

# ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

---

CONSELHO EDITORIAL

---

## Editor Chefe (Chief Editor)

Prof. Dr. José António P. Silva

## Editores Associados (Associated Editors)

Dr. Carlos Vaz	Dr. <sup>a</sup> Manuela Costa
Dr. Fernando Saraiva	Dr. <sup>a</sup> Maria do Carmo Afonso
Dr. Herberto Jesus	Dr. Paulo Coelho

---

CONSELHO EDITORIAL INTERNACIONAL

---

Graciela Alarcon (E.U.A.)	Alfonse Masi (E.U.A.)
Donato Alarcón-Segovia (México)	Daniel McCarthy (E.U.A.)
Johannes Bijlsma (Holanda)	Osvaldo Messina (Argentina)
Jaime C. Branco (Portugal)	Eliseo Pascual (Espanha)
Gerd Burmester (Alemanha)	Michele Petri (E.U.A.)
Ian Chikanza (Reino Unido)	Mário Viana de Queiroz (Portugal)
Maurizio Cutolo (Itália)	Michel Revel (França)
J. Dequeker (Bélgica)	Piet Van Riel (Holanda)
Maxime Dougados (França)	Laurence Rubin (Canadá)
Marcos Bosi Ferraz (Brasil)	Ralph Schumacher (E.U.A.)
Dafna Gladman (E.U.A.)	Joseph Smolen (Áustria)
Juan Gomez-Reino (Espanha)	Tim Spector (Reino Unido)
Gabriel Herrero-Beaumont (Espanha)	Rainer H. Straub (Alemanha)
Maria Odete Hilário (Brasil)	Auli Toivanen (Finlândia)
David Isenberg (Reino Unido)	António Lopes Vaz (Portugal)
Joachim Kalden (Alemanha)	António Carlos Ximenes (Brasil)
Thore Kvien (Noruega)	Hasan Yazici (Turquia)
Rashid Luqmani (Reino Unido)	

Proibida a reprodução, mesmo parcial, de artigos e ilustrações, sem prévia autorização da Acta Reumatológica Portuguesa. Exceptua-se a citação ou transcrição de pequenos excertos desde que se faça menção da fonte.

Este SUPLEMENTO faz parte integrante do Vol. 27 N.º 1 da edição de Janeiro/Março de 2002 da Acta Reumatológica Portuguesa.

### Administração e Edição

Medfarma - Edições Médicas, Lda  
Av. José Gomes Ferreira 11, 4.º  
Esc. 41 - Edif. Atlas II - Miraflores  
1495-139 Algés

### Redacção

Sociedade Portuguesa de Reumatologia  
Rua D. Estefânia 177, 1.º D  
1000-154 Lisboa

### Registo

Inscrita no I.C.S. com o n.º 101.897

Depósito Legal: 86.955/95

ISSN: 0303-464X

Tiragem: 8.000 exemplares

Preço: 5,25 €

### Direcção Comercial e

### Serviços de Publicidade

Medfarma - Edições Médicas, Lda  
Tel: 214 121 142  
Fax: 214 121 146

### Seleção de Cor, Fotolito e Montagem

Alteração - Artes Gráficas, Lda.  
Rua Actriz Maria Matos, Armazém 58  
Apartado 242 • 2796-903 Linda-a-Velha  
Tel: 214 53 400 • Fax: 214 153 407

### Impressão e Acabamento

Europam - Estr. Lisboa-Sintra, km 14  
2726-901 Mem Martins

### Produção Gráfica

Rita Correia

Periodicidade: Publicação Trimestral



---

DIRECÇÃO

---

<b>Presidente</b>	Dr. A. Aroso Dias	<b>Tesoureiro</b>		Dr.ª Maria Eugénia Simões
<b>Vice-Presidente</b>	Dr. José A. Canas da Silva	<b>Vogal Região</b>	Sul	Dr. José Bravo Pimentão
<b>Vice-Presidente</b>	Dr. Adriano Moreira Neto		Centro	Dr. Jorge Silva
<b>Sec. Geral</b>	Dr. Augusto Faustino		Norte	Dr. Sérgio A. Oliveira Azevedo
<b>Sec. Adjunto</b>	Prof. José António P. Silva		Ilhas	Dr. Guilherme Figueiredo

---

MESA DA ASSEMBLEIA GERAL

---

<b>Presidente</b>	Dr. Mário Soares Rodrigues
<b>Vogal</b>	Dr.ª Viviana Tavares
<b>Vogal</b>	Dr. Carlos Miranda Rosa

---

CONSELHO FISCAL

---

<b>Presidente</b>	Dr. Paulo Clemente Coelho
<b>Relator</b>	Dr.ª Helena Matos Canhão
<b>Vogal</b>	Dr.ª Anabela Pinto Silva

---

PRESIDENTE ELEITO

---

Prof. Jaime C. Branco

---

CONSELHO CIENTÍFICO

---

ANATOMIA PATOLÓGICA  
BIOQUÍMICA  
CARDIOLOGIA  
ENDOCRINOLOGIA  
GASTROENTEROLOGIA  
HIDROLOGIA  
IMUNOLOGIA  
MED. FIS. REABILITAÇÃO  
MEDICINA INTERNA  
MEDICINA DO TRABALHO  
NEUROCIRURGIA  
OFTALMOLOGIA  
ORTOPEDIA  
PATOLOGIA CLÍNICA  
PEDIATRIA  
RADIOLOGIA  
REUMATOLOGIA

Dr.ª Odete Almeida  
Prof. Dr. J. Martins e Silva  
Prof. Dr. Mário Lopes  
Prof. Dr. Galvão Teles  
Prof. Dr. Guilherme Peixe  
Prof. Dr. Frederico Teixeira  
Prof. Dr. Rui Victorino  
Dr. Martins da Cunha  
Dr. Monteiro Baptista  
Dr. A. Meyrelles do Souto  
Prof. Dr. António Trindade  
Prof. Dr. Castanheira Diniz  
Prof. Dr. Salis Amaral  
Prof. Dr. Pinto de Barros  
Dr.ª Maria José Vieira  
Dr. J. Covas de Lima  
Prof. Dr. A. Lopes Vaz



**XI CONGRESSO  
PORTUGUÊS DE  
REUMATOLOGIA**

**Lisboa, Pavilhão Atlântico  
20-23 de Março de 2002**

**PROGRAMA OFICIAL**



---

COMISSÃO DE HONRA

---

Presidente da República  
Primeiro Ministro  
Ministro da Saúde  
Governador Civil de Lisboa  
Presidente da Comissão Parlamentar de Saúde  
Bastonário da Ordem dos Médicos  
Presidente da Câmara Municipal de Lisboa  
Director Geral de Saúde  
Presidente da ARS de Lisboa e Vale do Tejo

---

COMISSÃO CIENTÍFICA

---

**Presidente:** Dr. Aroso Dias (H. S. João - Porto)  
Prof. A. Lopes Vaz (H. S. João - Porto)  
Prof. Albino Teixeira (Faculdade de Medicina do Porto - Porto)  
Dr. Domingos Araújo (H. Conde de Bertiandos - Ponte de Lima)  
Dr. Armando Malcata (H. U. Coimbra - Coimbra)  
Prof. José António Silva (H. U. Coimbra - Coimbra)  
Prof. M. Viana Queiroz (H. S. Maria - Lisboa)  
Prof. J. Cunha Branco (H. Egas Moniz - Lisboa)  
Dr. J. Canas da Silva (H. Garcia de Orta - Almada)  
Dr. José Vaz Patto (I. P. R. - Lisboa)  
Dr. Rui André (H. M. P. - Lisboa)  
Dr. Guilherme Figueiredo (H. Ponta Delgada - Açores)  
Dr. A. Quintal de Freitas (C. H. Funchal - Funchal)

---

COMISSÃO ORGANIZADORA

---

**Presidente:** Dr. Augusto Faustino (I. P. R. - Lisboa)  
Dr. Aroso Dias (H. S. João - Porto)  
Prof. J. Cunha Branco (H. Egas Moniz - Lisboa)  
Dr. J. Canas da Silva (H. Garcia de Orta - Almada)  
Dr. Adriano Neto (H. S. Maria - Lisboa)  
Prof. José António Silva (H. U. Coimbra - Coimbra)  
Dr<sup>a</sup>. Eugénia Simões (I. P. R. - Lisboa)  
Dr. Sérgio Alcino (H. Conde de Bertiandos - Ponte de Lima)  
Dr. Jorge Silva (Hospital Distrital de Pombal)  
Dr. José Bravo Pimentão (H. S. Maria - Lisboa)  
Dr. Guilherme Figueiredo (H. Ponta Delgada - Açores)

# XI CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

## SUMÁRIO / CONTENTS

### PROGRAMA / PROGRAM

<b>Programa Científico</b>	<b>9</b>
<b>Mensagem de Boas Vindas</b>	<b>13</b>

### LIÇÕES PLENÁRIAS / PLENARY SESSIONS

<b>Terapêuticas biológicas em Reumatologia: Estado da Arte</b> Dr. Barry Bresnihan (Dublin)	<b>17</b>
<b>Quoi de neuf en Rhumatologie en 2002</b> Prof. Jean Sibilia (Estrasburgo)	<b>17</b>
<b>Pathophysiology of Osteoarthritis</b> Profa. Johanne Martel-Pelletier (Montreal)	<b>18</b>
<b>En que medida es curable la gota?</b> Prof. Eliseo Pascual Gómez (Alicante)	<b>18</b>
<b>Le genome humain et la Rhumatologie</b> Prof. Alain Cantagrel (Toulouse)	<b>18</b>
<b>Classificação das artrites infantis e juvenis</b> Dr. J. A. Melo Gomes	<b>18</b>
<b>Etiopatogenia da Osteoporose</b> Prof. Jaime Branco	<b>20</b>

### MESAS-REDONDAS / ROUND TABLES

<b>Osteoartrose</b>	<b>25</b>
<b>LES e outras conectivites</b>	<b>26</b>
<b>Artrite reumatóide</b>	<b>29</b>
<b>Osteoporose</b>	<b>30</b>
<b>Ecografia em reumatologia</b>	<b>31</b>

### COMUNICAÇÕES LIVRES / ORAL PRESENTATIONS

<b>Análise da Publicação na Acta Reumatológica Portuguesa – da sua Origem (1973) à Actualidade (resultados preliminares).</b>	<b>39</b>
<b>Síndrome de Anticorpos Antifosfolípidos na Criança: Experiência de uma Consulta.</b>	<b>40</b>
<b>Destrução Radiológica das Grandes Articulações em 193 Doentes com Artrite Reumatóide. Relação com a Destrução das Pequenas Articulações e a Incapacidade Funcional.</b>	<b>40</b>
<b>Efeito da Terapêutica com Corticóides no Fenótipo Macrofágico em Doentes com Artrite Reumatóide: Macrófagos CD163 Positivos - um Novo Fenótipo Macrofágico Imunoregulador?</b>	<b>40</b>
<b>Estudo do Líquido Sinovial - Experiência de uma Unidade.</b>	<b>41</b>
<b>Prognostic Indicators of Disability in Ankylosing Spondylitis.</b>	<b>42</b>
<b>Artroplastias na Mão Reumatóide – Novos Conceitos.</b>	<b>43</b>
<b>Consulta de Artrite Reumatóide e Artrites Precoces do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta – Experiência de 1,5 Anos</b>	<b>43</b>
<b>O Impacto da Artrite Reumatóide: Custos Económicos e Incapacidade para o Trabalho. Um Estudo de 146 Doentes.</b>	<b>43</b>

# XI CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

## SUMÁRIO / CONTENTS

### COMUNICAÇÕES LIVRES / ORAL PRESENTATIONS

<b>Estudo Cesar - Custos Económicos e Sociais da Artrite Reumatóide. Custos Indirectos.</b>	<b>44</b>
<b>Anticorpos Anti-fosfolípidos e suas Manifestações Clínicas: Estudo de uma População Portuguesa.</b>	<b>45</b>
<b>Estudo Prospectivo Aberto da Eficácia da Lavagem e Infiltração Articular no Tratamento de Artropatias do Joelho.</b>	<b>45</b>
<b>Estudo Prospectivo de Avaliação da Capacidade Diagnóstica de Artrite Reumatóide por Biópsia Sinovial - Análise Interina.</b>	<b>46</b>
<b>Terapêutica do Síndrome de Sjögren com Plugs de Oclusão dos Canais Lacrimais – Resultados Preliminares</b>	<b>47</b>
<b>Poliangeite Microscópica – a Propósito de Seis Casos Clínicos</b>	<b>47</b>

### POSTERS

<b>Análise Comparativa da Repercussão Funcional e Social da Espondilite Anquilosante Versus Artrite Reumatóide.</b>	<b>51</b>
<b>Estudo da Personalidade em Doentes Reumáticos.</b>	<b>51</b>
<b>Custos Hospitalares das Fracturas Osteoporóticas Proximais do Fémur – Estudo Comparativo com Outras Doenças.</b>	<b>52</b>
<b>Avaliação dos Conhecimentos sobre a Osteoporose em Portugueses Jovens e com Mais de 50 Anos.</b>	<b>53</b>
<b>Lúpus Pernio e Artrite – um Caso de Sarcoidose.</b>	<b>54</b>
<b>Esclerose Sistémica e Trombocitose – um Caso Difícil.</b>	<b>54</b>
<b>Lúpus Eritematoso Sistémico. Internamentos nos Últimos 5 Anos.</b>	<b>55</b>
<b>O Impacto Social e Psicológico da Artrite Reumatóide: Estudo Transversal de 146 Doentes.</b>	<b>55</b>
<b>Destruição Articular Radiológica e Incapacidade Funcional na Artrite Reumatóide: Estudo Transversal de 146 doentes.</b>	<b>55</b>
<b>Padrão de Destruição Articular Radiológica das Mãos na Artrite Reumatóide: Estudo Transversal de 193 Doentes.</b>	<b>56</b>
<b>Ecocardiografia de Esforço em Doentes com LES. Resultados Preliminares.</b>	<b>56</b>
<b>Prevalência de Cardiopatia Isquémica na AR.</b>	<b>57</b>
<b>Efeitos dum Programa de Exercícios Aquáticos em Indivíduos com Perturbações Músculo-Esqueléticas.</b>	<b>58</b>
<b>Síndrome de Sjögren Primário: Estudo Comparativo com 88 Doentes Classificados Segundo Critérios Diferentes.</b>	<b>59</b>
<b>Doença de Still do Adulto: Manifestações, Curso Clínico e Tratamento</b>	<b>60</b>

# XI CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

## SUMÁRIO / CONTENTS

### POSTERS

<b>Tratamento da Tendinite Calcificante do Ombro com Ondas de Choque Extracorpóreas.</b>	<b>60</b>
<b>Gonartrose – O Hiato Diagnóstico (The Diagnostic GAP).</b>	<b>61</b>
<b>Manifestações Clínicas e Serológicas de 142 Doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico, Seguidos na Unidade de Reumatologia do Hospital de S. João nos Últimos Anos.</b>	<b>61</b>
<b>Etanercept no Tratamento da Artrite Idiopática Juvenil – Caso Clínico.</b>	<b>62</b>
<b>Interesse na Capilaroscopia na Abordagem de Alguns Quadros Reumatológicos.</b>	<b>62</b>
<b>Hipertensão Portal como Manifestação Clínica Rara da Síndrome de Anticorpos Antifosfolípidos na Criança.</b>	<b>63</b>
<b>Uma Curiosidade Radiológica que Importa Conhecer...</b>	<b>64</b>
<b>Espondilite Anquilosante – Uma Revisão Clínica de 153 Doentes.</b>	<b>64</b>
<b>Envolvimento Valvular Cardíaco em Doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico. Correlação com a Presença de Anticorpos Anticardiolipina.</b>	<b>65</b>
<b>Síndrome de Sobreposição com Fenómeno de Raynaud Grave e Glaucoma numa Criança de 12 anos de Idade.</b>	<b>65</b>
<b>Avaliação da Eficácia e Segurança da Terapêutica com Infliximab e Etanercept em Doentes com Artrite Reumatóide.</b>	<b>66</b>
<b>Avaliação Prospectiva da Terapêutica Intra-articular com Hialuronato de Sódio na Gonartrose Primária.</b>	<b>67</b>
<b>Hiperprolactinémia numa Doente com Artrite Reumatóide sob Terapêutica com Etanercept.</b>	<b>67</b>
<b>Lúpus Eritematoso Sistémico Juvenil em Doentes Portugueses.</b>	<b>68</b>
<b>Lipomatose Arborescente do Joelho – Causa Rara de Hidartrose Recorrente.</b>	<b>69</b>
<b>Viscossuplementação: Qual a Importância do Peso Molecular na Resposta Terapêutica?</b>	<b>69</b>
<b>Terapêuticas Biológicas: Para Além da Eficácia.</b>	<b>70</b>
<b>Efeitos Adversos Associados à Terapêutica com Infliximab em 31 Doentes com Artrite Reumatóide.</b>	<b>70</b>
<b>Actividade Clínica, Co-Morbilidade e Impacto Sócio-Económico da Artrite Reumatóide numa População de Doentes Portugueses.</b>	<b>71</b>
<b>Dados Epidemiológicos da Doença de Paget em Portugal.</b>	<b>71</b>
<b>Condrocálciose: Epidemiologia e Factores de Risco.</b>	<b>72</b>
<b>Tratamento com Iloprost Endovenoso de Úlceras Digitais em Doentes com Doença do Tecido Conjuntivo.</b>	<b>73</b>
<b>Polimiosite e Dermatomiosite nos Últimos 10 Anos: Caracterização Clínica e Avaliação da Terapêutica e Prognóstico.</b>	<b>74</b>

# XI CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

## SUMÁRIO / CONTENTS

### POSTERS

<b>Caracterização Clínica e Serológica de 72 Doentes Portugueses com Artrite Idiopática Juvenil.</b>	<b>75</b>
<b>Subluxação Atlanto-Axial numa Criança com Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) Oligoarticular.</b>	<b>75</b>
<b>Fibroma Não Ossificante do Fémur: Uma Forma Particular de Gonartrite na Criança.</b>	<b>76</b>
<b>Creatinina Kinase (CK) e Actividade do LES.</b>	<b>76</b>
<b>Dor, Fibromialgia e Actividade da Doença: A Sua Relação no LES.</b>	<b>77</b>
<b>Características Clínicas do Envolvimento Pulmonar no LES Avaliado por TAC.</b>	<b>77</b>
<b>Perfil dos Doentes com LES numa Consulta Externa de Reumatologia.</b>	<b>78</b>
<b>Poliangeíte Microscópica de Início Tardio.</b>	<b>78</b>
<b>Efeitos Adversos Associados à Terapêutica com Etanercept em 17 Doentes com Artrite Reumatóide.</b>	<b>79</b>
<b>Aumento de Peso Associado à Administração de Antagonistas do Factor de Necrose Tumoral, em Doentes com Artrite Reumatóide.</b>	<b>80</b>
<b>Vasculite Secundária a Propiltiouracilo.</b>	<b>80</b>
<b>Artrite Reumatóide e Anti-TNF Alfa – A Nossa Experiência.</b>	<b>81</b>
<b>Avaliação Psicológica numa População de Doentes com LES.</b>	<b>81</b>
<b>Mineral Ósseo e Velocidade de Condução do Som do Rádio Médio Não Dominante de Homens Idosos de Acordo com a Massa e a Força Musculares.</b>	<b>82</b>
<b>Plasmaferese Associada a Corticosteróides no LES – Caso Clínico.</b>	<b>83</b>

### SIMPÓSIOS SATÉLITES / SATELITE SIMPOSIA

<b>Simpósio Satélite AMGEN</b>	<b>87</b>
<b>Simpósio Satélite AVENTIS</b>	<b>87</b>
<b>Simpósio Satélite MSD</b>	<b>87</b>
<b>Simpósio Satélite PST</b>	<b>87</b>

### LIÇÃO DE ENCERRAMENTO / CLOSING LECTURE

<b>Década do Osso e da Articulação Prof. Lopes Vaz</b>	<b>89</b>
--	-----------

### CURSO LIVRE / FREE COURSE

<b>Estudo do Líquido Sinovial</b>	<b>93</b>
-----------------------------------	-----------

XI CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA  
20 A 23 DE MARÇO DE 2002  
PROGRAMA DO CONGRESSO

DIA 20 DE MARÇO DE 2002 • 4<sup>ª</sup> FEIRA

**Grupos de Trabalho da Sociedade Portuguesa de Reumatologia**

Local – Hotel Melià Parque das Nações

09.00 - 10.00h	Metrologia
10.00 - 11.00h	Epidemiologia. Dor
11.00 - 12.00h	Geronto-Reumatologia. Reumatologia Pediátrica
12.00 - 13.00h	Artrite Reumatóide
13.00h	Almoço de trabalho no Hotel (grupos de trabalho)
15.00 h	Abertura do Secretariado
16.00 - 17.30 h	<b>Lições Plenárias Inaugurais</b> PRESIDENTE: Dr. Aroso Dias (Presidente da S.P.R.) <b>Terapêuticas Biológicas em Reumatologia:</b> <b>Estado da Arte</b> Dr. Barry Bresnihan (Dublin) <i>Quoi de neuf en Rhumatologie en 2002</i> Prof. Jean Sibia (Estrasburgo)
17.30 - 18.30 h	<b>Simpósio Satélite Amgen</b>
19.00 - 19.30 h	<b>Cerimónia de Abertura</b>
20.00 - 20.30 h	<b>Cocktail de Boas Vindas</b>

DIA 21 DE MARÇO DE 2002 • 5<sup>ª</sup> FEIRA

08.00 h	Abertura do Secretariado
08.00 - 09.00 h	<b>Discussão de Posters</b> MODERADORES: Dra. Carmo Afonso e Dr. Luís Maurício
09.00 - 10.30 h	<b>MESA REDONDA: Osteoartrose</b> Patrocínio Rotta Farmacêutica COORDENADORES: Dr. Rui André Santos e Dr. Augusto Faustino CONVIDADOS: Prof. Jean-Pierre Pelletier (Montreal) e Prof. Jean Yves Reginster (Liège) <b>O tratamento da Osteoartrose para lá da dor</b> Dra. Cristina Catita <b>Avaliação clínica da Osteoartrose na clínica e na investigação</b> Dr. Paulo Coelho <i>New therapeutic targets in Osteoarthritis</i> Prof. Jean-Pierre Pelletier <i>It is possible to modify evolution of osteoarthritis?</i> Prof. Jean Yves Reginster
10.30 - 11.00 h	Coffee Break

