a mesalazina foi substituída por Sulfassalazina, na dose de 3g por dia, em setembro de 2009. Houve melhora temporária das queixas articulares mas, no final de 2011, o quadro de artrite em interfalângianas proximais e joelhos recrudescceu. Em abril de 2012, iniciou azatioprina, na dose de 150 mg por dia, que foi suspensa em novembro de 2012, em decorrência de efeitos colaterais. Passou então a fazer uso de metotrexate, na dose 15 mg por semana, e prednisona, na dose de 40 mg por dia, depois reduzida de forma escalonada para 10 mg por dia. Em março de 2014, a paciente iniciou seguimento no serviço de reumatologia do nosso hospital. O fator reumatóide nessa época era de 320 U/ml. A dose do metotrexate foi aumentada para 20 mg por semana, sem melhora das queixas articulares. Em março de 2015, tendo em vista a persistência da artrite em mãos e joelhos e o uso crônico de prednisona, foi iniciado adalimumabe na dose de 40mg a cada 2 semanas. Todavia, mesmo com a adição do adalimumabe, não houve remissão das queixas da artrite reumatóide. Em setembro de 2016, o adalimumabe foi trocado pelo certolizumabe, na dose de 300 mg a cada 4 semanas sem, no entanto, ter sido obtido melhora dos sintomas articulares. Em adição, houve reaparecimento dos sintomas intestinais. Em agosto de 2017, foi indicado o uso de Infiximabe.

Caso 5

Mulher de 71 anos iniciou acompanhamento em nosso serviço em agosto de 2011. Na época, relatava quadro de diarreia mucosanguinolenta iniciado em 2004 e trazia colonoscopia de dezembro de 2008 que descrevia mucosa com edema, enantema, microulcerações e friabilidade do reto até o colon descendente. Informava que, ainda em 2008, recebeu o diagnóstico de retocolite ulcerativa e iniciou uso de prednisona e sulfassalazina. Informava ainda ser portadora de artrite reumatóide desde 2008, com sintomas articulares em remissão. Colonoscopia realizada em julho de 2011 descrevia pancolite severa e enterotomografia de setembro de 2011 mostrava ceco e colon descendente com paredes espessadas e realce parietal e transição retossigmoideana com estreitamento da luz intestinal. Esses achados levaram a mudança do diagnóstico para

doença de Crohn, com fenótipo A3-L2-B2, segundo a classificação de Montreal. O tratamento iniciado foi mesalazina, na dose de 4,8g por dia e azatioprina, na dose de 100mg por dia. Em setembro de 2013, a paciente apresentou reaparecimento das queixas articulares, com artrite em punhos e interfalângianas proximais, além de rigidez matinal, sendo então encaminhada para acompanhamento no serviço de reumatologia do nosso hospital. A dosagem do anticorpo anti-CCP era de 250 U/ml. Em outubro de 2014, tendo em vista a persistência das queixas articulares, foi iniciado adalimumabe 40mg a cada 2 semanas. Durante todo o ano de 2015, no entanto, a paciente persistiu com artrite em punhos, metacarpofalângianas e interfalângianas proximais. No início de 2016, o adalimumabe foi substituído por infliximabe, na dose de ataque de 5 mg/kg de peso nas semanas 0, 2 e 6, seguida de manutenção de 5 mg/kg de peso a cada 8 semanas. Após curto período de remissão das queixas articulares, a paciente volta a manifestar artrite em punhos, metacarpofalângianas e interfalângianas proximais no final de 2016. O intervalo entre as infusões de infliximabe foi reduzido para 6/6 semanas. Em sua última consulta, em junho de 2017, a paciente encontrava-se com a artrite reumatóide em atividade.

DISCUSSÃO

Os autores relatam uma série de 5 casos de associação entre AR e DII (tabela 1). Desses pacientes, 2 tinham DC e 3 tinham RCUI. O diagnóstico de DII foi feito com base em achados clínicos, laboratoriais, endoscópicos e histopatológicos sugestivos. O diagnóstico de AR foi feito de acordo com os critérios da ACR/EULAR de 2010. Todas as pacientes eram mulheres, com média de idade de 46 anos na época do início dos sintomas de AR e 47 anos na época do início dos sintomas de DII. Em duas pacientes, os sintomas de DII antecederam os de AR e o início dos sintomas foi concomitante em uma paciente. As articulações mais acometidas foram punhos, metacarpofalângianas e interfalângianas proximais. O uso de terapia biológica conseguiu obter remissão dos sintomas articulares em apenas 2 pacientes.

Enquanto a concomitância de Artrite Reumatóide e DII é rara, o acometimento articular próprio da DII, também denominado de Artropatia Enteropática, é bastante comum, ocorrendo entre 6% e 35% dos pacientes⁽⁵⁾.