11.00 - 11.30 h	<b>Lição Plenária</b> PRESIDENTE: Dr. J. Silva Brito <i>Pathophysiology of Osteoarthritis</i> Prof. Johanne Martel-Pelletier (Montreal)
11.30 - 12.00 h	<b>Lição Plenária</b> PRESIDENTE: Dr. Martín Mola (Madrid) <i>En que medida es curable la gota?</i> Prof. Eliseo Pascual Gómez (Alicante)
12.00 - 13.30 h	Almoço
13.30 - 14.00 h	<b>Lição Plenária</b> PRESIDENTE: Dr. José Canas da Silva <i>Le Genome Humain et la Rhumatologie</i> Prof. Alain Cantagrel (Toulouse)
14.00 - 15.30 h	<b>MESA REDONDA: LES e outras conectivites</b> COORDENADORES: Dr. J. Alberto P. Silva e Dra. Maria José Santos CONVIDADO: Prof. Jean Sibilia (Estrasburgo) <b>Lúpus Eritematoso Sistémico Juvenil</b> Dra. Helena Canhão <b>Síndrome Anti-Fosfolípidos</b> Dra. Maria José Santos <b>Inovações terapêuticas no Lúpus Eritematoso Sistémico</b> Dr. Luís Inês <i>Lupus Rheumatologique: Conduite à tenir</i> Prof. Jean Sibilia
15.30 - 16.00 h	Coffe Break
16.00 - 17.30 h	<b>Comunicações Livres</b> MODERADORES: Dr. Armando Malcata e Dr. Alberto Quintal
18.00 - 19.30 h	<b>Simpósio Satélite Aventis</b>
20.00 h	Jantar

DIA 22 DE MARÇO DE 2002 • 6<sup>A</sup> FEIRA

08.00 h	Abertura do Secretariado
08.00 - 09.00 h	<b>Posters</b> MODERADORES: Dr. Simões Ventura e Dr. João Rego
09.00 - 10.30 h	<b>MESA REDONDA: Artrite Reumatóide</b> PATROCÍNIO: Schering-Plough COORDENADORES: Dr. Paulo Reis e Dr. João Eurico Fonseca <b>Avaliação crítica dos DMARDs no ano 2002</b> Prof. M. Viana de Queiroz <b>Repercussão sócio-económica da Artrite Reumatóide em Portugal</b> Dr. Armando Malcata <b>Avaliação das terapêuticas anti-TNFa em Portugal</b> Dra. Maria do Céu Maia <b>Terapêutica da Artrite Reumatóide: a próxima revolução?</b> Dr. Luís Graça
10.30 - 11.00 h	Coffee Break
11.00 - 11.30 h	<b>Lição Plenária</b> PRESIDENTE: Prof. M. Viana de Queiroz

	<b>Classificação das Artrites Infantis e Juvenis</b> Dr. J. A. Melo Gomes
11.30 - 13.00 h	<b>Simpósio Satélite MSD</b>
13.00 - 14.30 h	Almoço
14.30 - 15.00 h	<b>Lição Plenária</b> PRESIDENTE: Dr. António Vilar <b>Etiopatogenia da Osteoporose</b> Prof. Jaime Branco
15.00 - 16.30 h	MESA REDONDA: <b>Osteoporose</b> PATROCÍNIO: Lilly Farma Coordenadores: Dra. Viviana Tavares e Dr. Carlos Vaz <b>Medição da massa óssea e diagnóstico de Osteoporose</b> Prof. José António Silva <b>Avaliação de risco fracturário</b> Dra. Eugénia Simões <b>Osteoporose masculina</b> Dr. Carlos Vaz
16.30 - 17:00 h	Coffe Break
17:00 - 18:00 h	<b>Comunicações Livres</b> MODERADORES: Prof. Jaime Branco e Dr. Guilherme Figueiredo
18.00 - 19.30 h	<b>Simpósio Satélite PST</b>
20.00 h	Jantar de Encerramento PATROCÍNIO: Pharmacia/Pfizer

DIA 23 DE MARÇO DE 2002 • SÁBADO

08.30 h	Abertura do Secretariado
09.00 - 10.30 h	MESA REDONDA: « <b>Ecografia em Reumatologia</b> » COORDENADORES: Dra. Margarida Silva, Dra. Margarida Cruz, Dr. Fernando Saraiva e Dr. Pedro Gonçalves <b>Ecografia em Reumatologia?</b> Dr. Fernando Saraiva <b>Ecografia do Ombro</b> Dra. Margarida Cruz <b>Ecografia do Joelho</b> Dr. Pedro Gonçalves <b>Ecografia de outras regiões</b> Dra. Margarida Silva <b>Infiltrações guiadas</b> Dr. Álvaro Rosa
10.30 - 11.00 h	Coffee Break
11.00 - 12.00 h	<b>Lição de Encerramento</b> PRESIDENTE: Prof. Luís Almeida <b>«DÉCADA DO OSSO E DA ARTICULAÇÃO»</b> Prof. Lopes Vaz
12.00 - 12.30 h	<b>Conferência de Imprensa</b>
12.30 - 13.30 h	Almoço

## CURSOS LIVRES

### 1º Curso Livre: «Estudo do Líquido Sinovial»

**Organização:**

Unidade de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz.  
Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

**Local**

Hospital de Egas Moniz.  
Laboratório de Micrucirurgia.

**Direcção**

Prof. Jaime C. Branco  
Dr. J. M. Bravo Pimentão

**Coordenação**

Dr. J. M. Bravo Pimentão

**1ª Edição:**

20 de Março de 2002 - das 9h00 às 15h30

**2ª Edição:**

23 de Março de 2002 - das 13h30 às 19h30

**Colaboração:**

Labocontrolo  
Lilly

**Almoço/Jantar**

## MENSAGEM DE BOAS-VINDAS

António Aroso Dias\*

O Congresso Nacional de Reumatologia, organizado pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), é naturalmente a mais importante manifestação científica desta especialidade, congregando a participação de todos os Centros de Reumatologia portugueses e de várias especialidades afins.

Neste XI Congresso, preocupámo-nos em ver debatidos e discutidos os temas e os avanços mais recentes da Reumatologia actual. Para tal, vamos ter 8 Lições Plenárias a cargo de Conferencistas nacionais (3) e estrangeiros (5) de reconhecido prestígio científico e 5 importantes Mesas Redondas

Tivemos uma participação entusiástica dos Internos e Especialistas de quase todos os Centros de Reumatologia com submissão de elevado número de trabalhos (70) para apresentação de Comunicações Livres ou em «Poster», quase todos aceites pela Comissão Científica do Congresso. Gostaria de realçar que muitos desses trabalhos são de extrema actualidade e rigor científico. Esta quantidade e qualidade de apresentações, que tem vindo a aumentar de modo impressionante nos últimos anos, constitui um bom indicador da pujança e qualidade científica da Reumatologia Nacional e, muito em particular, dos Internos e Jovens Reumatologistas.

Como é já tradicional, vão decorrer vários Simposios Terapêuticos, um dos quais completamente inovador, mas todos muito atractivos e pedagógicos.

Também as **Associações de Doentes Reumáticos**, que têm vindo a desempenhar um importante papel na luta pela melhoria da qualidade de vida destes doentes, têm um lugar privilegiado e uma participação activa neste Congresso.

É para nós uma grande honra termos o **Presidente da Sociedade Espanhola de Reumatologia** a participar neste evento científico, numa demonstração de grande cordialidade e de aproximação entre estas 2 Sociedades Ibéricas, que

todos pretendemos que seja cada vez mais afectiva e efectiva.

O apoio da Indústria Farmacêutica foi, como é habitual, de capital importância para a realização e dimensão adequada deste Congresso. Como prova do nosso reconhecimento, pede-se a todos os participantes que não deixem, nos intervalos livres, de visitarem os Stands presentes.

Nesta jovem especialidade que trata velhas doenças que afectam e incapacitam, muitas vezes muito precocemente, milhares de idosos, jovens e crianças, há ainda muito sofrimento e gastos económicos e sociais progressivamente crescentes, mas passíveis de serem evitados ou atenuados. Estes aspectos estão, aliás, na base do lançamento mundial pela OMS, ONU, Banco Mundial, etc... da campanha «A DÉCADA DO OSSO E DA ARTICULAÇÃO 2000-2010», temática que vai constituir a Lição de Encerramento deste Congresso. Apesar da sua dimensão geográfica, estratégica e de política da saúde, esta grande iniciativa internacional não conseguiu ainda despertar (e já lá vão mais de 2 anos) a atenção e o interesse dos nossos governantes (Ministério da Saúde), ao contrário do que aconteceu já com a grande maioria dos países Europeus, numa extremamente preocupante demonstração de alheamento e de cegueira política.

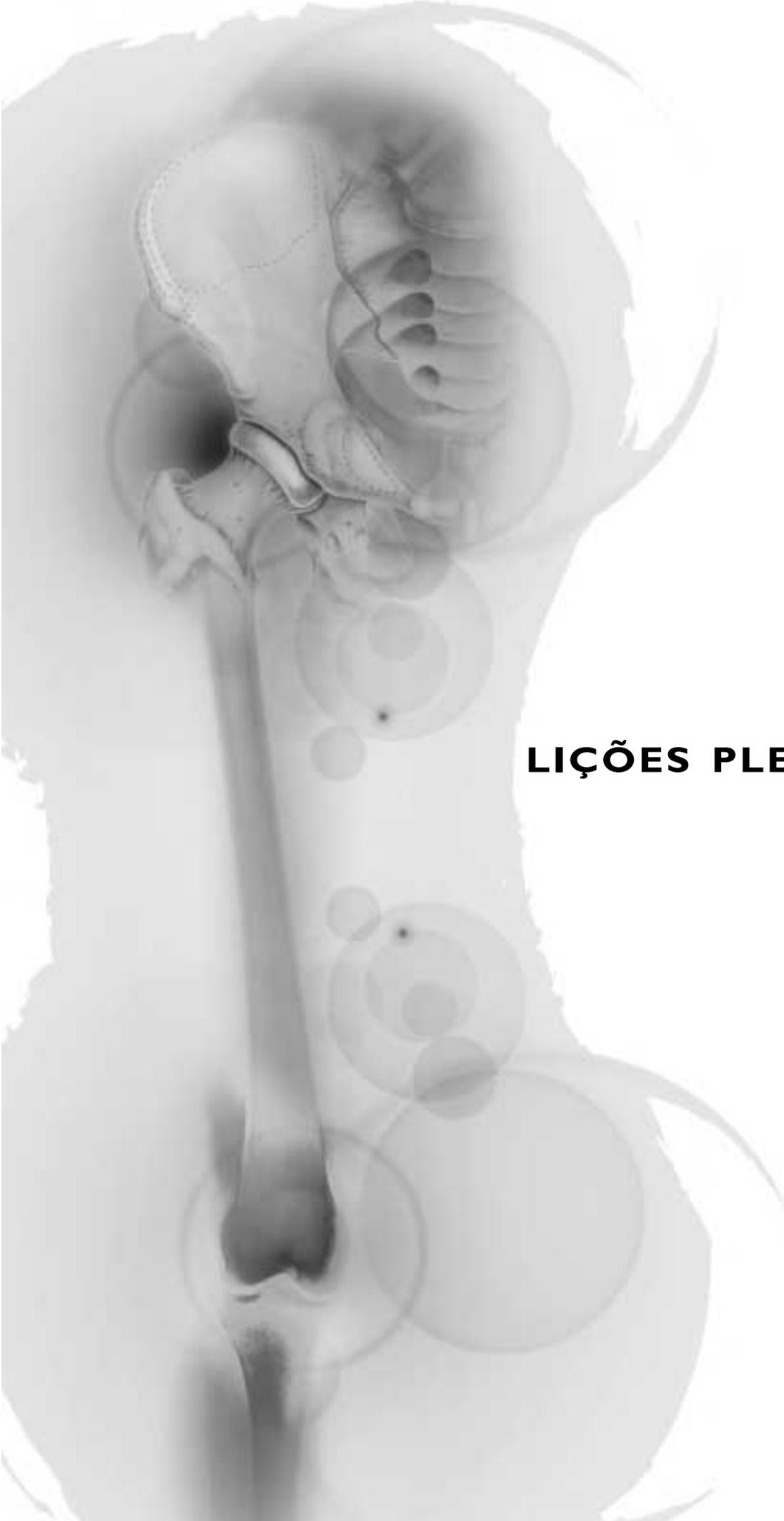
Esperamos que este Congresso confirme as suas potencialidades científicas, contribua para atenuar as nossas preocupações para com os doentes reumáticos e para o desinteresse governamental, e constitua para todos os participantes (Reumatologistas, Clínicos Gerais, Internistas, Ortopedistas, Fisiatras, Doentes Reumáticos, etc...), um ponto de encontro útil, promissor e agradável.

A presença de um elevado número de Congressistas será mais uma prova da importância e vitalidade da Reumatologia Portuguesa e, em nome da SPR e dos doentes reumáticos, a todos damos as boas-vindas e agradecemos a disponibilidade, o interesse e a participação activa neste XI Congresso.

---

\*Presidente da S.P.R.





## **LIÇÕES PLENÁRIAS**



## LIÇÕES PLENÁRIAS

**Lição Plenária Inaugural****TERAPÊUTICAS BIOLÓGICAS EM REUMATOLOGIA:****ESTADO DA ARTE**

Dr. Barry Bresnihan (Dublin)

*Não foi recebido resumo.***QUOI DE NEUF EN RHUMATOLOGIE EN 2002**

Prof. Jean Sibilia

Service de Rhumatologie, Strasbourg, France

La rhumatologie est une discipline en pleine progression! Des progrès spectaculaires ont été faits dans le domaine des concepts et surtout du développement de nouveaux traitements.

1. Les nouveaux concepts développés l'ont été dans des domaines variés, en particulier en immunopathologie et en pathologie osseuse.

- La découverte du rôle important des lymphocytes B, qui peuvent être activés par un système indépendant [système BLys (B Lymphocyte Stimulator)], et la découverte du rôle de l'environnement bactérien dans la modulation de la réponse immunitaire de l'hôte sont deux événements importants.

- En pathologie osseuse, la découverte du système RANK-RANK ligand et de l'ostéoprotégérine est une avancée fondamentale, permettant de comprendre les phénomènes d'ostéolyse maligne mais aussi la destruction ostéo-articulaire observée dans les rhumatismes inflammatoires comme la polyarthrite rhumatoïde.

- D'autres avancées fondamentales ont été observées comme la découverte de cellules souches méenchymateuses issues de la moelle osseuse, du tissu adipeux ou même de la membrane synoviale, capables de se transformer sous l'effet de facteur de croissance divers en ostéocytes ou en chondrocytes.

Tous ces nouveaux concepts ouvrent d'importantes perspectives pour le diagnostic et surtout le traitement des maladies rhumatologiques.

2. L'évolution des concepts n'existerait pas sans

l'apparition de nouveaux outils, en particulier en biologie moléculaire. La PCR (Polymerase Chain Reaction) a permis le développement de nouvelles méthodes beaucoup plus performantes, en particulier les puces à ADN (micro et macro arrays) qui permettent de détecter, dans des liquides ou des tissus, de l'ADN ou de l'ARN de plusieurs centaines de gènes par des techniques simples et automatisées.

3. Des progrès thérapeutiques spectaculaires ont été réalisés dans le domaine de l'immunothérapie et de la pathologie osseuse.

- Les coxibs (Rofécoxib et Célécoxib) sont une véritable innovation thérapeutique, permettant d'utiliser des anti-inflammatoires avec une réduction significative du risque digestif et gastro-duodéal.

- Dans la polyarthrite rhumatoïde, le progrès le plus spectaculaire a été apporté par les anti-TNF (Infliximab<sup>®</sup>, Rémicade<sup>®</sup>) qui peuvent avoir un effet symptomatique impressionnant mais surtout qui peuvent freiner significativement la progression radiographique. Ces médicaments ne sont probablement que les outils de la préhistoire de l'immuno-intervention car de nombreuses nouvelles molécules ont été développées pour bloquer d'autres cytokines (IL-1 Ra, anti-L18) ou réguler la coopération cellulaire (CTLA-4 Ig, anti-CD40...). Cette immunothérapie a pour l'instant été développée grâce à l'utilisation d'anticorps monoclonaux et de récepteurs solubles mais l'avenir est peut-être à l'utilisation de nouvelles molécules capables de moduler la signalisation intracellulaire. Ces molécules pourront bloquer l'activation de cellules immunitaires autoréactives en agissant «au cœur» de la cellule, sur les voies de NF-KB ou des MAP kinases.

- En pathologie osseuse, le développement des nouveaux bisphosphonates (Alendronate, Risédronate) chez la femme, chez l'homme et dans l'ostéoporose cortisonique sont un vrai progrès. De nouvelles molécules, comme la parathormone, sont aussi un grand espoir.

- Parallèlement à ces traitements généraux, on

assiste aussi aux développements de techniques percutanées originales pour le traitement de tumeurs bénignes comme les ostéomes ostéoïdes (thermocoagulation par laser ou radiofréquence) ou le traitement de tassements vertébraux (vertébroplastie et kyphoplastie).

L'avenir est au développement de la rhumatologie qui est une discipline en pleine expansion.

#### **PATHOPHYSIOLOGY OF OSTEOARTHRITIS**

Johanne Martel-Pelletier, PhD

Professor of Medicine, Université de Montréal  
Director, Osteoarthritis Research Unit,  
Centre Hospitalier de l'Université de Montréal —  
Hôpital Notre-Dame  
Montréal, Québec, Canada

Osteoarthritis (OA) can be described as the degradation and loss of articular cartilage, accompanied by subchondral bone remodeling, osteophyte formation and synovial membrane inflammation. This is clinically reflected by a gradual development of fluctuating joint pain, swelling, stiffness and loss of motion.

There is now evidence that the initiation and progression of OA is complex, and is likely a result of different processes. During this presentation, I will discuss the different mechanisms believed to be responsible for the progression of OA.

The catabolic process is induced by proinflammatory stimuli and characterized by the secretion of proteases and the suppression of matrix synthesis. The most prominent proteases in OA are the metalloprotease family, in which collagenases, stromelysin-1 and gelatinases play predominant roles. The major inflammatory stimuli include proinflammatory cytokines such as IL-1 $\beta$  and TNF- $\alpha$ . IL-1 $\beta$  is believed to be of pivotal importance in cartilage and synovial membrane destruction, while TNF- $\alpha$  drives the inflammatory process. Physiological inhibitors capable of directly counteracting the proinflammatory cytokine activities have been identified. In the articular tissues they could be divided into three categories based on their mode of action: IL-1 receptor antagonist (IL-1Ra), soluble IL-1 or TNF- $\alpha$  receptors, anti-inflammatory cytokines (IL-4, IL-10 and IL-13). In OA it has been shown that there is an imbalance between the physiological inhibitors and the proinflammatory cytokines, with the latter factor's activity favored. Other

proinflammatory stimuli include cyclooxygenase-2/prostaglandin E<sub>2</sub>, leukotrienes, and inducible nitric oxide (iNOS) produced in higher levels in OA tissues, all induced by the above proinflammatory cytokines. These mediators have now been identified as playing an important role in the pathological process and possibly upregulating the synthesis of proinflammatory cytokines.

In addition to the degeneration of articular cartilage and synovial inflammation, OA involves changes in the surrounding bone. Although subchondral bone sclerosis is a well-recognized manifestation in human OA, limited data were available on the metabolism of these cells. I will depict data from our laboratory, which underlines the concept that the subchondral bone osteoblast defect may contribute to the onset and/or progression of OA.

The current understanding of the factors involved in this disease has evolved greatly during recent years. A better comprehension of the modulating factors as well as the major regulators has and will continue to generate new insights into a more accurate identification of effective targets having therapeutic potential in the treatment of OA. The future holds great promise for the development of new and successful approaches to the treatment of this disease.

#### **Lições Plenárias**

##### **EN QUE MEDIDA ES CURABLE LA GOTA?**

Prof. Dr. Eliseo Pascual Gómez (Alicante)

*Não foi recebido resumo*

##### **LE GENOME HUMAIN ET LA RHUMATOLOGIE**

Prof. Alain Cantagrel (Toulouse)

*Não foi recebido resumo*

##### **CLASSIFICAÇÃO DAS ARTRITES INFANTIS E JUVENIS**

Dr. J. A. Melo Gomes

Assistente Graduado de Reumatologia. Reumatologista Consultor dos Serviços de Pediatria do Hospital Distrital de Faro, do Hospital de São Francisco Xavier – Lisboa, e do Hospital Fernando da Fonseca – Amadora/Sintra. Consultor de Reumatologia Pediátrica do Instituto Português de Reumatologia.

Os reumatismos idiopáticos juvenis e a sua ade-

quada classificação, têm constituído assunto de bastante controvérsia nas últimas duas décadas, que tem levado Reumatologistas e Pediatras de todo o Mundo a tentarem soluções de consenso que permitam uma avaliação mais adequada das suas terapêuticas, numa base multicêntrica, que permita a colecção de grupos homogéneos de doentes, em número elevado e sofrendo de doença idêntica.

Tem-se vindo a reconhecer com crescente concordância que aquilo que nos Estados Unidos da América, e no Continente Americano em geral, se designava por Artrite Reumatóide Juvenil (ARJ) e o que na Europa se designava por Artrite Crónica Juvenil (ACJ), não constitui um grupo nosológico (leia-se uma doença) bem definido, mas sim um conjunto de patologias, distintas nas suas manifestações clínicas, tratamento e prognóstico, que têm como denominador comum o início de artrite de uma ou mais articulações num determinado grupo etário (antes do 16º aniversário), e com duração superior a 6 semanas.

A compreensão deste facto levou à formação dum grupo de trabalho (“TASK Force”) da *International League Against Rheumatism (ILAR)* destinado a elaborar e propor novos Critérios de Classificação dos Reumatismos Juvenis.

Estas propostas, não validadas por enquanto, representam uma importante evolução de conceitos, mas falham no reconhecimento de um facto ineludível: *embora com diferenças indiscutíveis na sua expressão clínica, os reumatismos crónicos juvenis têm larga sobreposição com os síndromas que se observam no adulto.*

Efectivamente, a maior parte das diferenças verificadas entre as classificações das doenças reumáticas crónicas juvenis e do adulto radicam não só nas eventuais diferenças realmente existentes entre a expressão de algumas destas doenças no adulto e na criança, mas principalmente nas diferenças de cultura médica entre os Reumatologistas de formação e os Pediatras com formação complementar em Reumatologia, exclusivamente na criança.

Em nosso entender, uma classificação adequada destas doenças juvenis deve obedecer aos seguintes pressupostos:

1. não esquecer que a maioria dos reumatismos juvenis têm uma doença equivalente na idade adulta;
2. enfatizar as diferenças (clínicas, laboratoriais e radiológicas) entre a doença juvenil e a correspondente no adulto;

3. identificar os reumatismos da infância sem representação na idade adulta.

Mas, apesar dos avanços verificados, muito se espera ainda do progresso na classificação (que permitirá definir melhor, homogeneizar grupos de doentes, e efectuar estudos multicêntricos) e tratamento destes doentes, cujo sofrimento intenso e prolongado deve constituir um estímulo para uma maior cooperação internacional que facilite as vias da melhor compreensão e mais eficaz tratamento(s).

A TASK Force da ILAR propõe, tendo como objectivo principal o de criar grupos homogéneos de doentes, a seguinte classificação dos *Reumatismos Idiopáticos da Infância (JIA = «Juvenile Idiopathic Arthritis»)*, a validar, rever ou alterar, em futuros estudos a realizar pela comunidade internacional:

#### 1. Artrite Sistémica

*Artrite* acompanhada ou precedida de *Febre* com pelo menos duas semanas de duração, e documentada como sendo quotidiana (alta e intermitente) durante o mínimo de 3 dias, acompanhada por um ou mais dos seguintes critérios:

- a. Exantema eritematoso, fugaz, não fixo.
- b. Adenomegalias generalizadas
- c. Hepatomegalia ou esplenomegalia
- d. Serosite

#### 2. Poliartrite com Factores Reumatóides negativos

Artrite afectando 5 ou mais articulações nos primeiros 6 meses de doença, com Factores Reumatóides IgM persistentemente negativos.

#### 3. Poliartrite com Factores Reumatóides Positivos

Artrite afectando 5 ou mais articulações durante os primeiros 6 meses de doença, associada a pelo menos duas determinações positivas para Factores Reumatóides IgM efectuadas com um mínimo de 3 meses de intervalo.

#### 4. Oligoartrite

Artrite afectando 1 a 4 articulações durante os primeiros 6 meses de doença.

##### 4 - A. Oligoartrite persistente

##### 4 - B. Oligoartrite alargada («extended»)

Oligoartrite durante os primeiros 6 meses de doença que progride para um total cumulativo de 5 ou mais articulações após os primeiros 6 meses de doença.

#### 5. Artrite relacionada com entesite

**Artrite e entesite**

ou

**Artrite ou Entesite, com pelo menos 2 dos seguintes:**

- a. Dor à palpação das sacro-íliacas ou espondilalgia inflamatória.
- b. HLA B<sub>27</sub>.
- c. História familiar (em 1º ou 2º grau) de doença associada ao HLA B<sub>27</sub>, confirmada medicamente.
- d. Uveíte anterior aguda (olho vermelho, com dor e fotofobia).
- e. Sexo masculino e idade superior a 8 anos quando do início da artrite.

**6. Artrite Psoriásica****Artrite e Psoríase**

ou

**Artrite e História Familiar de psoríase em pais ou irmãos (1º grau), confirmada por Médico, em doente com dactilite ou anomalias ungueais (picotado ou onicólise).****7. Outras.**

Crianças com artrite com mais de 6 semanas de duração e que são:

**A. Inclassificáveis.****B. Classificáveis em mais de uma das categorias acima mencionadas.**

Como fácil se tornará apreciar, está longe de se atingir um estadió consensual sobre este importante problema da classificação das doenças reumáticas juvenis, mas a comunidade científica internacional, após demasiados anos de imobilismo, reconheceu de forma clara que algo é necessário fazer para alterar este panorama.

**ETIOPATOGENIA DA OSTEOPOROSE**

Prof. Jaime Branco

Unidade de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz e Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

O osso é constituído por duas fases – uma orgânica e outra mineral – sobrepostas. A sua estrutura orgânica é formada por células e matriz ósseas. As células incluem os osteoblastos (OB) responsáveis pela síntese proteica da matriz, os osteoclastos (OC) que promovem a reabsorção óssea, os osteócitos incluídos na matriz e as células de revestimento, residentes na superfície do osso em

repouso. A matriz óssea, produzida pelos OB, é composta por proteínas (p. ex. colagénio tipo I, proteínas não colagénicas) e substância fundamental (i.e. glicoproteínas, proteoglicanos e água).

Sobre este tecido conjuntivo deposita-se, de forma ordenada e em locais predeterminados, a fase inorgânica ou microcristalina em que predominam os cristais de hidroxiapatite.

O tecido ósseo organiza-se em dois tipos de arquitectura básica – cortical ou compacto e trabecular ou esponjoso. O primeiro representa um muito maior volume mas o segundo corresponde a 80% da superfície óssea, pelo que é metabolicamente muito mais activo.

Após o crescimento ou modelação ósseos (diferente conforme o tipo e o local do osso) inicia-se um fenómeno complexo – a remodelação óssea – que garante a manutenção da saúde (quantitativa e qualitativa) do osso. Este processo resulta da actividade síncrona e complementar dos OB e OC.

A actividade destas células é influenciada por factores locais (p. ex. factores de crescimento, citocinas, prostaglandinas, proteínas morfogénicas) e hormonas (p. ex. PTH, glucocorticóides, insulina, esteróides sexuais) que sobre elas exercem efeitos nas suas diversas etapas funcionais (i. e. diferenciação, divisão, recrutamento, função, apoptose).

Os OC diferenciam-se das células precursoras hematopoiéticas (granulócitos/macrófagos) devido ao contacto ou sinalização célula-a-célula com OB maduros e à presença de hormonas ou citocinas diferenciadoras dos OC.

O estudo recente da extensa família dos receptores e ligandos do TNF levou à identificação do RANK (receptor activador do factor de necrose kB), do RANKL (ligando do RANK) e da OPG (osteoprotegerina). Esta nova denominação harmoniza todas as múltiplas designações anteriores para estes mediadores.

O RANKL (anteriormente também conhecido entre outros nomes por ODF – *osteoclast differentiation factor*) exprime-se à superfície dos OB e células do estroma e é através da sua ligação ao RANK, existente na superfície dos precursores dos OC, que estes se diferenciam em OC maduros. A OPG é uma proteína natural com potente actividade inibidora da osteoclastogénese. Trata-se de um receptor – isco que se une ao ligando transmembranário (RANKL) inibindo a sua interacção

com o RANK.

Assim, quando a relação RANKL/OPG é alta origina osteoporose (OP), erosões ósseas e calcificações arteriais, e quando é baixa causa osteopetrose. Os factores que estimulam o RANKL (p. ex. PTH, IL-11, PGE-2, dexametasona) inibem a OPG e os que estimulam esta (p. ex. 17 beta – estradiol) inibem aquela.

A massa óssea vai aumentando até aos 20 anos – pico de massa óssea – mantém-se estável até aos 35-45 anos, e depois diminui regular e progressivamente.

O equilíbrio entre a reabsorção e a formação vai-se degradando com o avanço da idade e/ou quando ocorrem perturbações da normal homeostasia óssea (p. ex. menopausa, corticoterapia, hiperparatiroidismo).

O balanço negativo da remodelação resulta na redução da massa óssea e também na deterioração da sua microarquitettura, que atingem primeiro o osso trabecular, devido à sua maior actividade metabólica.

No osso trabecular, observa-se uma continuada diminuição da espessura das trabéculas até à sua interrupção (fractura), que degrada a conectividade do tecido ósseo, e assim a sua resistência, de forma mais rápida do que se consegue registar um decréscimo sensível da densidade mineral óssea.

A OP caracteriza-se por uma redução da quantidade e uma alteração da qualidade do osso, que provocam a sua fragilização aumentando assim o

risco de fractura.

Existe uma relação directa bem estabelecida entre os níveis reduzidos de massa óssea e a taxa de fracturas.

A existência de uma massa óssea baixa pode dever-se a um baixo pico e/ou uma reabsorção óssea excessiva e/ou uma deficiente formação de osso durante a remodelação. O pico de massa óssea tem determinantes genéticos, provavelmente multigénicos, e ambientais (p. ex. ingestão de cálcio, actividade física).

A perda anómala de osso pode ser originada por um aumento da reabsorção (i.e. «*high turnover*»), uma diminuição da formação (i.e. «*low turnover*») ou um aumento da frequência de activação. Neste caso, o grande número de locais de reabsorção óssea origina perfuração e descontinuidade trabeculares.

A disrupção da microarquitettura óssea tem mecanismos menos claros. O estado de hiperremodelação, pode enfraquecer a estrutura óssea e o mesmo pode acontecer em resultado do número e extensão das microfracturas e lesões de fadiga, que sempre ocorrem no osso, e/ou das descontinuidades trabeculares, sobretudo quando há perda das trabéculas horizontais.

Mas adicionalmente, o aparecimento de fracturas é também condicionado pela macroarquitettura óssea, a postura, a força muscular e claro, a frequência e o tipo de traumatismo nomeadamente as quedas.





## **MESAS REDONDAS**



## MESAS REDONDAS

---

**• Osteoartrose**


---

**O TRATAMENTO DA OSTEOARTROSE PARA LÁ DA DOR**

Dr<sup>a</sup>. Cristina Catita  
Hospital de Santa Maria  
*Não foi recebido resumo*

---

**AVALIAÇÃO DA OSTEOARTROSE NA CLÍNICA E NA INVESTIGAÇÃO**

Dr. Paulo Coelho  
Instituto Português de Reumatologia

A Osteoartrose (OA) é a doença reumática mais prevalente. A sua avaliação do ponto de vista clínico é essencial, quer para o correcto diagnóstico da doença, quer para a análise da sua evolução ao longo do tempo. Esta análise carece de maior precisão quando estão envolvidos processos de determinação da eficácia de novos fármacos ou outras intervenções terapêuticas, realidade que tem tido um incremento substancial nos últimos anos. Para a dificuldade de avaliação da doença contribuem os diferentes tipos de articulações envolvidas, as quais, no mesmo doente, poderão estar em diferentes graus de gravidade.

Nesta comunicação faremos uma abordagem dos principais métodos de avaliação da doença do ponto de vista sintomatológico, funcional, bioquímico e estrutural, diferenciando a vertente prática da avaliação clínica comum, da vertente investigacional, mais elaborada, mas essencial para a determinação de eficácia nas diversas intervenções terapêuticas a que a doença está sujeita.

Entre os diversos instrumentos de avaliação da OA salientamos: **Medição de parâmetros clínicos:** Na **avaliação da Dor**, a Escala Visual Analógica e as Escalas de Likert podem ser usadas, no entanto, dado a OA ser muitas vezes uma doença oligo ou poliarticular, estes métodos têm uma fiabilidade e utilidade superior se as mesmas forem feitas para cada articulação atingida individualmente. A **exacerbação** (surto inflamatório) pode ser avaliada através do inquérito ao doente, pela

determinação do seguintes dados: o número de despertares nocturnos devido à dor, a duração da rigidez articular matinal e a detecção de mudanças bruscas significativas da intensidade da dor. **Avaliação de Parâmetros do exame objectivo:** amplitude dos movimentos articulares; medição de desvio dos eixos articulares ou de atitudes viciosas; medição do diâmetro muscular (detecção e seguimento de eventual atrofia muscular) e quantificação da força muscular.

Entre os **índices funcionais** mais aplicados na OA salientamos: o Índice Algorfuncional de Lequesne, aplicável à artrose da anca e do joelho; o WOMAC – *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index* e o Índice de Dreiser para a OA das mãos.

**Índices de Qualidade de Vida:** AIMS2 (*Arthritis Impact Measurement Scale*): composto por 57 ítems, explora cinco componentes (físico, psicológico, social, sintomático e vida laboral). Existe uma versão «curta» de mais fácil aplicação. O EuroQol: obtido a partir de outros três questionários (QWB, SIP, NHP), avalia cinco dimensões (mobilidade, cuidados pessoais, actividades diárias, dor, ansiedade/depressão).

**Medição por parâmetros laboratoriais:** Marcadores de remodelação óssea (Hidroxi piridinolina, Sialoproteína Óssea); Marcadores de inflamação sinovial (Ácido Hialurónico; Fosfolipase A2); Marcadores específicos da cartilagem (Queratano Sulfato; Colagénio tipo II; COMP-Proteína oligomérica da matriz cartilaginosa).

**Avaliação estrutural da OA:** Radiologia Convencional (avaliação simples, condrometria); Ressonância Nuclear Magnética (RNM); Ecografia; Artroscopia (condroscopia).

---

**PROMISING NEW THERAPEUTIC TARGETS FOR ARTHRITIS**

Jean-Pierre Pelletier, MD

Professor of Medicine, Université de Montréal Head, Arthritis Center.

Director, Osteoarthritis Research Unit and Arthritis Division.

Centre Hospitalier de l'Université de Montréal — Hôpital Notre-Dame. Montréal, Québec, Canada

Over the last decade, there have been several interesting advances in the treatment of osteoarthritis (OA). A clearer understanding of the pathophysiology of this disease has facilitated the development of new approaches for treatments aimed at specifically and effectively retarding the disease progress. New classes of molecules that inhibit one or more OA catabolic process are under evaluation for their potential to alter the degenerative process. We will review data on new molecules currently under evaluation, and will focus on recent developments concerning a new class of agents and their potential therapeutic use in human OA. We will also examine newly envisaged approaches to deliver biological agents that have demonstrated potential beneficial therapeutic properties.

Several novel therapeutic approaches are now under investigation. Indeed, it has been shown that the excess production of nitric oxide (NO) generated via an elevation of inducible NO synthase (iNOS) in OA tissues is injurious, and that selective inhibition of this enzyme reduces *in vivo* the severity of structural joint changes.

The proteolytic degradation of the extracellular matrix of cartilage in OA has been well documented, and metalloproteases are believed to play a major role in this process. Inhibition of the synthesis/activity of these enzymes as a treatment for OA has been the focus of intensive research. To date, the most promising agents are chemical molecules that can block the activity of metalloproteases. Another attractive option to decrease metalloprotease levels is to interfere with the transcription factors of their promoter sequences.

In OA, interleukin-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ) is a major catabolic system involved in joint tissue destruction, and may constitute the *in situ* source of articular tissue damage. IL-1 $\beta$  is released from cells in active form and is primarily synthesized as a 31-kD precursor (pro-IL-1 $\beta$ ). IL-1 $\beta$ -converting enzyme (ICE) can specifically generate the mature 17.5-kD cytokine. ICE is a proenzyme polypeptide and belongs to a family of cysteine aspartate-specific proteases called caspases. Our laboratory recently showed that ICE is expressed and synthesized in both human synovial membrane and cartilage, with a significantly greater number of cells staining positive in OA tissues than in normal. More-

over, the production of mature IL-1 $\beta$  in OA cartilage can be completely blocked by treatment with a specific ICE inhibitor. These data strongly suggest the potential for an ICE-inhibitor drug to be used as a disease-modifying agent for the treatment of OA.

A number of biological agents have also been demonstrated to have potentially beneficial therapeutic properties, both *in vitro* and in some *in vivo* models of arthritis, including OA. These include the interleukin-1 receptor antagonist (IL-1Ra), soluble cytokine receptors, anti-inflammatory cytokines, and the peroxisome proliferator-activated receptor gamma (PPAR $\gamma$ ).

The outlook for finding a cure for OA is more promising than ever. Based on the discovery of major pathophysiological pathways leading to the structural changes observed in OA, it is now possible, through new and specific therapies, to target novel ways to treat this disease.

---

#### IS IT POSSIBLE TO MODIFY EVOLUTION OF OSTEOARTHRITIS?

Prof. Jean-Yves Reginster (Liège)

*Não foi recebido resumo*

---

#### • LES e Outras Conectivites

##### LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL

Dr<sup>a</sup>. Helena Canhão

Unidade de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

O Lupus Eritematoso Sistémico Juvenil (LESj) é uma doença rara mas que se associa a alta morbilidade e por vezes mortalidade. Os critérios de classificação da ARA de 1982 modificados, têm sido utilizados como padrão e orientação diagnóstica. No entanto, o LES do adulto e o LES juvenil apresentam algumas diferenças. O predomínio do sexo feminino é menos marcado nas crianças e o envolvimento de órgão *major* é mais frequente na maioria das séries.

Nesta comunicação e a título exemplificativo será apresentada a caracterização da população de doentes com LESj da Consulta de Reumatologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria e serão destacados os aspectos considerados mais pertinentes.

A repercussão do LESj e da sua terapêutica na

vida pessoal, social, escolar e familiar assume características específicas. A corticoterapia de longa duração em doses moderadas pode induzir atraso ou paragem do crescimento linear e diminuição do pico de massa óssea com consequências irreversíveis; a instituição de anticoagulação em crianças activas com risco aumentado de quedas constitui uma preocupação acrescida; a dificuldade de memorização e concentração que podem estar presentes nalgumas crianças, associadas a absentismo por agudização da doença, podem dificultar o sucesso escolar.

Outro problema no LESj é a ausência de variáveis estandardizadas para medir os *outcomes* da doença. Como consequência, a eficácia terapêutica dos fármacos é baseada em estudos pequenos, não randomizados e não controlados. Um dos esforços recentes da Reumatologia Pediátrica internacional tem sido a identificação e validação de um *core set* de variáveis que meçam a actividade e a lesão no LESj. No futuro esse *core set* poderá ser utilizado para a determinação de critérios de melhoria no LESj e determinação de resposta individual à terapêutica. Como critérios para avaliar a actividade da doença têm sido considerados a avaliação global da doença pelos pais e pelo médico, *Child Health Questionnaire* (CHQ), *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index* (SLEDAI), anti-DNA, proteinúria 24h e creatinina sérica. Como critérios para avaliação de lesão consideram-se a avaliação global de lesão pelo médico, CHQ, avaliação de crescimento e desenvolvimento (altura e peso, menstruação, estadio maturativo sexual de Tanner), *Systemic Lupus Collaborating Clinics / American College of Rheumatology Damage Index* (SLICC/ACR DI).

No futuro, com novas descobertas a nível da etiopatogenia da doença, com protocolos clínicos de monitorização da doença adequados e com o desenvolvimento de novos fármacos (corticosteroídes, imunossuppressores e terapêutica biológica) será provavelmente possível melhorar a qualidade de vida das crianças com LES.

#### SÍNDROME DOS ANTICORPOS ANTI-FOSFOLÍPIDOS

Dr<sup>a</sup>. Maria José Santos

Assistente Hospitalar de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada

O síndrome dos anticorpos antifosfolípidos (SAAFL) é uma das principais causas de trom-

bofilia adquirida. Caracteriza-se por trombozes recorrentes, que podem ser arteriais ou venosas, perdas fetais e citopénias, em presença de anticorpos antifosfolípidos.

Apesar dos avanços verificados nos últimos anos, muitos aspectos do SAAFL estão ainda por esclarecer, nomeadamente o que é que desencadeia a produção destes anticorpos e porque é que só alguns são patogénicos. Também existem muitas lacunas no conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos que levam às diferentes manifestações clínicas.

Os anticorpos antifosfolípidos são um grupo heterogéneo de auto-anticorpos que reagem contra os fosfolípidos aniónicos, sendo os mais frequentes contra a cardiolipina, ou contra proteínas que se ligam aos fosfolípidos (co-factores), como é o caso da  $\beta$ 2-glicoproteína I. A acção patogénica resulta presumivelmente da interacção do anticorpo com o complexo proteína-fosfolípido, alterando as suas características pro- ou anticoagulantes. Outro dos mecanismos que está na génese das trombozes resulta da interacção com a cascata da coagulação. A relação dos anticorpos anti-fosfolípidos com a cascata da coagulação é complexa e provavelmente a vários níveis, isto é, interferência com os factores da coagulação, mas também com os anti-coagulantes naturais.

Por outro lado, a interacção dos anticorpos antifosfolípidos com as células endoteliais revela-se particularmente importante, pois leva a um aumento da actividade adesiva, pró-inflamatória e pró-trombótica do endotélio. Existem algumas evidências de que a resposta imune das células endoteliais aos anticorpos anti- $\beta$ 2-glicoproteína I favorece não só as trombozes, mas contribui também para uma aterosclerose mais prematura.

O SAAFL pode surgir isoladamente como síndrome primário, ou estar associado a outras doenças auto-imunes, particularmente ao lúpus eritematoso sistémico. O espectro de gravidade das manifestações clínicas varia desde os portadores assintomáticos até ao síndrome catastrófico, frequentemente fatal.

Perante esta heterogeneidade clínica e laboratorial, foi importante o desenvolvimento de critérios de consenso para a classificação do SAAFL. A conferência de Sapporo em 1998 estabeleceu novos critérios para classificação deste síndrome que apresentam uma elevada especificidade (0,98), mas uma menor sensibilidade (0,71).

O tratamento do SAAFL depende obviamente

do tipo de manifestações clínicas. O prognóstico da gravidez melhorou significativamente com a utilização da antiagregação e/ou da anticoagulação. A anticoagulação é também mandatória nas situações trombóticas, mas continua em aberto a questão de por quanto tempo e em que intensidade. Na abordagem das citopénias têm sido utilizados vários fármacos, principalmente os corticóides e imunossuppressores.

Apresentamos aqui os dados dos Serviços de Reumatologia do HSM e HGO relativamente ao seguimento dos doentes com anticorpos antifosfolípidos. Trata-se de uma população maioritariamente com diagnóstico de lúpus (n=370) em que 1/3 tem anticorpos antifosfolípidos e de alguns doentes com SAAFL primário.

#### INOVAÇÕES TERAPÊUTICAS NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Dr. Luís Sousa Inês

Assistente de Reumatologia

Serviço de Medicina III e Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra.

Os avanços verificados na terapêutica do lúpus eritematoso sistémico (LES) melhoraram dramaticamente a sobrevida e reduziram a morbilidade associada à doença ao longo das últimas décadas. Contudo, os efeitos secundários da terapêutica e a doença refractária aos agentes actuais constituem ainda problemas frequentes. Novas opções terapêuticas, mais eficazes e melhor toleradas são necessárias. São discutidas as principais inovações terapêuticas em desenvolvimento nos últimos anos para o LES.

O androgéneo suprarrenal dehidroepiandrosterona (DHEA) é um potencial novo agente terapêutico para o LES. Os resultados dos ensaios clínicos com DHEA no LES com actividade ligeira a moderada parecem indicar um benefício terapêutico, traduzido por uma redução da actividade global da doença, redução da dose de corticosteróides, diminuição da frequência de agudizações da doença, melhoria da função cognitiva e potencialmente um efeito protector contra a osteoporose induzida pelos corticosteróides. Um outro agente hormonal com potenciais efeitos imunomoduladores de interesse terapêutico no LES é a bromocriptina. Nos estudos preliminares já realizados, a bromocriptina reduziu a frequência de agudizações da doença e a actividade glo-

bal do LES.

O micofenolato mofetil (MFM) é um fármaco imunossupressor potente com efeitos citotóxicos mais selectivos sobre os linfócitos do que os da ciclofosfamida ou da azatioprina. Foi já publicado um ensaio clínico controlado aleatorizado do MFM em comparação com a ciclofosfamida na glomerulonefrite lúpica proliferativa difusa. O MFM constitui uma alternativa promissora nos casos de LES refractário à terapêutica imunossupressora convencional, mas mais estudos são necessários para estabelecer de forma adequada as suas indicações, em particular na nefrite lúpica.

Dois velhos fármacos, o metotrexato e a talidomida, encontraram nova indicação terapêutica no LES. O MTX poderá ser usado em doentes com LES com envolvimento cutâneo ou articular activo refractário à terapêutica com anti-maláricos e baixas doses de corticosteróides. A talidomida demonstrou eficácia na terapêutica de lesões cutâneas lúpicas - lúpus discóide e lúpus cutâneo subagudo - refractárias a terapêuticas convencionais. Os efeitos secundários potencialmente graves da talidomida limitam o seu uso.

A utilização de imunoablação por quimioterapia em dose elevada seguida ou não por transplante autólogo de células hematopoiéticas tem sido proposta como uma nova forma de tratar doenças autoimunes graves, incluindo o LES. Estão em curso ensaios clínicos utilizando esta abordagem em doentes com LES grave e refractário à terapêutica convencional.

#### LE LUPUS EN RHUMATOLOGIE: CE QUI A CHANGÉ

Prof. Jean Sibilia

Service de Rhumatologie, Strasbourg, FRANCE

Le lupus est une affection systémique qui se complique fréquemment de manifestations articulaires. Le rhumatologue prend en charge cette affection qui peut poser de nombreux problèmes, justifiant de connaître ce qui a changé ces dernières années.