A Artropatia Enteropática pode se manifestar como espondilopatia ou como artropatia periférica, ambas

Tabela 1 – Características clínicas das pacientes com associação de Doença Inflamatória Intestinal e Artrite Reumatóide.

Caso	Sexo	Idade atual	Ano do início dos sintomas de AR	Ano do início dos sintomas de DII	Tipo de DII	Remissão atual da DII	Remissão atual da AR	Motivo Biológico
1	feminino	58	2003	2006	DC	Sim	Sim	AR
2	feminino	57	1992	2006	RCU	Sim	Não	AR
3	feminino	57	2008	2008	RCU	Sim	Sim	AR
4	feminino	53	2008	1999	RCU	Não	Não	AR
5	feminino	71	2008	2004	DC	Sim	Não	AR

Legenda: AR – artrite reumatóide; DII – doença inflamatória intestinal; DC – doença de Crohn; RCU – retocolite ulcerativa;

soronegativas, e pode ocorrer tanto antes quanto depois do início dos sintomas

intestinais⁽²⁾. A espondilopatia pode cursar com sacroileíte e espondilite e se assemelha à Espondilite Anquilosante. Já a artropatia periférica pode se apresentar com 2 padrões: O tipo 1, que caracteriza-se como uma oligoartrite assimétrica, de acometimento agudo e auto-limitado, não-erosiva, mais frequente em grandes articulações e que tem relação com a atividade da DII; e o tipo 2, com poliartrite de pequenas articulações, de comportamento mais crônico e com pouca relação com a atividade da DII⁽⁶⁾.

Da mesma forma que existem manifestações articulares próprias da DII, pacientes com AR podem ter manifestações intestinais no contexto da própria doença reumatológica. Esse acometimento intestinal da AR pode decorrer de vasculite intestinal ou ser uma enterocolite induzida por drogas (principalmente os sais de ouro)⁽³⁾.

Na Artrite Reumatóide, temos uma poliartrite simétrica, cumulativa, que acomete frequentemente mãos (MTCF e IFP) e punhos, e é acompanhada de rigidez articular

matinal⁽⁷⁾. Tais achados se assemelham ao padrão tipo 2 da artropatia periférica da DII. Logo, em pacientes com acometimento de pequenas articulações em que a atividade da doença articular é independente da atividade da doença intestinal, torna-se necessária a investigação de Artrite Reumatóide como diagnóstico diferencial.

Assim como acontece na DII, o diagnóstico de AR é complexo e não se baseia em um único exame. Em 1987, a ACR definiu que, para classificar um paciente como portador de AR, era necessário satisfazer 4 de 7 critérios: rigidez matinal; artrite em três ou mais articulações; artrite em mãos; artrite simétrica; nódulos reumatóides; fator reumatóide positivo; e alterações radiológicas⁽⁸⁾. Em 2010, a ACR / EULAR estabeleceram um novo escore para classificação de AR, onde são necessários pelo menos 6 pontos para se classificar um caso como AR. São avaliados o Acometimento Articular (0-5 pontos), os testes Sorológicos (0-3 pontos), a duração dos sintomas (0-1 ponto) e as provas de atividade inflamatória (0-1 ponto)⁽⁹⁾.

Esse novo critério para classificação de AR tem maior sensibilidade e menor especificidade, sendo capaz de detectar a doença em fases mais iniciais ^(10, 11). Vale ressaltar que o diagnóstico precoce da AR (feito nos primeiros 12 meses de doença), com o início também precoce do uso das drogas anti-reumáticas modificadoras da doença (DARMDs), melhora o prognóstico a longo prazo, tanto radiológico quanto funcional e reduz o aparecimento de lesões articulares irreversíveis ⁽⁷⁾.

A presença de FR positivo ocorre em 70% dos pacientes com AR e está relacionada à pior prognóstico, principalmente quando ocorre em altos títulos. O anti-CCP possui sensibilidade semelhante e especificidade superior ao FR e pode ser usado principalmente nos casos com FR negativo ⁽⁷⁾. Todas as nossas pacientes apresentavam FR ou anti-CCP positivos.

A Artrite Reumatóide em atividade à despeito do uso de DARMDs foi a indicação do uso de Terapia biológica em todas as pacientes. O ACR recomenda que a escolha do tratamento da AR leve em consideração a atividade da Doença e os fatores de mal prognóstico (limitação funcional, doença extra-articular, FR ou anti-CCP positivos e erosões ósseas) e prevê a adição escalonada de medicamentos, ficando o uso de anti-TNF reservado para os casos de falhas nos esquemas terapêuticos iniciais que utilizam as DARMDs (Metotrexate, hidroxicloroquina, leflunomida, minociclina, sulfassalazina) ⁽¹²⁾.