1. La définition du lupus s'est affinée grâce aux nouveaux critères de classification de l'ACR 1997. Le lupus doit être considéré comme un groupe d'affections et non une maladie unique. Il existe des formes cutanées (lupus discóide) et des formes systémiques particulièrement sévères dont les manifestations et surtout le pronostic sont très différents.

2. Le diagnostic de lupus et de ses complications a été facilité par le développement de nouveaux outils diagnostiques. Les anticorps antinucléosomes pourraient permettre un diagnostic précoce même chez des patients n'ayant pas d'anti-ADN natif ou d'anti-Sm. Les anti-phospholipides, dont le dosage est mieux codifié, permettent de faire le diagnostic de ce syndrome thrombotique redoutable.

3. L'incidence du lupus serait en augmentation. La prévalence globale actuelle est de l'ordre de 0,2 à 2‰ mais cela peut être dû au diagnostic des formes précoces qui s'explique par une meilleure connaissance de la maladie et la mise au point de tests diagnostiques plus performants.

4. La gravité du lupus semble s'être réduire avec une survie à 10 ans de l'ordre de 85% dans les pays européens et aux USA. Actuellement, la mortalité est essentiellement liée aux infections et aux complications vasculaires (athéromatose et thrombose), plus qu'aux atteintes viscérales de la maladie.

5. L'évolution naturelle du lupus est mieux connue avec une meilleure identification des situations à risque qui sont au nombre de 4:

- les complications viscérales de la maladie (atteintes rénales, neurologiques et hématologiques)
- le syndrome des anti-phospholipides
- les complications intercurrentes infectieuses, athéromateuses et osseuses (ostéonécrose, ostéoporose)
- la grossesse

6. La pathogénie du lupus est maintenant mieux comprise. Cette maladie associe:

(1) des facteurs immunogénétiques touchant la phagocytose (récepteur Fc des immunoglobulines, complément), l'apoptose (TNF, Fas) et la régulation cytokinique (IL-10). Schématiquement, on observe une apoptose mal contrôlée, un défaut d'élimination des débris antigéniques et des anomalies de l'immunité caractérisées par une activation polyclonale des lymphocytes B et des perturbations de l'immunité cellulaire;

(2) des facteurs d'environnement dont certains sont bien connus: les toxiques, les médicaments, les ultraviolets et peut-être les virus;

(3) des facteurs neuro-hormonaux, en particulier le stress et les œstrogènes.

C'est la combinaison de ces 3 facteurs, probablement différents selon les individus, qui explique le déclenchement de la maladie et son polymorphisme.

7. Des nouveaux traitements ont été développés. Les corticoïdes restent certainement un des traitements-clés mais l'utilisation du Plaquénil et plus récemment du Méthotrexate est mieux codifiée. D'autres immunomodulateurs, comme le léflunomide et surtout le mycophénolate mofétyl, vont certainement apporter un bénéfice important dans les formes sévères. D'autres stratégies thérapeutiques sont développées, visant à moduler la coopération cellulaire (CTLA-4 Ig, anti-CD40 ligand), inhiber la synthèse et les dépôts d'ADN natif (LJP 394), moduler les cytokines (IL-10) ou agir par une hormonomodulation (DHEA) ou par immunosuppression forte suivie d'une autogreffe de moelle.

Le rhumatologue doit être un acteur et un expert important dans la prise en charge du lupus, capable de coordonner sa surveillance et son traitement.

---

## • Artrite Reumatoïde

---

### AVALIAÇÃO CRÍTICA DAS DMARDS NO ANO 2002

Prof. M. Viana de Queiroz

Hospital de Santa Maria e Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

*Não foi recebido resumo*

---

### REPERCUSSÃO SOCIO-ECONÓMICA DA ARTRITE REUMATÓIDE EM PORTUGAL

Dr. Armando Malcata.

Reumatologia. Hospitais da Universidade de Coimbra.

*Não foi recebido resumo*

---

### AVALIAÇÃO DAS TERAPÊUTICAS ANTI-TNFA EM PORTUGAL

Dr<sup>a</sup>. Maria do Céu Maia.

Reumatologia. Hospital de S. João. Porto.

*Não foi recebido resumo*

---

### TERAPÊUTICA DA ARTRITE REUMATÓIDE: A PRÓXIMA REVOLUÇÃO?

Dr. Luís Graça

Sir William Dunn School of Pathology, University of Oxford, South Parks Road, Oxford OX1 3RE, UK

As doenças autoimunes podem ser caracterizadas por uma falência da tolerância imunitária para tecidos do organismo. Nestas circunstâncias, o

sistema imunitário tem uma actividade destrutiva em relação a órgãos ou tecidos alvos. Um tratamento de curta duração, capaz de induzir ou restaurar tolerância para o resto da vida do doente e sem imunossupressão significativa, será a terapêutica ideal para a artrite reumatóide (AR), outras doenças autoimunes e, inclusivamente, transplantação. Actualmente, e apesar do desenvolvimento de fármacos eficazes com actividade anti-inflamatória, continuam a não existir na prática clínica medicamentos indutores de tolerância. Nos últimos anos tem sido demonstrado, em modelos animais, que um tratamento curto com anticorpos monoclonais anti-CD4, anti-CD8 ou anti-CD40L induz tolerância de longa duração. O estado de tolerância assim induzido é suficientemente robusto para resistir à transfusão de linfócitos não tolerantes mesmo após eliminação dos anticorpos terapêuticos (tolerância dominante), e inclusivamente converte linfócitos T não tolerantes em células T reguladoras que mantêm a tolerância (tolerância infecciosa). Consequentemente, uma vez induzida a tolerância esta passa a ser auto-sustentada. De um modo idêntico, alguns dos novos fármacos utilizados no tratamento da AR, como por exemplo os anticorpos anti-TNF $\alpha$ , são imunogénicos, levando à formação de anticorpos neutralizantes. Também será necessário desenvolver formas de induzir tolerância a anticorpos terapêuticos como forma de tornar estes medicamentos mais eficazes. Um outro desafio consiste no diagnóstico precoce de autoimunidade. Actualmente, não existe uma forma capaz de diagnosticar tolerância ou a sua ausência. O diagnóstico de autoimunidade, ou rejeição de transplantes, é feito apenas após o início do processo destrutivo. Uma melhor compreensão da biologia dos linfócitos T CD4+ responsáveis pela manutenção da tolerância, poderá permitir o desenvolvimento de meios diagnósticos capazes de identificar o compromisso do estado de tolerância a tempo de evitar o início do processo destrutivo.

## • Osteoporose

### MEDIÇÃO DA MASSA ÓSSEA E DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSE

Prof. José António Pereira da Silva

Faculdade de Medicina e Hospitais da Universidade de Coimbra

A medição da massa óssea por DEXA constitui a base para o diagnóstico de osteoporose de acordo com os critérios propostos pela O.M.S. e que têm recebido aceitação generalizada. Sendo indiscutível que a aplicação destes critérios deu um contributo inestimável ao progresso da investigação nesta área e ao reconhecimento da importância médica e social da osteoporose, o seu suporte apresenta fragilidades que é indispensável abordar por forma a garantir o seu uso criterioso e a permitir novos desenvolvimentos nesta área.

Na perspectiva do orador, o principal problema prende-se com a definição da população de referência utilizada para padrão.

De acordo com a proposta inicial da O.M.S. a definição tem por objectivo estabelecer um limiar que inclua a maior parte dos que virão a fracturar, excluindo, tanto quanto possível, os que não correm esse risco. Sendo assim, é difícil de compreender que se estabeleçam critérios de referência diferentes para brancos, negros e hispânicos, a menos que se demonstrasse que o risco absoluto de fractura, para um mesmo valor de densidade óssea é diferente consoante a raça. Esta potencial diferença racial, que aliás não é abordada nos documentos originais da O.M.S., não está, ainda hoje, demonstrada. Por outro lado, a aceitar-se esta interpretação, tornar-se-ia necessário estabelecer critérios de referência para cada população, sendo extremamente difícil determinar a que «população» deveríamos indexar cada caso individual, dado que têm sido demonstradas variações importantes na massa óssea média dentro de cada país.

Definir o estado de cada indivíduo por comparação com o pico de massa óssea na sua raça e sexo faz com que a apreciação de cada caso dependa da referência que se lhe aplica: é como se medíssemos a altura de alguém pela distância da sua cabeça ao tecto – a sua altura dependeria da sala em que se encontra! Por regressar a Portugal um emigrante nos EUA, poderia «deixar de ser osteoporótico», apenas por passarmos a compará-lo com o pico de massa óssea português, mais baixo em cerca de 0,5 desvios-padrão!

Desta forma, a definição da OMS não parece preencher cabalmente os objectivos a que se destina. Tais objectivos parecem exigir uma definição assente no cálculo do risco absoluto de fractura, o que requer a consideração, para referência, não só da massa óssea do adulto jovem, mas também estudos de incidência de fracturas osteoporóticas

e sua relação com o *score* T em cada grupo populacional, bem como a integração de factores de risco de fractura independentes da massa óssea.

#### **AValiação de Risco Fracturário**

Dra. Eugénia Simões

Unidade de Doenças Ósseas Metabólicas  
Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

«Risco fracturário» é um conceito epidemiológico relacionado com a probabilidade de ocorrência de fractura num determinado período de tempo.

Este conceito depende não só, da saúde e robustez ósseas (relacionadas com a Densidade Mineral Óssea – DMO e com a qualidade óssea), mas também de um número razoavelmente elevado de factores anatómicos, fisiopatológicos e até, ambientais, que contribuem para a protecção óssea durante o trauma e circunstâncias do traumatismo.

A avaliação do risco fracturário, longe de ser calculada através de fórmulas aritméticas, deve ser feita de uma forma individualizada em relação a cada paciente que avaliamos.

Existem, no entanto, algumas noções consensuais a nível internacional:

- Para os mesmos valores de DMO, o risco fracturário é superior no sexo feminino e para idades mais avançadas
- A avaliação da DMO por densitometria fornece uma estimativa do risco fracturário, muito aproximada do real
- A redução de um desvio-padrão da DMO, em relação ao índice T e Z, duplica o risco-fracturário
- O risco fracturário de determinada localização anatómica é mais fiável quando a DMO é avaliada nesse local
- A existência de fractura prévia osteoporótica (em qualquer localização) é um forte factor predictivo de fracturas

Outros factores, como: antecedentes familiares de fractura, comprimento do eixo do colo femoral, elevado *turnover* ósseo e propensão para quedas devem ser considerados na avaliação do risco fracturário.

#### **OSTEOPOROSE MASCULINA**

Dr. Carlos Vaz.

Reumatologia. Hospital de S. João. Porto.

*Não foi recebido resumo*

## **• Ecografia em Reumatologia**

### **ECOGRAFIA EM REUMATOLOGIA?**

Dr. Fernando Saraiva

Unidade de Reumatologia. Hospital de Santa Maria. Lisboa.

A ecografia diagnóstica é um meio imagiológico incruento, destituído de efeitos adversos ou de contra-indicações, acessível e de baixo custo e que, se necessário, pode ser levado à cabeceira do doente.

A ecografia do aparelho locomotor tem indicação no estudo da patologia tendinosa, ligamentar, muscular e das bolsas serosas, permite identificar quistos sinoviais, caracterizar o estado das cartilagens, das fibro-cartilagens e da sinovial, pode ser útil nalgumas patologias do osso, do nervo e da pele e tecido celular sub-cutâneo, na caracterização e identificação de lesões ocupando espaço e é adequada para a realização de aspirações, infiltrações e biópsias «guiadas».

No que respeita à patologia tendinosa a ecografia é útil no diagnóstico de tendinites, tenossinovites, rupturas e luxações tendinosas e de lesões ocupando espaço no seio dos tendões.

Quanto à patologia muscular a ecografia é útil no diagnóstico de patologia pós-traumática, miosites, rabdomiólise, miopatias hereditárias e lesões ocupando espaço intra-musculares.

A ecografia tem também interesse no diagnóstico de ligamentites e de rupturas ligamentares, parciais ou completas, bem como de bursites e quistos sinoviais.

Permite ainda a avaliação da espessura e regularidade da cartilagem hialina, apreciando-se deste modo a evolução das condropatias ao longo do tempo. Por outro lado, ainda que só as porções mais periféricas dos meniscos sejam acessíveis ao método, a ecografia permite a identificação de desinserções menisco-capsulares, fracturas, degenerescências e quistos meniscais. A identificação de hidrartrose ou sinovite geralmente não é difícil.

Embora este método imagiológico permita identificar osteofitos, erosões, géodos, osteocondroses, fracturas e tumores, o maior interesse da ecografia do osso reside na detecção precoce da osteomielite e das fracturas de stress.

A ecografia dos nervos periféricos poderá ser útil na detecção de nevrites infecciosas, tumores e neuropatias de compressão.

Tem também importância na identificação e caracterização de lesões ocupando espaço, como calcificações, nódulos sub-cutâneos, corpos estranhos ou corpos livres intra-articulares, hematomas, processos inflamatórios locais, abscessos/fleimões, adenopatias e tumores, benignos e malignos.

#### ECOGRAFIA DO OMBRO

Dr<sup>a</sup>. Margarida Cruz

Unidade de Reumatologia. Hospital de Egas Moniz. Lisboa.

As diversas alterações estruturais e patologias responsáveis pela entidade «ombro doloroso» são extremamente frequentes na população em geral, e esta queixa é um dos mais usuais motivos de consulta de Clínica Geral (um estudo holandês apontava para 25 em cada mil consultas) e de Reumatologia ou Ortopedia (o mesmo estudo referia 1 em cada 10 doentes). A diferenciação das causas do ombro doloroso é um desafio clínico, pois uma grande variedade de alterações podem causar dor e impotência funcional. Geralmente, a patologia da coifa dos rotadores justifica a maioria das queixas. A etiologia da falência tendinosa nas doenças da coifa é considerada multifactorial: factores extrínsecos, como microtraumatismos repetitivos a baixa velocidade e compressão da coifa por um arco coracoacromial anormal, ou factores intrínsecos: deficiente vascularização da coifa, alterações do colagéneo dos tendões, alterações relacionadas com o envelhecimento. A maioria das rupturas da coifa dos rotadores ocorre no seu local de inserção, no troquíter umeral, afectando maioritariamente o tendão do supraespinhoso, podendo estender-se aos tendões infraespinhoso e pequeno redondo. As rupturas podem ser parciais, se afectam parcialmente o tendão ou se localizam intrasubstância tendinosa, ou completas, quando o atravessam completamente. Um achado frequentemente associado a uma ruptura da coifa é a presença de fluido na bolsa subacromiodeltoideia. Em cerca de 85% dos casos de ruptura dolorosa da coifa ocorre inflamação do tendão da longa porção do bicípete, pela síndrome do conflito subacromial. Também pelo facto de a porção proximal deste tendão ser intraarticular, pode existir tenossinovite em caso de derrame articular, sendo rara a tendinite bicipital primária isolada.

O diagnóstico baseado no conflito da extremidade anterior do acrómio com as estruturas subjacentes inclui a bursite subacromiodeltoideia, a tendinite e a ruptura parcial ou completa da coifa dos rotadores. Diversos estudos evidenciaram o facto de o exame físico ser pouco específico na diferenciação das várias causas de ombro doloroso, não permitindo fazer um diagnóstico preciso. Tradicionalmente, o exame físico tem sido complementado com a radiografia simples, a artrografia e, mais recentemente, com a tomografia axial computadorizada e a ressonância magnética, oferecendo esta última a vantagem de permitir uma visualização detalhada das estruturas examinadas, sendo um método de imagem não invasivo, isento de emissão de radiação X e não dependente do operador. No entanto, este método de imagem apresenta algumas desvantagens a ter em conta: para além de ser bastante oneroso, não pode ser utilizado em todos os doentes, é moroso e ainda pouco acessível.

No início dos anos oitenta começou a efectuar-se a avaliação da patologia subjacente ao ombro doloroso por ecografia, como alternativa à artrografia. Pelo facto de a informação fornecida por esta técnica de imagem depender muito da pessoa que a efectua, com o surgimento da ressonância magnética começou a optar-se por avaliar as partes moles segundo este exame. Nos últimos cinco anos, porém, com a evolução do equipamento utilizado (sondas de alta frequência), o aperfeiçoamento dos critérios de diagnóstico das roturas da coifa e da técnica para a visualizar, ressurgiu o interesse por este exame, por ser muito mais barato, muito mais acessível e permitir observar as estruturas em tempo real e realizar um estudo dinâmico (de grande importância na avaliação da síndrome do conflito).

Para além das alterações já referidas como potenciais causas de ombro doloroso (tendinite e ruptura da coifa dos rotadores, tenossinovite, luxação e ruptura do tendão da longa porção do bicípete, derrame intra-articular, bursite subacromiodeltoideia, síndrome do conflito), a ecografia permite diagnosticar ainda calcificações presentes na coifa, quistos sinoviais, fracturas umerais, derrame e alterações degenerativas da articulação acromioclavicular. Utilizando uma sonda de alta frequência (7,5 MHz para o ombro), estudos recentes compararam a sensibilidade e a especificidade da ecografia com as da ressonância magnética no diagnóstico de rupturas da coifa dos

rotadores em casos de ombro doloroso. Estes estudos concluíram que, quando efectuada por um operador experiente, a ecografia pode ser praticamente tão sensível como a RMN.

Podemos afirmar que a ecografia do aparelho locomotor, realizada com um bom aparelho, utilizando uma sonda de alta frequência (7,5 MHz para o ombro) e obedecendo a uma técnica sistematizada e correcta é comprovadamente um bom método de diagnóstico, particularmente útil como complemento do exame físico em casos de ombro doloroso. É um excelente auxiliar no exame do doente pelo médico reumatologista, uma vez que pode ser efectuado no seguimento da consulta, por um lado permitindo o melhor enquadramento clínico das alterações encontradas, e por outro evitando atrasos na decisão da terapêutica mais adequada. Para além de permitir observar as estruturas em movimento, pode ainda guiar uma punção diagnóstica ou terapêutica.

#### ECOGRAFIA DO JOELHO

Dr. Pedro Gonçalves

Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada

A técnica ecográfica aplicada ao aparelho locomotor iniciou o seu desenvolvimento a partir do momento em que o crescimento tecnológico permitiu a criação de sondas de alta frequência (7,5 a 10 MHz), que melhoraram substancialmente a visualização dos detalhes anatómicos das estruturas superficiais, nomeadamente a nível do joelho. A aprendizagem e o domínio da técnica ecográfica exige um conhecimento rigoroso de anatomia topográfica.

O Exame ecográfico do joelho deve seguir uma sistematização padrão com uma combinação de cortes longitudinais e transversais em relação ao maior eixo das estruturas em estudo. É indispensável a realização de um estudo comparativo com o joelho contralateral para mais facilmente distinguir as variantes anatómicas normais, das alterações patológicas.

Na face anterior do joelho devemos identificar o tendão do quadríceps, a bolsa suprapatelar, a bolsa prépatelar, o tendão rotuliano, as bolsas infrapatelares, a cartilagem articular femoral e a inserção anserina. Na face interna deve ser identificado o ligamento lateral interno e o corno anterior do menisco interno. Na face externa, o liga-

mento lateral externo, o corno anterior do menisco externo, o tendão do bicipite femoral e a banda iliotibial. Finalmente, na face posterior, devemos identificar a bolsa gastrocnémio-semimembranoso, os cornos posteriores dos meniscos e os ligamentos cruzados posteriores.

A Ecografia demonstrou grande sensibilidade na detecção de tendinites e rupturas do tendão quadríceps, rotuliano ou bicipite femoral. A bursite anserina é um processo inflamatório frequente, que se associa habitualmente à gonartrose, mas que dificilmente é demonstrável por ecografia.

A visualização das bolsas serosas superficiais do joelho pode não ser possível quando não exista processo inflamatório associado. A inflamação destas bolsas, traduz-se ecograficamente por aumento de líquido no seu interior, com aspecto ultrasonográfico hipo ou anecoico. Estes processos são muito frequentes em Reumatologia.

A Ecografia detecta derrame intra-articular ou sinovite a nível do joelho com uma sensibilidade semelhante à da Ressonância Magnética e superior a outras técnicas, nomeadamente ao Exame Físico. A Ecografia é a técnica de eleição para a detecção de Quistos de Baker.

A Ecografia tem demonstrado muitas vantagens sobre outros métodos de imagem mais dispendiosos. É a única técnica que permite o estudo dinâmico de rotina, articular. A realização do exame em tempo real mostra as diferentes estruturas musculoesqueléticas em movimento, permitindo avaliar a capacidade funcional e a detecção de algumas lesões.

É um método rápido, sensível, inócuo e barato. Por todas estas vantagens é um método, que, sobretudo quando realizado pelo próprio clínico, é uma ferramenta diagnóstica idónea e que se pode converter numa extensão do exame físico à cabeceira do doente.

#### Referências Bibliográficas:

- Naredo E, Usón J, Mayordomo L; Ecografía del Aparato Locomotor, Menarini, 1999  
 Cherm R, Cardinal E, Jaovisidha S; Knee. In: Cherm R, Cardinal E; Guidelines and Gamuts in Musculoskeletal Ultrasound, Wiley-Liss, 1999  
 Laurac J, Félix F; Écographie en Pathologie Musculaire et Tendineuse, Vigot, 1994

#### ECOGRAFIA DE OUTRAS REGIÕES

Dr<sup>a</sup>. Margarida Silva

Instituto Português de Reumatologia

No Instituto Português de Reumatologia (IPR) efectuamos ecografia osteoarticular. Dispomos de um ecógrafo de alta resolução e uma reumatologista com treino nesta área. O treino prévio em ecografia foi adquirido em boa parte já num Serviço de Reumatologia (H. Santa Maria).

O ecógrafo do IPR tem uma sonda linear de 38mm com três frequências possíveis: 6.0 MHz, 7.5 MHz e 9.0 MHz. Com este aparelho, de 1/1/00 a 6/2/02, tivemos oportunidade de realizar 920 ecografias, na quase totalidade solicitadas pelos médicos da Instituição. Os exames foram portanto efectuados num contexto clínico e a presença/ausência de alterações ecográficas pode ser devidamente valorizada.

A distribuição das 920 ecografias pelas regiões anatómicas foi a seguinte:

Ombros	494 (53,7%)
Joelhos	123 (13,4%)
Punhos	78 (8,5%)
Tibiotársicas e T. Aquiles	73 (7,9%)
Coxofemorais	50 (5,4%)
Cotovelos	45 (4,9%)
Pés	25 (2,7%)
Mãos	21 (2,3%)
Outras	11 (1,2%)

A ecografia do ombro e do joelho estão fora do âmbito desta comunicação. Na nossa experiência a ecografia das outras regiões anatómicas constitui actualmente cerca de 33% do total. Em todas estas localizações anatómicas a procura de derrame intra-articular ou sinovite é uma das principais indicações, tendo esta técnica uma sensibilidade maior que a observação clínica. Além do derrame são patologias habitualmente detectáveis: no **punho** tenossinovite dos extensores e flexores, tenossinovite de De Quervain (por vezes difícil de distinguir clinicamente da rizartrorse do polegar) e quistos sinoviais; na **tibiotársica** pode ser difícil distinguir clinicamente a origem intra ou periarticular da dor ou tumefacção, sendo a ecografia um precioso auxílio; na **coxofemoral**, devido à sua localização profunda, temos usado a frequência de 6.0 MHz, permitindo-nos colocar em evidência derrames não acessíveis ao exame objectivo; outro motivo de realização do exame é a comprovação da existência de tendinite dos glúteos ou bursite trocantérica; no **cotovelo** procuramos também epicondilite, epitrocleíte e bursite olecraneana; nas **talalgias** podemos evidenciar tendinites ou roturas do tendão de Aquiles, peritendinopatias ou bursite pré-aquiliana; a fasceíte

plantar tem uma tradução ecográfica bem definida; nas **metatarsalgias** podemos evidenciar bursites intermetatársicas, bursites plantares, derrame das metatarsofalângicas, tendinite dos flexores; nas **mãos** tem-nos sido pedido que procuremos derrame das pequenas articulações, tenossinovite dos flexores ou que se documente roturas de tendões extensores.

Na nossa perspectiva, o futuro desenvolvimento da ecografia passa pelo treino de todos os internos da especialidade nesta área e pela existência de ecógrafos em todos os Serviços de Reumatologia. Um ecógrafo de alta qualidade, com sondas de pequenas dimensões e de frequência elevada (igual ou superior a 10MHz), permitirá aproveitar todo o potencial desta técnica, no que se refere às pequenas articulações das mãos e dos pés.

## • Ecografia em Reumatologia

### INFILTRAÇÕES GUIADAS POR ECOGRAFIA

Dr. Álvaro Barros Rosa

Unidade de Reumatologia. Hospital de Egas Moniz, Lisboa.

A ecografia é o exame de referência para o estudo das partes moles do aparelho locomotor, permitindo monitorizar a introdução duma agulha até a uma lesão e assim possibilitar quer a aspiração de líquido sinovial quer a infiltração de corticóides, com a certeza de que se está no local certo.

As indicações desta técnica são várias: tendinites de inserção, tenossinovites, bursites, ligamentites, fasceíte, quistos sinoviais, hidrartroses e sinovites articulares. As indicações *major* são os quistos de Baker pouco volumosos e as bursites subacromiodeltoideias, possibilitando uma aspiração eficaz de líquido sinovial antes de se proceder à infiltração. Nas artocenteses e infiltrações articulares, a ecografia tem a vantagem sobre o controlo radioscópico, para além dos custos inferiores, de não ser necessário o uso de contrastes iodados, evitando assim eventuais reacções anafiláticas.

Existem duas técnicas para a execução de infiltrações, tendo a segunda técnica duas variantes. Na primeira técnica, após se localizar a zona de lesão com a sonda, faz-se por centrar esta na imagem, avalia-se a profundidade daquela, e com uma caneta marca-se um ponto junto ao meio da

face lateral da sonda. Retira-se a sonda, desinfec-ta-se a zona com álcool ou iodopovidona e intro-duz-se a agulha (cujo comprimento será escolhi-do de acordo com a profundidade da lesão) no ponto marcado com uma pequena inclinação. Esta técnica é normalmente utilizada para as infiltrações do cotovelo (via anterior), glenoumeral (via posterior), anca, talocuboideia, subtalar, me-diotársica, das metatarsofalângicas, da bolsa subacromiodeltoideia, das bolsas intermetatársi-cas e dos quistos de Baker. Esta técnica tem as vantagens de ser mais rápida e de dispensar o uso de gel esterilizado e de agulhas ecogénicas e a desvantagem de não se controlar a progressão da agulha, sendo assim menos exacta.

Na segunda técnica, a infiltração é feita en-quanto a sonda está colocada, visualizando-se a agulha na imagem ecográfica. Existem 2 varian-tes: na primeira, a agulha é introduzida junto ao ponto médio da face lateral da sonda, com uma pequena inclinação. Nesta variante, a agulha só é visível quando a sua ponta chega ao plano exami-nado pela sonda, surgindo como um ponto bri-lhante. Na segunda variante, a agulha é introduzi-da obliquamente junto a uma das extremidades da sonda, podendo-se ver a sua progressão até a

zona lesional, altura em que se faz a aspiração ou a injeção. Existem acessórios (*needle guides*) que se adaptam à sonda, permitindo executar a técni-ca de uma forma mais fácil. Esta segunda variante é preferível pois permite ver a progressão da agu-lha e a correcção imediata do percurso, se neces-sário. A segunda técnica é normalmente utilizada nas infiltrações das bainhas tendinosas, canal cárpico, quistos, bolsas (sobretudo a bolsa retrocal-caneana) e das articulações mediocárpicas, radio-cárpicas, glenoumeral (via posterior), joelho e ta-locuboideia. A segunda técnica tem a vantagem de ser mais precisa e as desvantagens de ser mais demorada, de necessitar de gel esterilizado (em-bora se possa utilizar álcool, mas com qualidade inferior de imagem) e de agulhas ecogénicas, bas-tante mais caras.

Embora hajam escassos estudos comparando a eficácia das infiltrações guiadas por ecografia com as infiltrações simples, existe uma clara vantagem do ponto de vista teórico, pelo que deverá haver uma maior implementação desta técnica, para a qual é fundamental o treino do reumatologista na execução e interpretação de ecografias do apare-lho locomotor.





**COMUNICAÇÕES  
LIVRES**



## COMUNICAÇÕES LIVRES

DIA 21 DE MARÇO DE 2002  
[QUINTA-FEIRA]

## CL1

**ANÁLISE DA PUBLICAÇÃO NA ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA – DA SUA ORIGEM (1973) À ACTUALIDADE (RESULTADOS PRELIMINARES).**

P. Coelho

Instituto Português de Reumatologia.

**INTRODUÇÃO:** A Acta Reumatológica Portuguesa (ARP) foi criada em 1973, como publicação oficial da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR). Na sua vida, esta publicação têm sofrido metamorfoses formais e de conteúdo, reflexo da evolução técnica, ao mesmo tempo que têm lutado com dificuldades, variáveis ao longo do tempo. Este trabalho tem por objectivo contribuir com uma análise objectiva do passado para permitir um melhor futuro para a ARP.

**MÉTODOS:** Avaliação do conteúdo da ARP no período que decorreu entre a sua fundação (1973) e o final do ano de 2001. Foram excluídos da análise os números da revista dedicados exclusivamente a eventos científicos, como Congressos. Não foram contabilizados os artigos publicados como editorial. A análise versou aspectos quantitativos (número de páginas, número de artigos, número de páginas publicitárias) e qualitativos (tipo de artigo, tipo de autor, tipo de centro envolvido na publicação).

**RESULTADOS:** Neste período foram publicados 103 números, com regularidade mantida desde 1983, e um espaço temporal sem publicação de 1980 a 1982. A média de artigos publicados foi de 4,2 artigos por revista (artigos originais em 34,4%, artigos de revisão em 44,5% e artigos do tipo «caso clínico» em 21,1%), a média de páginas por revista foi de 53,5 (máximo de 100 e mínimo de 15, neste caso referente a metade de um número duplo). O número médio de anúncios por revista foi de 17,1 (máximo de 43 e mínimo de 2). Desde 1995, altura

da constituição do último Serviço/Unidade autónomo de Reumatologia em Portugal, a contribuição com publicação de artigos na ARP foi a seguinte, por ordem decrescente: autores internacionais (19,8%); outras especialidades (19,1%); Hospital da Universidade de Coimbra (16,3%); Instituto Português de Reumatologia (10,4%); Hospital de Santa Maria (10,4%); Hospital Egas Moniz (8,6%); Hospital Garcia de Orta (6,9%); Hospital Militar Principal (3,4%); Hospital de São João (1,7%); Hospital de Ponte de Lima (1,7%); Centro Hospitalar do Funchal (1,7%) e Hospital de Ponta Delgada (0,0%). Verificou-se também uma tendência significativa para a identificação entre a origem dos artigos publicados e a unidade de Reumatologia a que pertencia o responsável editorial da ARP em cada período editorial.

**CONCLUSÕES:** a ARP não tem sido, de forma homogénea, uma revista de referência para a actividade publicadora das diversas unidades de Reumatologia do nosso país. A sobrevivência e o desenvolvimento da ARP necessita de um maior empenhamento das diversas Unidades de Reumatologia, quer do ponto de vista quantitativo (número de trabalhos publicados), quer do ponto de vista qualitativo (aumentando a percentagem de trabalhos originais). A ARP, desde que devidamente valorizada, pode constituir um pólo de desenvolvimento da Reumatologia Nacional e de afirmação da própria especialidade no nosso país.

## CL2

**SÍNDROME DE ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS NA CRIANÇA: EXPERIÊNCIA DE UMA CONSULTA**

C. Macieira, H. Canhão, J. E. Fonseca, C. Resende, W. Castelão, M. Costa, A. Neto, J. C. Teixeira da Costa, M. Viana de Queiroz.

Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas e Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

**INTRODUÇÃO:** A identificação de anticorpos an-

ti-fosfolípidos (AAFL), em particular nos doentes com diagnóstico de LES, é fundamental para uma correcta avaliação clínica, adequada intervenção terapêutica e previsão de prognóstico.

**OBJECTIVOS, MATERIAL E MÉTODOS:** Foi efectuado um estudo retrospectivo de 25 crianças com LES seguidas na consulta de Reumatologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria nos últimos 15 anos, com o objectivo de identificar as manifestações clínicas associadas à presença de AAFL, bem como as medidas terapêuticas instituídas.

**RESULTADOS:** Cerca de 96% das crianças eram do sexo feminino, sendo a média da idade de 12,2 anos. O tempo médio de seguimento na consulta foi de 5,3 anos.

Em 48% foram detectados AAFL no soro; 75% apresentavam título elevado de anticardiolipina (aCL) e 50% eram anticoagulante lúpico (LAC) positivo. Cerca de 25% das crianças eram concomitantemente LAC e aCL positivas.

Em cerca de 12 doentes (48%) registou-se a existência de Síndrome de Anticorpos Anti-fosfolípidos (SAAFL) associado. O acidente vascular cerebral foi a manifestação clínica mais frequente. Outras manifestações clínicas com associação provável à SAAFL foram a anemia hemolítica, a trombocitopenia e o lúcido reticularis. Uma criança veio a falecer com SAAFL na sua forma catastrófica.

A avaliação da terapêutica instituída revelou que 41,7% das crianças encontravam-se antiagregadas com ácido acetilsalicílico e 25,2% efectuavam também anticoagulação.

**DISCUSSÃO:** A existência de AAFL em crianças com LES parece ser um importante factor de prognóstico, considerando a gravidade das manifestações clínicas associadas, tornando-se fundamental a instituição precoce de medidas de terapêutica adequadas.

### CL3

#### DESTRUIÇÃO RADIOLÓGICA DAS GRANDES ARTICULAÇÕES EM 193 DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE. RELAÇÃO COM A DESTRUIÇÃO DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES E A INCAPACIDADE FUNCIONAL.

L. Inês, P. Reis, M. Santos, C. Silva, M. Alexandre, A. Braña, A. Figueiredo, D. Nour, J. A. P. Silva, A. Malcata, A. Porto.

Serviço de Medicina III e Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra.

**INTRODUÇÃO:** A destruição articular radiológica é um dos mais importantes factores de prognóstico da artrite reumatóide (AR). Contudo, na generalidade dos estudos clínicos a avaliação da destruição das grandes articulações não é realizada.

**OBJECTIVO:** Avaliar a gravidade da destruição articular radiológica das grandes articulações na AR, a sua relação com a destruição das pequenas articulações e com a incapacidade funcional.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo em corte transversal de 193 doentes com AR, cumprindo os critérios de classificação do ACR (mulheres = 168, homens = 25; média de idade = 57,0±11,7 anos; duração média de doença = 13,4±8,1 anos; factores reumatóides positivos = 72%). Os doentes foram observados consecutivamente na consulta externa de Reumatologia dos H.U.C. A incapacidade funcional foi avaliada através de escala visual analógica (EVA), escala tipo Likert e o índice funcional do ACR. Foram realizadas radiografias das mãos, pés, ombros, cotovelos, ancas e joelhos. A destruição articular radiológica foi quantificada através do método de Larsen. Cada área articular foi avaliada por um único observador, com ocultação da identidade do doente.

**RESULTADOS:** Pelo menos uma grande articulação apresentava alterações radiológicas (pontuação de Larsen > 0) em 76,7% dos doentes e erosões (pontuação de Larsen > 1) em 47,2% dos doentes. A destruição articular radiológica das grandes articulações apresentou correlação com a das pequenas articulações ( $r = 0,26$ ,  $p = 0,001$ ). A destruição radiológica das pequenas articulações apresentou correlação com a incapacidade funcional avaliada por EVA ( $r = 0,27$ ), escala tipo Likert ( $p < 0,0001$ ) e pelo índice ACR ( $p < 0,001$ ). A associação entre destruição radiológica das grandes articulações e incapacidade funcional através da escala EVA foi significativa ( $r = 0,18$ ,  $p < 0,05$ ).

**CONCLUSÃO:** Menos de metade dos doentes apresentam erosões das grandes articulações, independentemente da gravidade da destruição das pequenas articulações. A associação entre destruição radiológica e incapacidade funcional foi mais forte para as pequenas articulações do que para as grandes articulações.

### CL4

#### EFEITO DA TERAPÊUTICA COM CORTICÓIDES NO FENÓTIPO MACROFÁGICO EM DOENTES COM ARTRITE REUMA-

**TÓIDE: MACRÓFAGOS CD163 POSITIVOS - UM NOVO FENÓTIPO MACROFÁGICO IMUNOREGULADOR?**

J. E. Fonseca<sup>1,2</sup>, A. Francisco<sup>2</sup>, N. Cortez-Dias<sup>2</sup>, M. Sobral<sup>2</sup>, H. Canhão<sup>1</sup>, C. Resende<sup>1</sup>, W. Castelão<sup>1</sup>, C. Macieira<sup>1</sup>, J. A. Pereira da Silva<sup>1</sup>, M. Carmo-Fonseca<sup>2</sup>, M. Viana Queiroz<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Unidade de Reumatologia, Hospital de Santa Maria;

<sup>2</sup>Instituto de Histologia, Faculdade de Medicina de Lisboa; Lisboa, 1600, Portugal.

**INTRODUÇÃO:** A artrite reumatóide (AR) é uma doença inflamatória crónica, de etiopatogenia desconhecida, caracterizada por um envolvimento preferencial da membrana sinovial das articulações, causando erosões ósseas e progressiva destruição articular. Os macrófagos sinoviais (CD68 positivos) têm um papel fundamental na patogenia da AR. Recentemente identificou-se um fenótipo macrofágico reconhecido pela expressão da molécula CD163, que poderá ter uma actividade anti-inflamatória. Estudos *in vitro* sugerem uma inibição da expressão do CD163 por substâncias pró-inflamatórias, como o IFNg, o tetradecanoilforbol-13-acetato (TPA) e o lipopolissacárido da *Escherichia coli* (LPS). Pelo contrário, existe aumento da expressão de CD163 na presença de IL-6 e IL-10 (interleucinas com efeito imunoregulador) e glucocorticóides. Dados obtidos por imunohistoquímica, sugerem que os linfócitos T CD4+ inibem preferencialmente a expressão do CD163, possivelmente através da produção de IFNg.

**OBJECTIVOS:** Verificar, se em doentes com AR sujeitos a terapêutica prévia com prednisona, existe modulação da expressão macrofágica, com aumento do índice CD163/CD68.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Amostra não probabilística, accidental, por conveniência, constituída por 17 doentes consecutivos com AR que realizaram biópsia sinovial na Unidade de Reumatologia do Hospital de Santa Maria. 10 casos não tratados e 7 casos tratados com glucocorticóides. As sinóvias foram estudadas por métodos de imunofluorescência, utilizando cortes seriados, marcados com anticorpos monoclonais anti CD68, CD163, CD4, CD8, CD19 e IFNg. Foi quantificada a marcação em 3 subcompartimentos sinoviais: íntima, subíntima e agregados linfocitários. A análise estatística dos resultados foi feita recorrendo ao teste T de Student.

**RESULTADOS:** Em todas as zonas sinoviais registaram-se mais células marcadas pelo CD68 do

que pelo CD163, numa relação de aproximadamente 2:1, com excepção dos agregados linfocitários onde a proporção foi de 11:1. Estas diferenças foram estatisticamente significativas. Não se observaram diferenças na distribuição do CD163 e CD68, na íntima e subíntima, comparando os doentes tratados com prednisona e os doentes não tratados. No entanto, nos agregados linfocitários existia uma clara tendência (embora não alcançando significado estatístico) para uma maior expressão de CD163 nos doentes tratados ( $77,5 \pm 100,1$  cels/mm<sup>2</sup>), por comparação com os não tratados ( $33,8 \pm 33,0$  cels/mm<sup>2</sup>). Estas diferenças foram acompanhadas, nos doentes tratados, por um menor número de células produtoras de IFNg nos agregados ( $235,3 \pm 267,9$  cels/mm<sup>2</sup> vs  $920,0 \pm 1824,8$  cels/mm<sup>2</sup>). Nos agregados também se verificou uma maior expressão de CD68 nos doentes tratados ( $803,7 \pm 648,2$  cels/mm<sup>2</sup> vs  $454,3 \pm 332,6$  cels/mm<sup>2</sup>), mas o índice CD163/CD68 foi superior nestes doentes ( $0,08 \pm 0,06$  vs  $0,04 \pm 0,03$ ).

**CONCLUSÕES:** Estes resultados sugerem que possa existir uma modulação do índice de macrófagos CD163/CD68 positivos pela terapêutica com prednisona em doentes com AR. Este efeito é provavelmente mediado pela redução da produção de IFNg e pelo efeito directo dos corticóides sobre o macrófago, condicionando um aumento preferencial dos macrófagos CD163 positivos. A grande variância das características da membrana sinovial reumatóide leva a que estas conclusões careçam de confirmação, utilizando uma amostra de maiores dimensões.

**CL5****ESTUDO DO LÍQUIDO SINOVIAL - EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE**

P. Nero, J. M. Bravo Pimentão, J. Cunha Branco.

Unidade de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz.

**INTRODUÇÃO:** A análise do líquido sinovial é por muitos considerada uma extensão do exame objectivo reumatológico. Pode, através da análise de apenas algumas gotas, oferecer um diagnóstico definitivo, nomeadamente nas artropatias microcristalinas.

**OBJECTIVOS:** Os autores fizeram uma revisão dos líquidos analisados na sua Unidade e pretendem transmitir a sua experiência nesta área referindo

simultaneamente a sua utilidade.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Foi feita uma análise retrospectiva de todos os líquidos sinoviais observados na Unidade de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz num período de 28 meses. Os líquidos foram colhidos de doentes da consulta e do internamento da referida Unidade, quer por artrocentese quer por punção de bolsas serosas. As amostras obtidas foram observadas num microscópio óptico Leica“ DMLS, equipado com polarização simples e um analisador, e ainda corados com o vermelho de alizarina.

**RESULTADOS:** Foram observados 198 líquidos sinoviais, 71 (35,9%) de doentes do sexo masculino e 127(64,1%) de doentes do sexo feminino. A idade média dos doentes foi  $61,53 \pm 17,26$  (dp) anos. O líquido sinovial era intra-articular em 154 (77,8%) doentes e peri-articular em 44 (22,2%). O tempo médio entre a sua colheita e o seu estudo foi de  $5,4 \pm 8,65$  (dp) dias. As características do líquido sinovial foram inflamatórias em 45 (22,7%), mecânicas em 62 (31,3%), microcristalinas em 56 (28,3%), traumáticas em 3 (1,5%), incharacterísticas em 5 (2,5%), infecciosas em 3 (1,5%) e mal preservado em 3 (1,5%). Vinte e um (10,6%) líquidos eram de estruturas peri-articulares, com células epiteliais em quantidade abundante e sem outras características particulares. Relativamente aos líquidos onde foram identificados cristais, as suas variedades foram as seguintes: monourato de sódio 20 (35,7%); pirofosfato de cálcio 7 (12,5%); hidroxapatite 19 (33,9%); cristais líquidos de lípidos 4 (7,1%); colesterol 1 (1,8%); hilano GF-20 2 (3,6%); corticóide 2 (3,6%); imunocomplexos 1 (1,8%). A análise do líquido sinovial por si só permitiu o diagnóstico definitivo em 52 (26,3%) casos: 48 (92,3%) doentes com artropatias microcristalinas, 2 (3,8%) doentes com artrites infecciosas e 2 (3,8%) com traumatismos, em doentes com essa suspeita diagnóstica e que tinha, um líquido sinovial hemático.

**CONCLUSÕES:** A análise microscópica do líquido sinovial permitiu o diagnóstico definitivo em mais de  $\frac{1}{4}$  (26,3%) dos doentes, confirmando que é útil na prática clínica diária. A grande maioria destes diagnósticos (92,3%) foram de artropatias microcristalinas. A nossa Unidade tem desenvolvido um importante trabalho nesta área e tem aumentado a sua experiência nos dois últimos anos, como demonstra a estatística e a variedade dos resultados apresentados.

## CL6

### PROGNOSTIC INDICATORS OF DISABILITY IN ANKILOSING SPONDYLITIS.

C. Resende, G. Sequeira, C. M. Rosa, J. C. Teixeira Costa, J. A. Pereira Silva, M. Viana Queiroz.

Unidade de Reumatologia, Hospital Santa Maria, Lisboa.

The course of Ankylosing Spondylitis (AS) is highly variable. In the majority of the cases the disease is relatively mild and self-limited, without functional disability. However in a few cases AS show persistent disease activity and is therapy resistant, leading to early and severe disability. Although it is difficult to predict the ultimate prognosis of an individual patient, some indicators may influence the overall functional outcome.

Our aim was to evaluate the epidemiological, clinical or radiological indicators that may influence the overall functional prognosis in AS patients.

We have performed a retrospective study of AS patients followed-up in our Rheumatology outpatient clinic in the last 20 years. We have evaluated two subgroup of patients, one with severe disease (sacroiliitis grade-4 and bamboo appearance) and the other with mild to moderate disease (sacroiliitis grade-2 and 3 and negative bamboo appearance). We analysed the following indicators: gender, early disease, disease duration, axial and peripheral involvement, enthesopathy, uveitis, small and large peripheral limb joints involvement, extraskeletal manifestations and the HLA B27 typing, to determine potential correlations with one of the subgroups.

152 patients were followed with the AS diagnosis. 105(70%) were male and 47 (30%) were female, with a mean age of  $42,0 \pm 14,3$  years and a mean disease duration of  $16,7 \pm 11,2$  years. 22 patients belonged to the subgroup with severe functional disability with a mean age of  $49,7 \pm 12,5$  years and a mean disease duration of  $26 \pm 12,3$  years. 84 belonged to the subgroup with mild to moderate disease with a mean age of  $38,6 \pm 13,0$  years and a mean disease duration of  $12,8 \pm 8,72$  years. The statistical analysis showed that the subgroup of worse outcome presented significant differences by comparison to the subgroup of better prognostic in the following factors: gender ( $p < 0,0002$ ), age below or equal to 30 years before the beginning of the complaints ( $p < 0,0051$ ), axial involvement ( $p < 0,0077$ ), disease duration  $> 10$  years ( $p < 0,0000$ ),

hip involvement ( $p < 0,0004$ ), large peripheral limb joints ( $p < 0,0333$ ), extraskeletal manifestations ( $p < 0,008$ ). Peripheral involvement was significant more frequent in the subgroup with better prognosis. There were not differences among the two subgroups in relation to the HLA B27 typing, enthesopathy or ocular involvement (uveitis).