Não está ainda definida a natureza da relação entre AR e DII. É possível que ambas as doenças compartilhem mecanismos fisiopatológicos comuns que predisporiam ao aparecimento concomitante das duas condições clínicas ⁽¹³⁾.

Já a baixa frequência de concomitância de AR e DII pode decorrer tanto do uso rotineiro de drogas imunossupressoras nessas duas doenças ⁽⁴⁾, quanto da confusão diagnóstica com a Artropatia Enteropática da própria DII ⁽²⁾.

Nós acreditamos que a elevada frequência de Artropatia Enteropática em pacientes com DII possa, paradoxalmente, estar retardando o diagnóstico de Doenças Reumatológicas específicas, como a Artrite

Reumatóide. Tal situação pode estar ocorrendo devido justamente à tendência de se rotular a queixa articular do paciente como decorrente da própria DII, sem a realização de investigação reumatológica mais aprofundada. Assim, reforçamos a necessidade de que todos os pacientes com DII portadores de queixas articulares, sejam investigados também para outras doenças reumatológicas, em especial, Artrite Reumatóide.

REFERÊNCIAS

1. Assche GV, Dignass A, Reinisch W, Van Der Woude CJ, Sturm A, De Vos M, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Special situations. *J. crohns. colitis.* [Internet] 2010;4(1):63–101. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2009.09.009>
2. Cruz VA, Yamaguchi L, Ribeiro CN, Magalhães VO, Rego J, Silva NA. Retocolite Ulcerativa e Artrite Reumatóide: uma rara associação – relato de caso. *Rev. bras. reumatol.* [Internet] 2012;52(4):645-50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042012000400014>
3. Adachi Y, Hinoda Y, Takahashi H, Nakagawa N, Sakamoto H, Itoh F, et al. Rheumatoid arthritis associated with ulcerative colitis. *J. gastroenterol.* [Internet] 1996; 31(4):590-5. Available from: <https://doi.org/10.1007/BF02355063>
4. Stather P, Cheshire H. Fistulating Crohns disease in a patient with rheumatoid arthritis. *J. crohns. colitis.* [Internet] 2010;4(3):347. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2010.02.003>

5. Brazilian Study Group of Inflammatory Bowel Diseases. Consensus guidelines for the management of inflammatory bowel disease. *Arq. gastroenterol.* [Internet] 2010;47(3): 313-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032010000300019>

6. Orchard TR, Wordsworth BP, Jewell DP. Peripheral arthropathies in inflammatory bowel disease: their articular distribution and natural history. *Gut* [Internet] 1998;42(3):387-91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/gut.42.3.387>

7. Mota LMH, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Rezende-Fronza LS, Bertolo MB, et al. Guidelines for the diagnosis of rheumatoid arthritis. *Rev Bras Reumatol.* [Internet] 2013; 53(2):141-57. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042013000200003>

8. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* [Internet] 1988; 31(3):315–24. Available from: https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/1987_revised_criteria_classification_ra.pdf

9. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3rd. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis.* [Internet] 2010; 69(9):1580-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2010.138461>

10. Berglin E, Dahlqvist SR. Comparison of the 1987 ACR and 2010 ACR/EULAR classification

criteria for rheumatoid arthritis in clinical practice: a prospective cohort study. *Scand. J. rheumatol.* [Internet] 2013;42(5):362-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23607599>

11. Humphreys JH, Symmons DP. Postpublication validation of the 2010 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism classification criteria for rheumatoid arthritis: where do we stand? *Curr. opin. rheumatol.* [Internet] 2013; 25(2):157-63. Available from: http://journals.lww.com/co-rheumatology/Abstract/2013/03000/Postpublication_validation_of_the_2010_American.2.aspx

12. Singh JA, Furst, DE, Bharat A, Curtis JR, Kavanaugh AF, Kremer JM, et al. 2012 Update of the 2008 American College of Rheumatology (ACR) Recommendations for the use of Disease-Modifying AntiRheumatic Drugs and Biologics in the treatment of Rheumatoid Arthritis (RA). *Arthritis Care Res (Hoboken).* [Internet] 2012; 64(5):625–639. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4081542/pdf/nihms586934.pdf/>

13. Aydin Y, O'zçakar L, Yıldız M, Akıncı A. Liason between rheumatoid arthritis and ulcerative colitis. *Rheumatol.Int.* [Internet] 2003;23:47-8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00296-002-0264-1>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Accepted: 2017/12/01

Publishing: 2018/01/31

Corresponding Address: Murilo Moura Lima, e-mail: murilomouralima@gmail.com