These data suggest that some epidemiological, clinical or radiological factors do influence the outcome of the patients with AS concerning to functional disability. Therefore they can indicate ou então point out early in the course of the disease the need of distinct levels of clinical and therapeutic approach.

## CL7

### ARTROPLASTIAS NA MÃO REUMATÓIDE – NOVOS CONCEITOS.

J. Mota da Costa

Hospital de Santa Maria

Nos últimos anos vem-se assistindo a novos conceitos nos tipos de artroplastias a realizar na mão reumatóide, quer ao nível do punho, quer das articulações trapézio-metacárpica, metacarpofalângica e interfalângicas proximais.

Avaliação de vários tipos de artroplastia comparando as artroplastias com as próteses de Silicone tipo Swanson com os modelos mais actuais de próteses totais de substituição das superfícies articulares, cimentadas e não cimentadas.

Avaliação de resultados da colocação de 196 próteses ao nível das metacarpofalângicas e interfalângicas proximais e de 60 artroplastias ao nível da trapézio-metacárpica.

Apresentação de novos conceitos de artroplastias a nível do punho

## CL8

### CONSULTA DE ARTRITE REUMATÓIDE E ARTRITES PRECOSES DO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA – EXPERIÊNCIA DE 1,5 ANOS

P. Gonçalves, E. Pinto, F. Godinho, V. Tavares, J. Canas da Silva

Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada.

A Consulta de Artrite Reumatóide e Artrites Preco-

ces do Hospital Garcia de Orta, em Almada, foi inaugurada em Junho de 2000, tendo como finalidade a detecção rápida, a orientação diagnóstica e a terapêutica precoce de Casos Clínicos com Doença Inflamatória Articular. Adaptando-se às circunstâncias do nosso país, a Consulta baseou-se para a sua constituição, em modelos de Consulta semelhantes, a decorrer em diversos países Europeus, nomeadamente em Espanha. A Consulta decorre no Centro de Saúde de Almada, principal Unidade de Cuidados de Saúde Primários do Concelho de Almada.

Numa primeira fase, a Consulta tem-se orientado, essencialmente, para a avaliação precoce de situações inflamatórias articulares e para o estabelecimento de diagnósticos. Na Artrite Reumatóide (AR), tem sido efectuada uma avaliação socioeconómica pormenorizada, uma avaliação epidemiológica e uma avaliação física e laboratorial basais, tendo como finalidades a detecção ulterior de factores importantes de índole prognóstica, bem como a avaliação da eficácia de terapêuticas de fundo, entretanto iniciadas. Têm sido utilizadas as ferramentas internacionalmente aceites de avaliação nos doentes com AR, entre as quais os Inquéritos HAQ, a avaliação da rigidez matinal, a Escala Visual Analógica da Dor, Avaliação Global pelo doente e pelo Médico, o Nº de articulações tumefactas e dolorosas, a VS e a PCR.

Foram avaliados nesta Consulta 120 novos doentes, tendo-se confirmado o diagnóstico de AR em 85. Sete doentes apresentavam outros Reumatismos Inflamatórios e 28, outros diagnósticos, sendo de destacar 8 doentes com Osteoartrite Nodular das mãos. Neste trabalho, os autores destacam a importância da correcta orientação de casos de artrite recente para este tipo de Consulta, habitualmente a cargo do Médico de Medicina Familiar. Na AR activa a introdução de terapêutica de fundo deve ocorrer nos primeiros 3 meses de doença, sendo necessário, para conseguirmos atingir este objectivo, uma perfeita integração da Medicina Hospitalar com os Cuidados de Saúde Primários.

## CL9

### O IMPACTO DA ARTRITE REUMATÓIDE: CUSTOS ECONÓMICOS E INCAPACIDADE PARA O TRABALHO. UM ESTUDO DE 146 DOENTES.

L. Inês, P. Reis, M. Santos, M. Alexandre, C. Silva, A. Branha, A. Figueiredo, D. Nour, J. A. P. Silva, A. Malcata, A. Porto.

Serviço de Medicina III e Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra.

**INTRODUÇÃO:** O impacto da artrite reumatóide em termos de incapacidade para o trabalho e custos económicos não está ainda bem caracterizado.

**OBJECTIVOS:** Determinar os custos económicos directos anuais para o doente e incapacidade para o trabalho na artrite reumatóide (AR).

**MATERIAL E MÉTODOS:** 146 doentes com AR (mulheres = 88,4%, média de idade = 56 anos, duração média da doença = 13,9+8,1 anos, factores reumatóides positivos = 73,8%), cumprindo critérios de classificação ACR, completaram questionários acerca de história laboral, despesas de saúde e o questionário AIMS2 - *Arthritis Impact Measurement Scale*.

**RESULTADOS:** 38,4% dos doentes encontravam-se correntemente empregados e 58,7% reformados. 84,5% dos reformados tinham-no feito devido à AR. Entre todos os doentes, 83,1% necessitaram de pelo menos uma baixa ao trabalho devido à AR. O tempo total médio de baixa ao longo do curso da doença foi de 659 dias. As questões e escalas do AIMS2 são pontuadas de bom (0 pontos) a mau (10 pontos). Na escala de capacidade laboral do AIMS2, 31,9% dos doentes empregados obtiveram uma pontuação superior a 7.

O rendimento anual médio dos doentes foi 6.084 Euros (1200.000 PTE). A despesa anual média de saúde relacionada com a AR foi 1.151 Euros (231.000 PTE). Estas despesas representam 21,7% do rendimento anual médio dos doentes.

**CONCLUSÃO:** A AR tem um impacto significativo sobre a capacidade laboral dos doentes. As despesas de saúde relacionadas com a AR consomem uma percentagem elevada dos rendimentos dos doentes.

**DIA 22 DE MARÇO DE 2002  
[SEXTA-FEIRA]**

## CL10

### ESTUDO CESAR - CUSTOS ECONÓMICOS E SOCIAIS DA ARTRITE REUMATÓIDE. CUSTOS INDIRECTOS.

J.C. Branco<sup>1</sup>, P. Nero<sup>1</sup>, M. Cruz<sup>1</sup>, S. Ribeiro<sup>2</sup>, J. Ama-

do Silva<sup>2</sup> e Grupo do Estudo CESAR.

<sup>1</sup>Unidade de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz

<sup>2</sup>Centro de Estudos Económico-Empresariais, UAL, Lisboa.

**OBJECTIVOS:** A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença poliarticular inflamatória crónica com repercussão pessoal, familiar, laboral, social e económica relevantes. A ausência de estudos portugueses nesta área e o elevado preço das novas e eficazes abordagens terapêuticas da AR motivaram a realização deste estudo com o objectivo de conhecer o custo económico e social desta doença em Portugal.

**POPULAÇÃO E MÉTODOS:** O estudo de âmbito nacional, envolveu 8 centros ambulatórios de Reumatologia, utilizou 2 questionários preenchidos em 2000 referentes a dados de 1999 relativos aos processos dos serviços e às declarações dos doentes sobre aspectos sócio-demográficos, clínicos, consumo de recursos de saúde, despesas do doente, perdas de ganho e aplicou instrumentos de avaliação da qualidade de vida (HAQ e SF-36) e da capacidade funcional (ACR). Todos os valores económicos, calculados em escudos e transformados em euros, tiveram por base fontes oficiais variadas (por exemplo preço de medicamentos, internamentos, consultas, salários, pensões, etc.).

**RESULTADOS:** Foram incluídos aleatoriamente 166 doentes com AR, 133 mulheres (80%) e 23 homens (20%), com idade média de 55±12 anos (dp) e idade de início da doença de 48±12 anos. Os doentes estavam assim distribuídos pelas classes funcionais: CI 30 doentes (18%); CII 50 (30%); CIII 55 (33%) e CIV 31 (19%). A maioria (65%) dos doentes recebia indemnização por invalidez, 43% estavam reformados, 48% dos doentes empregados perderam em média 94 dias de trabalho/ano e 37% das donas de casa perderam em média 61 dias de trabalho/ano. Mais de 40% dos doentes necessitava de cuidados domiciliários com em média a perda de 1 mês de trabalho/ano por cada prestador de cuidados. Todos estes valores calculados e adicionados representam um custo indirecto mensurável de 2556,6 € (i.e. 512.538\$00) por doente/ano.

**CONCLUSÃO:** Considerando a existência de 30 a 50 mil doentes com AR em Portugal os seus custos indirectos mensuráveis em 1999 situaram-se entre 76,698 e 127,830 milhões de € (i.e. 15,376 e 25,627 milhões de contos).

**CL11****ANTICORPOS ANTI-FOSFOLÍPIDOS E SUAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS: ESTUDO DE UMA POPULAÇÃO PORTUGUESA.**

C. Macieira<sup>1</sup>, M.J. Santos<sup>2</sup>, J. Canas da Silva<sup>2</sup>, M. Viana de Queiróz<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital de Santa Maria.

<sup>2</sup>Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta.

**INTRODUÇÃO:** O reconhecimento da presença de anticorpos anti-fosfolípidos (AAFL) nos doentes com lúpus eritematoso sistémico (LES) e a sua tradução clínica (existência ou não de síndrome de anticorpos anti-fosfolípidos associado), pode ser determinante para uma correcta orientação terapêutica e previsão de prognóstico.

**OBJECTIVOS, MATERIAL E MÉTODOS:** Com o objectivo de caracterizar as manifestações clínicas associadas à presença de AAFL, foi efectuada uma avaliação retrospectiva de 356 doentes seguidos na consulta de Reumatologia dos Hospitais de Santa Maria e Garcia de Orta com o diagnóstico de LES ou síndrome dos anticorpos anti-fosfolípidos (SAAFL) primário. Os resultados obtidos foram lançados em base de dados especialmente elaborada para o efeito.

**RESULTADOS:** Identificaram-se 83 doentes com AAFL positivos. Destes 76 tinham o diagnóstico de LES (21,7% do total dos doentes com lúpus) e 7 tinham SAAFL primário. A distribuição por sexos revelou que 96,2% eram mulheres, maioritariamente de raça branca, sendo a média de idade 39,9 anos. A maioria da população em estudo era proveniente da região de Lisboa (65,8%).

As manifestações clínicas mais frequentes nos doentes com AAFL foram os abortos espontâneos (45,3%), a trombocitopénia (40,5%) e as trombose venosas dos membros inferiores (32,0%).

Foi avaliada a coexistência de factores de risco para doença vascular, tendo sido a hipertensão arterial o mais prevalente (27,8%).

O anticoagulante lúpico foi positivo em 49,4% dos doentes, enquanto que o anticorpo anticardiolipina foi positivo na maioria daqueles (88,6%).

A terapêutica preferencialmente instituída foi a antiagregação plaquetária (45,6%). Apenas em 28,3% dos doentes com SAAFL foi instituída anti-coagulação oral.

O *follow-up* médio da população estudada foi de 6,6 anos, assinalando-se como sequelas importantes a hemiparésia, o síndrome demencial e a

amaurose.

**DISCUSSÃO:** A determinação dos AAFL parece ser particularmente importante em mulheres com LES em idade fértil, visto a patologia da gravidez ter sido a mais frequente na população estudada, e esta poder ser prevenida com a instituição atempada de terapêutica adequada.

**CL12****ESTUDO PROSPECTIVO ABERTO DA EFICÁCIA DA LAVAGEM E INFILTRAÇÃO ARTICULAR NO TRATAMENTO DE ARTROPATIAS DO JOELHO.**

L. Inês, P. Reis, M. J. Santos, M. Alexandre, C. Silva, A. Braña, A. Barcelos, D. Nour, J. A. P. Silva, A. Malcata, A. Porto.

Serviço de Medicina III e Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra.

**OBJECTIVOS:** Avaliar a eficácia da lavagem e infiltração articular no tratamento de artropatias do joelho.

**MÉTODOS:** Foram avaliados 85 doentes consecutivos (mulheres – 64,3%; média de idade – 62,0±13,5 anos) com artropatia sintomática do joelho (osteoartrose – 34,2%, artrite reumatóide – 31,9%, espondilartropatias seronegativas – 33,9%), que foram submetidos a lavagem articular e/ou infiltração, de acordo com a indicação do seu reumatologista. A avaliação clínica foi realizada antes da intervenção (T0) e 30 (T30), 90 (T90) e 180 (T180) dias após a mesma. Os parâmetros de avaliação primários foram a modificação da dor e da função, quantificada pelo *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index* (WOMAC).

**RESULTADOS:** 67,6% dos doentes foram submetidos a lavagem articular, com (81,3%) ou sem (18,7%) infiltração subsequente (grupo A). 32,4% dos doentes receberam infiltração sem lavagem (grupo B). O produto mais frequentemente utilizado para infiltração foi o hexacetonido de triancinolona (82,0%), seguido pelo acetato de metilprednisolona (9,8%) e Synvisc, (4,9%). A pontuação no índice WOMAC antes da intervenção foi mais elevado no grupo A do que no B ( $p < 0,05$ ). As pontuações médias no índice WOMAC para o grupo A foram: T0 – 63,35; T30 – 43,42; T90 – 47,78 e T180 – 58,10. As pontuações médias no índice WOMAC para o grupo B foram: T0 – 52,15; T30 – 43,30; T90 – 37,0 e T180 – 33,90. A diferença em relação à

avaliação inicial foi significativa para o grupo A ao T90 ( $p < 0,005$ ) e para o grupo B ao T180 ( $p < 0,05$ ).

**CONCLUSÃO:** A lavagem e infiltração articulares foram eficazes para a melhoria a longo prazo da dor e da limitação funcional nas artropatias do joelho.

## CL13

### ESTUDO PROSPECTIVO DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DIAGNÓSTICA DE ARTRITE REUMATÓIDE POR BIÓPSIA SINOVIAL - ANÁLISE INTERINA.

J. E. Fonseca<sup>1,2</sup>, A. Francisco<sup>2</sup>, N. Cortez-Dias<sup>2</sup>, M. Sobral<sup>2</sup>, H. Canhão<sup>1</sup>, C. Resende<sup>1</sup>, W. Castelão<sup>1</sup>, C. Macieira<sup>1</sup>, J. A. Pereira da Silva<sup>1</sup>, M. Carmo-Fonseca<sup>2</sup>, M. Viana Queiroz<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Unidade de Reumatologia, Hospital de Santa Maria

<sup>2</sup> Instituto de Histologia, Faculdade de Medicina de Lisboa; Lisboa, 1600, Portugal.

**INTRODUÇÃO:** A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença com uma prevalência significativa, constitui uma causa importante de incapacidade laboral, associa-se a elevada co-morbilidade, o que contribui para uma taxa de mortalidade aumentada. Existem neste momento fortes evidências que sugerem que uma terapêutica agressiva e precoce poderá limitar estes efeitos da AR. Embora o diagnóstico clínico da AR estabelecida não seja difícil, a sua detecção numa fase muito inicial nem sempre é linear, não existindo testes de diagnóstico que solucionem este problema. Têm sido efectuados diversos estudos que procuraram identificar, sem sucesso, características da membrana sinovial específicas da AR. No entanto, o progresso no conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos na AR e o desenvolvimento de novos anticorpos monoclonais permite avaliar a imunohistologia da membrana sinovial segundo uma perspectiva diferente.

**OBJECTIVOS:** Identificar as variáveis histológicas e imunohistológicas mais relevantes para o diagnóstico de AR.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Amostra não probabilística, accidental, por conveniência, constituída por 48 doentes que realizaram biópsia sinovial na Unidade de Reumatologia do Hospital de Santa Maria. Os doentes foram seguidos durante um período médio de  $11,6 \pm 6,3$  meses. As sinóvias foram estudadas por métodos de histologia convencional e imunofluorescência, utilizando cortes

seriados, marcados com anticorpos monoclonais anti CD68, CD163, CD4, CD8, CD19, IFNg, RANK, RANKL e OPG. As imagens foram digitalizadas e quantificadas por dois observadores independentes que desconheciam a identificação da imagem. Foi quantificada a marcação em 2 sub-compartimentos sinoviais: íntima (percentagem de células marcadas) e subíntima (cels/mm<sup>2</sup>). Para o estudo de histologia convencional foi utilizado um método semiquantitativo que engloba 4 parâmetros histológicos (cada um com uma pontuação possível de 0 a 10): número de camadas de sinoviócitos da orla epitelióide, os infiltrados inflamatórios perivasculares, os agregados de linfócitos e o infiltrado difuso de linfócitos em todo o tecido sinovial. A análise estatística dos resultados foi feita recorrendo ao teste T de Student e, na ausência de condições de aplicabilidade, recorrendo ao teste de Mann-Whitney.

**RESULTADOS:** No final do período de seguimento 22 casos corresponderam ao diagnóstico de AR, 21 a outras doenças inflamatórias articulares (ODIA) e 5 a osteoartrose. A análise histológica revelou um *score* histológico total significativamente superior nos doentes com AR em relação aos doentes com ODIA ( $1,8 \pm 1,7$  vs  $0,9 \pm 1,2$ ;  $p = 0,008$ ). 9 doentes com AR tinham um *score* superior a 3,5 e nenhum doente com ODIA tinha um *score* superior a este. Os doentes com AR apresentaram globalmente maior quantidade de células marcadas com todos os marcadores utilizados, com excepção da OPG, do que os doentes com ODIA, embora esta diferença não tenha atingido um significado estatístico. Pelo contrário a OPG foi detectada em quantidade significativamente inferior na AR do que nas ODIA, quer na íntima ( $1 \pm 4\%$  vs  $7 \pm 2\%$ ;  $p = 0,038$ ), quer na subíntima ( $21,8 \pm 26,8$  vs  $37,5 \pm 38,7$  cels/mm<sup>2</sup>;  $p = 0,032$ ). A relação OPG/RANK e OPG/RANKL na subíntima foi significativamente inferior nos doentes com AR em relação aos doentes com ODIA (respectivamente  $2,3 \pm 5,8$  vs  $23,8 \pm 41,6$ ;  $p = 0,001$ ;  $1,4 \pm 2,6$  vs  $24,6 \pm 42,4$ ;  $p = 0,001$ ).

**CONCLUSÕES:** Os dados apresentados sugerem que existe um desequilíbrio pronunciado do sistema RANK/RANKL/OPG nos doentes com AR, podendo este efeito ser explorado como um potencial marcador da doença. A utilização de métodos semiquantitativos (simplificados e concentrados nos aspectos mais característicos da AR) poderá melhorar a rentabilidade do estudo histológico da membrana sinovial.

**CL14****TERAPÊUTICA DO SÍNDROMA DE SJÖGREN COM PLUGS DE OCLUSÃO DOS CANAIS LACRIMAIS – RESULTADOS PRELIMINARES**

J. Vaz Patto, J. Gil Forte, J. Figueirinhas  
Instituto Português de Reumatologia – Grupo de Estudo de Síndrome de Sjögren.

**INTRODUÇÃO:** Desde há vários anos que o nosso grupo estuda o Síndrome de Sjögren<sup>1,2,3</sup>. Com os antigos *plugs* de silicone as complicações eram significativas mas os resultados apresentados na literatura com os novos *plugs* são promissores<sup>4</sup>.

**MÉTODOS:** A partir da consulta de «Síndrome Sjögren/síndrome seco» foram enviados à consulta de Imuno-oftalmologia doentes com Síndrome de Sjögren Primário (SSP) e Síndrome de Sjögren Secundário (SSS). Foram seleccionados 46 doentes, 42 mulheres e 4 homens que apresentavam simultaneamente os seguintes critérios de gravidade: teste de Schirmer < 5 mm; BUT < 5 seg.; T.R.B. (corantes vitais) ++++. Dos doentes incluídos 38 tinham o diagnóstico de SSP e 8 o de SSS (Artrite Reumatóide -4; Dermatomiosite -1; LES -1; ESP -1; Espondilite Anquilosante -1). Numa primeira fase foram aplicados pelo oftalmologista *plugs* provisórios de colagénio (Investigação Alcon: «*Tears Naturale intracanalicular plug collagen*») nos canais lacrimais inferiores, sendo o doente reavaliado após 2 semanas. Se o *plug* provisório fosse bem tolerado eram aplicados os *plugs* definitivos de silicone (Investigação Alcon: «*Tears Naturale silicone punctum plug*») e efectuada uma reavaliação ocular após 2 meses de aplicação. Os *plugs* (colagénio e silicone) tem vários tamanhos sendo necessário uma medição rigorosa do canal lacrimal. Os *plugs* de silicone que aplicámos apresentam um desenho com campânula terminal que impedem a migração pelo canal.

**RESULTADOS:** Após avaliação dos primeiros 20 doentes com *plugs* de silicone verificámos uma alta taxa de expulsão (55%) pelo que passámos a incluir um programa de «ensino prévio aos doentes» que resultou numa diminuição da taxa de expulsão para 39%. No grupo de doentes que conservaram os *plugs* registamos um melhoria global tanto subjectiva (80% dos doentes) como objectiva, mostrando as medições oculares nessa altura: Schirmer médio = 8 mm; BUT médio = 10 seg.; TRB = +. Registamos conjuntivite aguda em 3 doentes.

**CONCLUSÕES:** Os resultados preliminares obtidos apontam para uma resposta global boa com uma técnica sem efeitos acessórios significativos com os *plugs* utilizados. É necessária uma educação prévia ao doente para reduzir a taxa de expulsão do *plug*, que se mantém no entanto elevada (valores semelhantes à literatura<sup>4</sup>). Para confirmação dos resultados é no entanto necessário a inclusão de um maior número de doentes, assim como um tempo de seguimento maior.

**Referências Bibliográficas:**

1. Brito A, Figueirinhas J, Ramos M et al. Síndrome de Sjögren. Acta Médica Port 1994; 7: 565-76.
2. Figueirinhas J, Gil Forte J, Vaz Patto J et al. Immunogenetics of Sjögren's Syndrome in Portuguese patients. Ocular Immunology and inflammation 1998; 6 (sup.): S8.
3. J Vaz Patto e J Figueirinhas. Diagnóstico precoce do Síndrome de Sjögren. Jornal do IPR 2000; vol. 1 (sup. 1): 14-16.
4. Balaram M et al. Efficacy and tolerability outcomes after punctal occlusion with silicone plugs in dry eye syndrome. Am J Ophthalmol 2001; 131 (1): 30-6.

**CL15****POLIANGEITE MICROSCÓPICA – A PROPOÓSITO DE SEIS CASOS CLÍNICOS**

P. Valente, P. Pinto, A. Bernardo, J. Bernardes, A. Lopes-Vaz.

Unidade de Reumatologia – Hospital de São João

A Poliangeite Microscópica é uma forma de vasculite necrotizante de pequenos vasos que afecta frequentemente vénulas, capilares, arteríolas, podendo, no entanto, envolver artérias de médio calibre.

Na unidade de Reumatologia foram internados seis doentes com o diagnóstico de Poliangeite Microscópica, nos últimos cinco anos (1996-2001). Três do sexo masculino e três do sexo feminino, com uma idade média de 57 anos.

O aparecimento foi rapidamente progressivo em quatro casos sob a forma de insuficiência renal rapidamente progressiva e nos dois casos restantes a manifestação inicial foi uma mononeuropatia múltipla, em que a sintomatologia precedeu o diagnóstico em mais de 6 meses. Todos os pacientes evidenciaram sinais e sintomas inespecíficos (anorexia, fadiga, mialgias e emagrecimento).

Foi detectada anemia normocítica e normocró-

mica (valor médio da hemoglobina,  $9.2 \pm 1.2 \text{g/L}$ ), e anticorpos anticitoplasma dos neutrófilos (ANCA) com padrão perinuclear em todos os doentes. O valor médio da creatinina foi  $46 \pm 12 \text{mg/L}$ . A biópsia renal confirmou a presença de glomerulonefrite necrotizante em todos os casos, com necrose fibrinóide focal em três e difusa nos três restantes.

Em cinco doentes foram detectadas opacidades pulmonares, predominantes nos lobos inferiores.

Foram tratados com pulso de metilprednisolona, corticoterapia oral e ciclofosfamida.

Dois doentes têm função renal normal, sem evidência de recidiva. Dois faleceram (um doente por enfarte agudo do miocárdio e outro por choque séptico). Um evoluiu para insuficiência renal crónica com necessidade de terapêutica de substituição hemodialítica. O doente restante abandonou a consulta de *follow up*.

A apresentação clínica, as alterações imunopatológicas e a resposta terapêutica foram sobreponíveis aos resultados obtidos em outras unidades. Como particularidade verificou-se a associação de necrose fibrinóide focal com melhor prognóstico.



## **POSTERS**



## POSTERS

DIA 21 DE MARÇO DE 2002  
[QUINTA-FEIRA]

## P1

**ANÁLISE COMPARATIVA DA REPERCUSSÃO FUNCIONAL E SOCIAL DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE *VERSUS* ARTRITE REUMATÓIDE.**

H. Canhão, C. Resende, W. Castelão, F. Ramos, J. E. Fonseca, J. T. Costa, M. Viana Queiroz  
Unidade de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

A artrite reumatóide (AR) e a espondilite anquilosante (EA) são duas doenças articulares inflamatórias crónicas frequentes.

Efectuámos um estudo transversal com o objectivo de avaliar comparativamente as repercussões funcionais e sociais destas patologias.

De forma aleatória foram avaliados 34 doentes, 20 com AR e 14 com EA, seguidos na Consulta de Reumatologia do HSM. Caracterizámos a idade, sexo, duração da doença, número de consultas/ano, duração da rigidez matinal, dor e avaliação global da actividade da doença pelo doente e pelo médico, *health assessment questionnaire* (HAQ), situação profissional e fármacos.

Dos doentes com AR, 80% eram do sexo feminino e 20% do sexo masculino. A idade média era de 55,1±9,8 anos. No grupo com EA, 42,8% doentes eram do sexo feminino e 57,2% do sexo masculino. A idade média era de 47,7±16,1 anos. A duração média da doença era de 13,5±7,2 anos no grupo AR e de 10,1±6,8 no grupo EA. O número de consultas/ano foi de 4,8±2,8 para os doentes reumatóides e de 4,4±2,7 para os espondilíticos. A duração média da rigidez matinal era de 43,5±46 minutos para a AR e de 93,2±123 minutos para a EA. A avaliação da intensidade da dor pelos doentes com AR foi de 5±2,8 e para os doentes com EA de 5,2±3. A avaliação global da actividade da doença pelos doentes reumatóides foi de 4,8±2,3 e dos espondilíticos de 4,3±3,1 e pelo médico respectivamente de 4±2 e de 4,1±2,3. O

HAQ foi de 1,3±0,8 nos doentes com AR e de 1,2±0,8 nos doentes com EA. Dos doentes reumatóides apenas 30% mantinha vida profissional activa e dos não activos 71,4% foram reformados devido à sua doença reumática. Nos espondilíticos 64,3% dos doentes mantinham vida profissional activa; dos 35,7% que não trabalhavam, 60% reformaram-se devido à EA. A reforma por invalidez foi concedida a 50% dos doentes com AR e a 21,4% dos doentes com EA. Os fármacos utilizados foram: AINEs em 80% doentes com AR e 92,8% com EA; corticosteroides em 80% dos doentes com AR e 21,4% com EA. 95% dos doentes com AR estavam medicados com pelo menos 1 DMARD, destacando-se o metotrexato (MTX) em 84,2% dos casos. Outras terapêuticas isoladas eram os sais de ouro, salazopirina (SLZ) e D-penicilamina. O MTX também foi associado à SLZ, hidroxycloquina e ao infliximab. Na EA apenas 50% dos doentes estavam medicados com DMARD: 3 com SLZ, 2 com MTX, 1 com azatioprina e 1 com terapêutica combinada SLZ+MTX.

A análise comparativa revelou que os parâmetros de dor, avaliação global da actividade da doença pelo doente e pelo médico, HAQ e o número de consultas médicas/ano eram semelhantes em ambos os grupos. A rigidez matinal era superior no grupo de doentes com EA. Os DMARD foram utilizados mais frequentemente na AR do que na EA. A reforma por invalidez foi significativamente superior no grupo com AR. As repercussões funcionais e sociais da AR são habitualmente mais relevantes do que as condicionadas pela EA; no nosso estudo constataram-se níveis semelhantes de incapacidade. Este facto deverá ser ponderado na decisão terapêutica e na valorização das repercussões destas doenças.

## P2

**ESTUDO DA PERSONALIDADE EM DOENTES REUMÁTICOS.**

I. Almeida<sup>1</sup>, H. Canhão<sup>2</sup>, J. Brites<sup>1</sup>, M. Viana Queiroz<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Dept. Psicologia, Universidade Lusófona.

<sup>2</sup> Unidade Reumatologia, Hospital Santa Maria.

O ajustamento emocional e a percepção da doença são dependentes dos traços de personalidade do indivíduo. Por outro lado, padrões específicos de personalidade parecem associar-se a determinadas doenças, como o tipo A às doenças cardiovasculares e o tipo C às neoplasias. Os dados sobre doenças reumáticas são escassos e não permitiram ainda definir um tipo específico de personalidade.

Os objectivos deste estudo foram determinar qual o tipo de padrão de comportamento associado a 3 doenças reumáticas crónicas comuns e estudar a personalidade, o ajustamento emocional e a percepção da doença nestes doentes.

Realizou-se um estudo transversal em 90 doentes do sexo feminino, seguidas na Consulta de Reumatologia do Hospital de Santa Maria (30 com o diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES), 30 com artrite reumatoide (AR) e 30 com osteoartrose (OA)). Foram caracterizadas variáveis demográficas e relativas à doença reumática. A avaliação psicológica foi efectuada através de um questionário, utilizando os seguintes instrumentos: 1- dimensões da personalidade (neuroticismo, psicoticismo, extroversão e desejabilidade social) pelo *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ); 2- traços de personalidade (tipo A pela *Bortner Scale* (BS) e tipo C através do *The Rationality/Emotional Defensiveness* (R/ED) e *The Need for Harmony* (N/H)); 3- percepção da doença avaliada pelo *The Illness Perception Questionnaire* (IPQ) de Leventhal e Nerenz (identidade, causa, tempo, consequências, controlo/cura) e 4- ajustamento emocional com o *Profile Of Mood States* (POMS) que avalia (tensão/ansiedade; depressão/rejeição; cólera/hostilidade; vigor/actividade; fadiga/inércia e confusão/desorientação).

As doentes com OA apresentavam idade de início de doença significativamente mais elevada do que as doentes com AR e LES. Comparando o grupo de doentes com AR com o grupo com OA observava-se no primeiro, índices superiores de psicoticismo, percepção de identidade, consequências da doença e controlo/cura e inferiores de vigor/actividade e de relações harmoniosas. O grupo do LES comparativamente à OA apresentava maior psicoticismo, depressão/rejeição, identidade e controlo/cura, e valores mais baixos nas relações harmoniosas e vigor/actividade.

Em resumo, as doentes com OA apresentam melhor ajustamento emocional à doença do que as doentes com AR ou LES. Os índices de psicoticismo são superiores no LES o que traduz um carácter mais instável, agressivo, desconfiado e agitado e valores mais elevados de depressão/rejeição o que pode significar que lidam com a doença de forma mais pessimista e depressiva. As doentes com AR apresentam valores significativamente mais elevados a nível de identidade, consequências e controlo/cura, o que traduz maior identificação com a doença e os seus sintomas, maior noção das suas consequências e maior percepção de poder controlar os seus sintomas. Comparativamente aos outros 2 grupos, as doentes reumatóides evidenciam comportamentos mais defensivos e de auto-sacrifício, aproximando-se do comportamento tipo C.

### P3

#### CUSTOS HOSPITALARES DAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS PROXIMAIS DO FÉMUR – ESTUDO COMPARATIVO COM OUTRAS DOENÇAS.

M. Mateus, M. Cruz, A. C. Alves de Matos, J. C. Branco

Hospital Egas Moniz.

**INTRODUÇÃO:** Com o progressivo aumento da esperança de vida da população mundial e melhoria dos cuidados de saúde, são cada vez mais prevalentes as doenças crónicas e as associadas ao envelhecimento. A osteoporose é hoje em dia um importante problema de saúde pública, principalmente devido à alta morbidade e mortalidade de uma das suas mais graves consequências, a fractura proximal do fémur.

**OBJECTIVOS:** Os autores realizaram um estudo comparativo das características demográficas, epidemiológicas e económicas de uma população hospitalar, entre doentes admitidos com o diagnóstico de fractura proximal do fémur (FPF) e doentes com enfarte agudo do miocárdio (EAM), doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e doença hepática crónica (DHC), estes últimos por serem portadores de doenças não transmissíveis com grande prevalência e custos elevados no internamento hospitalar na população portuguesa. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo retrospectivo de 4 anos, que compreendeu os anos de 1997, 98, 99 e 2000, abrangendo um total 52 568 interna-

mentos num hospital central de Lisboa. A população estudada foi seleccionada a partir dos diagnósticos de alta codificados segundo o Sistema ICD.9.CM. Os códigos seleccionados, 820, 491 e 492, 410 e 571, correspondem respectivamente aos diagnósticos de FPF, bronquite crónica e enfisema pulmonar, que no seu conjunto foram designados como DPOC, EAM e DHC. Em cada grupo só foram incluídos os internamentos cujo diagnóstico em causa ou algumas das suas complicações directas fosse considerado o principal. No caso do grupo das FPF, foram excluídos os doentes que tivessem concomitantemente uma neoplasia ou fractura patológica, as mulheres com idade inferior a 50 anos e homens com idade inferior a 65 anos. No grupo da DHC, só foram incluídos os códigos 571.0, 571.2 e 571.3 correspondendo a DHC de etiologia etanólica. As características económicas foram calculadas individualmente para cada doente a partir das tabelas de custo dos GDH. A análise dos dados foi realizada no programa MS-Excel 97.

**RESULTADOS:** A amostra final é constituída por um total de 460 internamentos com FPF, 542 com DPOC, 424 com EAM e 647 com DHC etanólica. No grupo FPF, 92,6% dos doentes foram submetidos a tratamento cirúrgico, 2,4% realizaram tratamento conservador e nos restantes 5% o tipo de intervenção não foi especificado. A duração média de internamento foi máxima para os doentes com FPF, nomeadamente 21,7 dias, quase o dobro dos restantes grupos, respectivamente com 13,5, 11,1 e 9,9 dias. Em relação aos custos hospitalares, foi calculada a média dos 4 anos do custo médio por doente internado, que resultou em EUR6037,8 para o grupo de FPF, EUR3479,6 para DPOC, EUR3518,7 para EAM e EUR2236,7 para DHC etanólica.

**CONCLUSÕES:** Demonstrou-se que o custo médio por doente internado com FPF é o dobro do custo das restantes patologias avaliadas, com a agravante de os doentes com FPF permanecerem internados cerca do dobro do tempo. Estes resultados sublinham a importância da prevenção e diagnóstico atempado da osteoporose, na diminuição do fardo económico que as suas consequências acarretam.

## P4

### AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS SOBRE A OSTEOPOROSE EM PORTUGUESES JOVENS E COM MAIS DE 50 ANOS.

H. Canhão, J. E. Fonseca, C. Resende, W. Castelão, J. A. Pereira Silva, M. Viana Queiroz.

Unidade de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal.

**OBJECTIVOS:** Caracterizar os conhecimentos sobre osteoporose (OP) em portugueses de ambos os sexos, jovens (18-25 anos) e com idade superior a 50 anos.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo transversal baseado na aplicação de um questionário. A população entrevistada era constituída por indivíduos aparentemente saudáveis: estudantes universitários, pessoal de saúde não médico, indivíduos seguidos em consultas de rotina de ginecologia e de urologia do Hospital de Santa Maria e do Hospital Militar Principal. Foram excluídos do estudo, indivíduos com patologia significativa ou doenças reumáticas.

**RESULTADOS:** Avaliaram-se 244 indivíduos, que foram distribuídos em 4 grupos: A-102 do sexo feminino com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos; B-59 do sexo masculino com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos; C-50 mulheres com idade superior a 50 anos; D-33 homens com idade superior a 50 anos. A idade média para cada um dos grupos foi respectivamente de: A-20,3±2,2 anos; B-20,3±2,1 anos; C-57,3±7,2 anos; D-64,5±8,6 anos. 99% das mulheres jovens, 100% dos homens jovens, 98% das mulheres com mais de 50 anos e 97% dos homens com mais de 50 anos «já tinham ouvido falar de osteoporose». Nenhum dos adultos jovens (grupos A e B) tinha alguma vez consultado um médico devido a problemas relacionados com osteoporose, enquanto nos grupos de indivíduos com mais de 50 anos de idade, 26% das mulheres e 9% dos homens, procuraram um médico devido a OP. Outra questão abordada foi «preocupa-o vir a sofrer de OP?». O nível de preocupação era alto no grupo C, moderado nos grupos A e D e ligeiro no grupo B. Apenas 1% das mulheres e dos homens jovens e 9% dos homens com mais de 50 anos tinham feito pelo menos uma densitometria, ao contrário do grupo C, em que 55% das mulheres com mais de 50 anos fizeram pelo menos uma densitometria. 22% do grupo C, 6% do grupo D e nenhum dos indivíduos dos grupos A e B estavam medicados com terapêutica anti-osteoporótica. 36% das mulheres do grupo C tinham efectuado ou estavam actualmente medicadas com terapêutica hormonal de substituição.

**CONCLUSÕES:** No nosso estudo e apesar do conhecimento generalizado sobre OP, apenas uma minoria de indivíduos recorreu a consulta médica especificamente devido a esta doença. Registámos uma diferença significativa no número de densitometrias efectuadas a mulheres e homens com idade superior a 50 anos, com mais de metade das mulheres a terem efectuado pelo menos um exame. As mulheres revelaram maior preocupação do que os homens relativamente a poderem vir a sofrer de OP e o grau de preocupação aumentou com a idade. Apesar de habitualmente se considerar que o alerta e os conhecimentos gerais da população são o primeiro passo para o sucesso da prevenção e do tratamento da OP, observámos uma discrepância entre reconhecimento do problema e procura activa de cuidados. Este facto deve ser considerado em futuras campanhas sobre esta patologia.

## P5

### LÚPUS PERNIO E ARTRITE – UM CASO DE SARCOIDOSE.

I. Cunha, R. Melo, J. Pereira da Silva, A. Malcata, A. Porto.

Serviço de Medicina III e Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

A sarcoidose é uma doença multissistémica de etiologia desconhecida. Surge habitualmente entre a segunda e a quarta década de vida, sendo mais prevalente em Afro-americanos e Europeus do Norte. É discretamente mais frequente no sexo feminino. A sua prevalência é de 3 a 30 casos por 100.000 pessoas. O diagnóstico anatomo-patológico assenta na presença de granulomas não caseosos.

A Sarcoidose têm geralmente bom prognóstico, com remissão espontânea na maioria dos casos. O pulmão é o órgão mais frequentemente afectado e o compromisso osteoarticular ocorre em 3 a 20% dos casos, podendo ser extremamente destrutivo.

Os autores descrevem o caso de uma doente de 58 anos, de raça branca, portadora de Sarcoidose desde 1994, com envolvimento cutâneo e pulmonar confirmado histologicamente. Entre os seus antecedentes, destacam-se, hipertensão arterial e hipotiroidismo. Aos 55 anos inicia quadro de poliartrite simétrica e aditiva envolvendo as pequenas articulações das mãos, punhos, joelhos e tibiotársicas. Fez tratamento com altas doses de corticóides, azatioprina e AINE's, sem melhoria

significativa.

Em 2002, por agravamento da sintomatologia, é internada no nosso Serviço. Ao exame físico apresenta lúpus pernio no nariz, lesões cicatríciais na face, nódulos subcutâneos em alguns dedos das mãos e pés, tiróide aumentada de volume e poliartrite (18 articulações tumefactas e 21 dolorosas numa contagem total de 28). O estudo laboratorial revelou SACE e VS discretamente elevadas. A avaliação radiológica das mãos mostrou tumefacção dos tecidos moles, quistos e pequenas erosões nas interfalângicas proximais e distais. A radiografia do tórax apresentava infiltrado intersticial difuso sem adenopatias hilares. Iniciou tratamento com metotrexato, hidroxycloquina e prednisolona, com excelente resposta.

Os autores apresentam este caso não só pela raridade do envolvimento osteoarticular na Sarcoidose, entre nós, mas também pela complexidade da doença.

## P6

### ESCLEROSE SISTÉMICA E TROMBOCITOSE – UM CASO DIFÍCIL.

I. Cunha, M. Rial, D. Nour, A. Malcata, A. Porto.

Sector de Reumatologia, do Serviço de Medicina III e Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

A esclerose sistémica é uma conectivite de etiologia desconhecida, pouco frequente. Embora seja uma doença multiorgânica a sua característica *major* é a esclerose cutânea. O Fenómeno de Raynaud precede muitas vezes o diagnóstico desta situação. Os autores descrevem um caso clínico de esclerose sistémica limitada, pela exuberância e gravidade do Fenómeno de Raynaud, associado a anemia e trombocitose severas que condicionaram evolução e prognóstico desfavoráveis.

A.C.B., de 52 anos, sexo masculino, com esclerose sistémica limitada com 3,5 anos de evolução. Internado, na altura, por agravamento das lesões de isquémia digital e celulite do dorso da mão. Foi submetido a terapêutica vasodilatadora médica (nifedipina oral, nitroglicerina transdérmica e iloprost endovenoso), e cirúrgica (simpaticectomia torácica; adventicectomia das artérias distais do membro superior). Houve também necessidade de terapêutica analgésica potente incluindo bloqueio anestésico loco-regional (catéter axilar) e utilização de hidroxiureia para controlo da trombocitose.

Apesar da terapêutica agressiva e múltipla o Fenómeno de Raynaud condicionou lesões isquémicas digitais graves e irreversíveis obrigando a amputação de várias falanges distais dos dedos das mãos.

## P7

### LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

#### INTERNAMENTOS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS.

I. Cunha, M. Rial, A. Barcelos, C. Silva, A. Braña, M. Salvador, M. Alexandre, L. Inês, D. Nour, P. Reis, J. A. P. Silva, A. Malcata, A. Porto.

Hospitais da Universidade de Coimbra, Serviço de Medicina III e Reumatologia.

**OBJECTIVOS:** Análise dos internamentos dos doentes com LES, no sector de Reumatologia do serviço de Medicina III dos HUC desde Jan/95 a Ago/01.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo retrospectivo por consulta dos processos únicos dos doentes. Todos os doentes cumpriam critérios ACR para LES, e foi aplicado protocolo previamente elaborado.

**RESULTADOS:** Foram encontrados 50 doentes com um total de 236 internamentos; 88% dos doentes eram do sexo feminino; o nº médio de internamentos por doente foi  $4.72 \pm 5.1$ , com uma duração média  $7.8 \pm 12$  dias; 89% dos doentes vieram da consulta externa; o motivo de quase 50% dos internamentos foi a realização de terapêuticas em pulso e 17%, por agudização da doença; a idade do início da doença foi 29,7 anos, e do diagnóstico 30,4 anos; 44 dos 50 doentes apresentavam ANA's positivos, sendo as manifestações cutâneas articulares e renais as mais frequentes; 63% das intercorrências tiveram causa infecciosa, nomeadamente urinária; não ocorreu qualquer óbito.

**CONCLUSÕES:** LES é causa frequente de internamento no sector de Reumatologia; terapêutica em pulsos justifica aumento do nº de internamentos e diminuição da duração destes; lesão renal apresenta papel relevante; nº de infecções oportunistas pequeno apesar da terapêutica imunossupressora, contudo a suspeita de infecção foi causa relativamente frequente do internamento.

## P8

### O IMPACTO SOCIAL E PSICOLÓGICO DA ARTRITE REUMATÓIDE: ESTUDO TRANSVERSAL DE 146 DOENTES.

L. Inês, P. Reis, M. Santos, M. Alexandre, C. Silva, A. Branha, A. Figueiredo, D. Nour, J. A. P. Silva, A. Malcata, A. Porto.

Serviço de Medicina III e Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra.

**OBJECTIVOS:** Avaliar o impacto social e psicológico da artrite reumatóide (AR).

**MATERIAL E MÉTODOS:** 146 doentes com AR (mulheres = 88,4%; média de idade = 56 anos; duração da doença =  $13,9 \pm 8,1$  anos), cumprindo critérios de classificação do ACR e seguidos na Consulta de Reumatologia dos H.U.C. completaram um questionário acerca do suporte social e estado psicológico, que incluiu o AIMS2 - *Arthritis Impact Measurement Scale*.

**RESULTADOS:** 81,4% dos doentes estavam casados, 7,9% eram solteiros, 2,8% divorciados ou separados e 7,9% viúvos. O suporte social aos doentes era realizado principalmente pelo esposo em 48,8% dos casos e por familiares do 1º grau para 50,4% dos doentes. As questões e escalas do AIMS2 são pontuadas de bom (0 pontos) a mau (10 pontos). Na escala de tensão psicológica do AIMS2, somente 5,8% dos doentes pontuaram abaixo de 5, enquanto que 77,9% pontuaram acima de 7. Na escala de ânimo, 10,1% pontuaram abaixo de 5 e 52,7% acima de 7. Verificou-se uma correlação entre a dimensão de interacção social do AIMS2 (escalas de actividade social e de suporte familiar) e a dimensão de estado psicológico (escalas de nível de tensão e de ânimo) ( $p = 0,002$ ).

**CONCLUSÃO:** Os doentes com AR têm uma actividade social limitada e desenvolvem níveis elevados de tensão psicológica. Os familiares dos doentes dão um suporte social globalmente bom, que no entanto não é suficiente para compensar o impacto social e psicológico da AR.

## P9

### DESTRUIÇÃO ARTICULAR RADIOLÓGICA E INCAPACIDADE FUNCIONAL NA ARTRITE REUMATÓIDE: ESTUDO TRANSVERSAL DE 146 DOENTES.

L. Inês, P. Reis, M. Santos, M. Alexandre, C. Silva, A. Branha, A. Figueiredo, D. Nour, J. A. P. Silva, A. Malcata, A. Porto.

Serviço de Medicina III e Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra.

**INTRODUÇÃO:** A contribuição da destruição

articular para a incapacidade funcional na artrite reumatóide (AR) não está ainda bem definida.

**OBJECTIVO:** Avaliar o impacto da destruição radiológica sobre a capacidade funcional em doentes com AR.

**MATERIAL E MÉTODOS:** 146 doentes com AR (mulheres = 88,4%, média de idade = 56 anos, duração média da doença = 13,9±8,1 anos, factores reumatóides positivos = 73,8%), cumprindo critérios de classificação ACR, foram submetidos a uma avaliação transversal que incluiu a resposta ao inquérito AIMS2 - *Arthritis Impact Measurement Scale* e radiografias das mãos, punhos, cotovelos, ombros, ancas, joelhos e pés. A destruição articular radiológica foi quantificada através do método de Larsen.

**RESULTADOS:** A pontuação total média de Larsen das mãos e pés foi 42,4±16,8. A pontuação média de Larsen dos membros superiores foi 5,1±3,5 e 4,8±3,2 para os membros inferiores. A pontuação média na escala de capacidade física do AIMS2 foi 7,0±1,7. A capacidade física avaliada através do AIMS2 correlacionou-se com a destruição articular radiológica das grandes articulações das extremidades superiores e inferiores ( $r = 0,33$ ,  $p=0,009$ ) mas não com a destruição radiológica das pequenas articulações das mãos e dos pés. A escala de mobilidade do AIMS2 correlacionou-se com a pontuação de Larsen para as articulações das extremidades inferiores ( $r = 0,3$ ,  $p = 0,017$ ) mas não com a pontuação Larsen para as pequenas articulações dos pés. Não encontramos correlação entre a pontuação de Larsen para as mãos e a escala de função das mãos e dedos do AIMS2.

**CONCLUSÃO:** A destruição articular radiológica contribui para a incapacidade funcional na AR, mas não explica por si só o grau de limitação.

## P10

### **PADRÃO DE DESTRUIÇÃO ARTICULAR RADIOLÓGICA DAS MÃOS NA ARTRITE REUMATÓIDE: ESTUDO TRANSVERSAL DE 193 DOENTES.**

L. Inês, P. Reis, M. Santos, M. Alexandre, C. Silva, A. Braña, A. Figueiredo, D. Nour, J. A. P. Silva, A. Malcata, A. Porto.

Serviço de Medicina III e Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra.

**OBJECTIVO:** Avaliar o padrão de destruição radiológica dos punhos e pequenas articulações das mãos na artrite reumatóide (AR).

**MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo transversal de 193 doentes com AR, cumprindo critérios de classificação do ACR (mulheres = 87%; média de idade = 57,0±11,7 anos; duração média de doença = 13,4±8,1 anos; factores reumatóides positivos = 72%). Os doentes foram observados consecutivamente na Consulta de Reumatologia dos H.U.C., tendo realizado radiografias das mãos após a inclusão. A destruição articular radiológica dos punhos, metacarpofalângicas (MCF), interfalângicas proximais (IFP) e distais (IFD) foi quantificada através do método de Larsen. Cada área articular foi avaliada por um único observador com ocultação da identidade do doente. A taxa de concordância intra-observador foi > 0,82 para todas as articulações.

**RESULTADOS:** A pontuação média de Larsen foi 2,25±1,54 para os punhos, 1,70±1,49 para as MCF, 1,29±1,19 para as IFP e 0,84±0,74 para as IFD. Foram observadas erosões em 62,7% dos punhos, 39,0% das MCF, 27,4% das IF do 1º dedo, 20,8% das IFP e 10,3% das IFD. As pontuações médias de Larsen para cada área articular e para cada dedo são apresentadas no **quadro seguinte**.

Articulação	1º dedo	2º dedo	3º dedo	4º dedo	5º dedo
MCF	1,73±1,36	1,91±1,60	1,74±1,49	1,53±1,37	1,62±1,46
IFP	1,37±1,20	1,53±1,35	1,20±1,16	1,20±1,12	1,15±1,10
IFD	NA	0,81±0,79	0,92±0,84	0,82±0,69	0,82±0,66

**CONCLUSÃO:** A destruição articular radiológica é progressivamente mais intensa das IFD para IFP, MCF e punhos. Existem também diferenças de gravidade da destruição de cada área articular entre os vários dedos. Factores funcionais e mecânicos podem contribuir para estas diferenças.

## P11

### **ECOCARDIOGRAFIA DE ESFORÇO EM DOENTES COM LES. RESULTADOS PRELIMINARES.**

M. J. Santos<sup>1</sup>, A. Cordeiro<sup>1</sup>, P. Cordeiro<sup>2</sup>, C. Cotrim<sup>2</sup>, J. Canas da Silva<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Serviço de Reumatologia.

<sup>2</sup> Serviço de Cardiologia, Hospital Garcia de Orta, Almada.

A cardiopatia isquémica tem vindo a assumir uma importância cada vez maior na morbidade e mortalidade dos doentes com Lupus Eritematoso Sistémico (LES), sendo mesmo a primeira causa de morte tardia em várias séries. Relativamente à população portuguesa de doentes com LES desconhece-se a magnitude deste problema.

**OBJECTIVOS:** Avaliar a capacidade funcional e a presença de doença coronária em doentes com LES.

**MÉTODOS:** Doentes seguidos na consulta de reumatologia do HGO com diagnóstico de LES realizaram uma prova de esforço cardiorespiratória (PECR) em tapete rolante utilizando o protocolo de Bruce modificado; o ecocardiograma de esforço (EE) foi efectuado com aquisição de imagens basais, no pico do esforço e nos primeiros 60 segundos após terminar a prova. Foi analisada a duração da prova, consumo máximo de O<sub>2</sub>, limiar anaeróbio e produção máxima de CO<sub>2</sub>.

**RESULTADOS:** Foram estudados 24 doentes consecutivos (19 do sexo feminino e 5 do sexo masculino; idade média 38,2±15,4 anos; duração média do LES 7 anos). Quatro eram hipertensos (16,6%), 13 tinham dislipidemia (54%), 5 eram fumadores (20,8%), 6 tinham excesso de peso (20,8%) e 17 tomavam corticóides (70,8%). Oito doentes tinham anticorpos anti-cardiolipina positivos. A actividade da doença avaliada pelo SLEDAI era de 6,13±4,5. Duas doentes não conseguiram realizar a PECR por inadaptação ao tapete rolante. A duração da prova o consumo máximo de oxigénio e o limiar anaeróbico foram inferiores nos doentes com doença mais activa e mais prolongada. Em apenas uma doente (4%) houve isquémia induzida pelo esforço e em 3 (12%) o exame foi inconclusivo.

**CONCLUSÕES:** A EE é uma modalidade ecocardiográfica exequível na maioria de doentes com LES e tem uma elevada rentabilidade diagnóstica. Neste grupo de doentes a cardiopatia isquémica foi rara o que está provavelmente relacionado com a baixa média etária e a duração da doença. A maior actividade e o maior tempo de doença influenciaram de forma negativa a capacidade funcional avaliada pela PECR.

## P12

### PREVALÊNCIA DE CARDIOPATIA ISQUÉMICA NA AR.

M. J. Santos<sup>1</sup>, F. Godinho<sup>1</sup>, C. Cotrim<sup>2</sup>, C. Catarino<sup>2</sup>, J. Canas da Silva<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Serviço de Reumatologia.

<sup>2</sup> Serviço de Cardiologia, Hospital Garcia de Orta, Almada.

A cardiopatia isquémica tem sido apontada como uma causa *major* de morte nos doentes com AR, podendo para isso contribuir para além dos factores de risco clássicos, a inflamação persistente e alguns fármacos. A maior parte dos doentes estão assintomáticos ou têm toracalgia de difícil valorização devido às queixas osteo-articulares.

**OBJECTIVO:** Avaliar a prevalência de cardiopatia isquémica numa população de doentes com AR utilizando ecocardiografia de sobrecarga com dobutamina.

**MÉTODOS:** Foram seleccionadas 20 mulheres com AR activa (idade média 64,15±9,34 anos; duração da doença 9,71±5,4 anos), caucásicas, pós menopausa e sem doença cardíaca conhecida; foi avaliada a presença de factores de risco para doença cardiovascular (HTA, DM, perfil lipídico, tabagismo, IMC, sedentarismo e parâmetros inflamatórios). Utilizou-se um protocolo de doses crescentes de dobutamina (10, 20 30, 40) em estadios de 3 minutos com administração subsequente de atropina em doses de 0,25 mg de minuto a minuto até perfazer 1mg ou até atingir 85% da frequência cardíaca máxima. Como controle utilizaram-se os resultados de provas de sobrecarga efectuadas para esclarecimento de toracalgia em indivíduos do mesmo sexo e idade sem doença reumática inflamatória.

**RESULTADOS:** Duas doentes não efectuaram o ESD por se encontrarem em FA com resposta ventricular rápida. Duas doentes tiveram ESD considerado positivo para isquémia (11%), em 3 o exame foi inconclusivo e em 13 foi negativo para isquémia do miocárdio – valores sobreponíveis ao grupo controle. No entanto a ocorrência de arritmias durante a prova foi significativamente superior nos doentes com AR (44% *vs* 7%) - 3 ESV frequente, 1 ESSV, 1 ritmo juncional, 1 TV não sustida e 2 bradicárdias sintomáticas.

**CONCLUSÕES:** Neste grupo de doentes com AR a cardiopatia isquémica não foi significativamente superior ao grupo controle. Numa elevada percentagem de doentes surgiram disritmias durante o ESD sugerindo provável envolvimento miocárdico subclínico.

## P13

## EFEITOS DUM PROGRAMA DE EXERCÍCIOS AQUÁTICOS EM INDIVÍDUOS COM PERTURBAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS.

S. Pais<sup>1</sup>, M. Espanha<sup>2</sup>, J. Teles<sup>2</sup>, S. Santos<sup>2</sup>, C. Monteiro<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Instituto Superior Dom Afonso III, Loulé

<sup>2</sup> Faculdade de Motricidade Humana, UTL, Lisboa.

<sup>3</sup> Departamento Clínico das Caldas de Sangemil, Tondela.

As articulações sinoviais do esqueleto axial e periférico são afectadas em diversas patologias músculo-esqueléticas apresentando manifestações clínicas como a dor, deformação e maior ou menor perda de mobilidade articular, podendo repercutir-se em incapacidade crónica nos mais idosos.

Os benefícios do exercício neste tipo de doenças têm sido demonstrados em diversos estudos, nomeadamente do exercício em meio aquático<sup>1,2</sup> no controlo da dor, na rigidez articular, na capacidade funcional e na nutrição da cartilagem articular, sendo importante o desenvolvimento e implementação de protocolos de exercícios que possam potencializar intervenções ao nível da saúde pública visando melhorar a condição dos indivíduos com doenças músculo-esqueléticas.

O objectivo deste estudo foi avaliar o impacto dum programa de exercícios aquáticos de curta duração, num grupo de indivíduos com perturbações músculo-esqueléticas, com queixas de dor e limitação funcional ao nível da articulação do joelho.

Seleccionamos uma amostra constituída por vinte seis indivíduos (23 mulheres e 3 homens), não tendo concluído o estudo três dos pacientes. Onze dos doentes foram submetidos a um programa aquático<sup>3</sup>, especificamente concebido para promover uma melhoria da amplitude articular,

fortalecimento dos músculos dos membros inferiores, equilíbrio e mobilidade. Este programa compreende um conjunto de exercícios de baixo impacto adequados a indivíduos com perturbações músculo-esqueléticas dos membros inferiores. O programa foi desenvolvido numa piscina de águas sulfurosas à temperatura de 34 °C, tendo os indivíduos participado em 14 sessões de 45 minutos de duração. Os restantes doze indivíduos foram integrados no grupo controlo.

Todos os doentes foram avaliados no início do estudo e 14 dias depois. A amplitude articular do joelho foi avaliada por goniometria e para a caracterização da dor, rigidez e funcionalidade foi utilizado o questionário WOMAC (*Western Ontario and McMaster Universities*). Efectuaram-se comparações entre os grupos no início e no final através do teste t para amostras independentes e do teste de Mann-Whitney. Nas análises intra-grupo (pré e pós-testes) foram utilizados os teste t e o teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras emparelhadas. Em baixo, apresentam-se os resultados obtidos nas tabelas 1 e 2.

Apesar do tempo de implementação do programa ter sido reduzido, foi possível observar alterações da amplitude articular na flexão e na extensão (Tabela 1), confirmando os resultados encontrados em estudos idênticos<sup>1,2</sup>. Da observação dos resultados do WOMAC (Tabela 2) é notória uma melhoria nos indivíduos do grupo de exercício (*score* total,  $p < 0,001$ ) que reflecte as reduções dos *scores* das diferentes secções, sobretudo da dor e da rigidez. Na análise de cada uma das secções, destaca-se na secção da dor a questão, quando sobe ou desce escadas ( $p < 0,01$ ) e na secção da rigidez a questão da rigidez matinal ( $p = 0,001$ ). Quanto à secção da funcionalidade, em 10 das 17 das questões, observaram-se melhorias com significado estatístico ( $p < 0,05$ ).

Tabela 1. Amplitude articular em graus (média  $\pm$  desvio padrão).

	Exercício		Controlo	
	Pré	Pós	Pré	Pós
<b>Flexão Direita</b>	118,57 $\pm$ 10,71	124,29 $\pm$ 8,18**	134,89 $\pm$ 7,99	134,73 $\pm$ 5,83
<b>Flexão Esquerda</b>	123,57 $\pm$ 10,20	128,29 $\pm$ 11,84**	133,87 $\pm$ 7,56	133,48 $\pm$ 6,56
<b>Extensão Direita</b>	9,5 $\pm$ 4,45	6,79 $\pm$ 3,51**	6,69 $\pm$ 3,33	7,39 $\pm$ 3,71
<b>Extensão Esquerda</b>	5,86 $\pm$ 3,78	6,09 $\pm$ 3,51*	5,58 $\pm$ 2,93	4,57 $\pm$ 3,80

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

**Tabela 2. WOMAC (média ± desvio padrão).**

	Exercício		Controlo	
	Pré	Pós	Pré	Pós
Dor	6,14 ± 3,94	3,93 ± 3,60***	6,5 ± 4,57	6,5 ± 4,40
Rigidez	3,93 ± 2,23	2,43 ± 1,99***	2,93 ± 1,69	2,17 ± 1,99
Funcionalidade	24,36 ± 18,07	16,93 ± 15,13**	22,07 ± 13,48	20,25 ± 14,85
Score Total	34,43 ± 22,76	23,29 ± 19,89***	31,5 ± 18,44	28,92 ± 20,73

\* p&lt;0,01; \*\* p&lt; 0,001

Os resultados deste estudo suportam a efectividade do programa de exercício aquático na amplitude articular associada à diminuição da dor e rigidez articular que se reflectem numa melhoria da funcionalidade do paciente, sendo necessário no futuro avaliar os efeitos de um programa de exercício aquático com maior duração temporal.

#### Referências Bibliográficas:

1. Suomi, R & Lindauer, S (1997). Effectiveness of Arthritis Foundation Aquatic Program on strenght and range of motion in women with arthritis. *Journal of Anging and Physical Activity*; 5:341-351.
2. Kraus V., Gell N & Blumenthal J (1999). The effect of chronicexercise om circulation biomarkers in individuals with musculoskeletal disease. *Clinical Exercise Physiology*, 1(11):17-23.
3. Arthritis Foundation Aquatic Program (1990). Instructor's Manual. Arthritis Foundation Office, 1314 Spring St, Atlanta, GA 30309.

## P14

### SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMÁRIO: ESTUDO COMPARATIVO COM 88 DOENTES CLASSIFICADOS SEGUNDO CRITÉRIOS DIFERENTES.

G. Sequeira, W. Castelão, F. Saraiva, J. Teixeira da Costa, J. A. Pereira da Silva, M. Viana de Queiroz. Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas e Metabólicas. Hospital de Santa Maria.

**INTRODUÇÃO:** O Síndrome de Sjögren (SS) é uma doença inflamatória crónica autoimune, que se caracteriza por infiltração linfoplasmocitária do epitélio das glândulas exócrinas, conduzindo a diminuição da produção das suas secreções. Das manifestações extra-glandulares destacam-se, como mais frequentes, as artralguas/artrite não erosiva, o

fenómeno de Raynaud, a linfadenopatia, o envolvimento pulmonar e renal. Os autoanticorpos característicos são o anti-Ro (SS-A) e o anti-La (SS-B).

**OBJECTIVOS:** Analisar as características clínicas, glandulares e extra-glandulares, os parâmetros hematológicos e imunológicos, bem como a evolução da doença em 88 doentes com SS primário e avaliar as diferenças clínicas em função dos critérios diagnósticos utilizados.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Estudámos uma série de 88 doentes, seguidos na Consulta de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, com diagnóstico de SS primário usando os critérios propostos pelo Grupo de Estudo da Comunidade Europeia e um subgrupo de 67 doentes que também cumpriam os critérios da Califórnia.

**RESULTADOS:** A idade média dos doentes foi de 58 anos, com um tempo médio de seguimento de 8 anos. Houve um predomínio marcado do sexo feminino (95%). As manifestações iniciais da doença mais frequentes foram, em ambos os grupos, a xerostomia/xeroftalmia subjectivas (síndrome seco), 52,3% no grupo Europeu e 55,2% no grupo Californiano e estes sintomas foram os mais comuns neste estudo (>98%). As manifestações extra-glandulares mais registadas foram, no primeiro e último grupos respectivamente, as articulares em 90,9% e 94% dos casos, as gastrointestinais em 48,9% e 46,3%, as neuromusculares em 38,6% e 38%, as cutâneas em 37,5% e 35,8% e as pulmonares em 20,5% e 14,9%. Verificou-se a ocorrência de pseudolinfoma em apenas um caso, pertencente aos dois grupos. Autoanticorpos SS-A e SS-B foram detectados em 32,1% e 27,2%, respectivamente, no primeiro grupo e em 36,5% e 29,0% no segundo grupo.

**CONCLUSÕES:** Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de doentes

que cumpre os critérios diagnósticos da Comunidade Europeia e o subgrupo que também preenche os critérios da Califórnia, relativamente ao modo de início, manifestações clínicas e evolução da doença. Utilizando estes últimos critérios diagnosticam-se aproximadamente menos 25% de casos de SS primário do que com os critérios europeus, quando aplicados à nossa série inicial de 88 doentes.

## P15

### DOENÇA DE STILL DO ADULTO: MANIFESTAÇÕES CURSO CLÍNICO E TRATAMENTO.

G. Sequeira, F. Saraiva, A. Marques, J. C. Romeu, M. Rosa, J. Teixeira da Costa, M. Viana de Queiroz. Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas e Metabólicas Hospital de Santa Maria.

**INTRODUÇÃO:** A Doença de Still do Adulto (DSA) é uma doença inflamatória sistémica, de incidência, prevalência, etiologia e patogénese desconhecidas. Caracteriza-se por febre alta em picos, *rash* maculopapular evanescente, artralguas/artrite, odinofagia, serosite, hepatosplenomegália, adenopatias, leucocitose e ausência de anticorpos antinucleares (ANA) e factor reumatoide (FR) no soro. **OBJECTIVOS:** Analisar as manifestações clínicas e laboratoriais dos doentes com DSA e sua influência na evolução da doença.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Os autores procederam à revisão dos processos clínicos da Consulta de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, tendo encontrado nove casos com DSA, os quais preenchem os critérios de diagnóstico de Cush e col. Quatro eram do sexo masculino e cinco do feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 73 anos com idade média de início da doença de 40 anos e tempo médio de seguimento de 8,7 anos. De acordo com o início e a evolução da doença, com predomínio da actividade sistémica ou articular, classificámos os doentes em 4 grupos: sistémico monocíclico, sistémico policíclico, articular crónico sistémico monocíclico e articular crónico sistémico policíclico.

**RESULTADOS:** Do ponto de vista clínico, as manifestações presentes em todos os doentes foram a febre  $\geq 39^{\circ}\text{C}$  e as artralguas, seguidas da rigidez matinal encontrada em oito doentes, a artrite em sete doentes e as mialgias em seis doentes. Também frequentes foram as adenopatias, a pleurite e

a pneumonite apresentadas por cerca de metade dos doentes. A hepatomegália surgiu em três casos e a alopecia, emagrecimento  $>10\%$ , esplenomegália e pericardite em 2 casos. Tanto a dor abdominal como a odinofagia estiveram presentes em apenas um doente. Laboratorialmente, para além da ausência de ANA e FR no soro, as alterações mais frequentes foram a leucocitose e a velocidade de sedimentação elevada, a anemia e a hipoalbuminémia. As alterações radiológicas consistiram em diminuição da entrelinha articular e/ou erosões, sendo as articulações mais afectadas as coxo-femorais, as inter-cárpicas e radiocárpicas e os joelhos. Dos vários subgrupos de doentes verificou-se que os com padrão articular crónico, mantiveram a doença activa, necessitando de terapêutica com corticosteroides, e em quatro casos também de citotóxicos, com destaque para o metotrexato. As complicações registadas foram herpes zoster oftálmico, infecções urinárias e respiratórias de repetição, queratoconjuntivite seca e hepatite.

**CONCLUSÕES:** Trata-se de uma doença que atinge preferencialmente o adulto jovem, sem predomínio apreciável em relação ao sexo, de diagnóstico baseado essencialmente na clínica, após exclusão de outras patologias. A evolução da DSA nem sempre é benigna, mantendo dois terços dos casos doença articular activa. Estes doentes são os que apresentam padrão articular crónico, o qual parece ter pior prognóstico, em particular se o envolvimento é poliarticular. A articulação coxo-femoral é uma articulação alvo.

## P16

### TRATAMENTO DA TENDINITE CALCIFICANTE DO OMBRO COM ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPÓREAS.

M. Cruz, A. Rosa, A. C. Alves de Matos, J. B. Pimentão, J. C. Branco.

Unidade de Reumatologia.

Hospital Egas Moniz.

As calcificações nos tendões da coifa dos rotadores do ombro têm uma prevalência de 2,7 a 7,5%, ocorrendo em ombros assintomáticos ou sintomáticos. São frequentes no tendão supraespinhoso, sendo muitas vezes bilaterais. Os doentes podem referir dor crónica agravada com alguns movimentos, provavelmente por conflito subacromial, ou referir o início agudo de uma dor

muito intensa e limitante (tendinite calcificante aguda). A terapêutica desta entidade consiste em anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs), infiltração da coifa com um corticóide e fisioterapia.

A terapêutica com ondas de choque extracorpóreas com níveis relativamente altos de energia (0,28 mJ/mm<sup>3</sup>) é utilizada para destruir calcificações em doentes com tendinite calcificante do ombro, através de um aparelho portátil que não emite radiação e não necessita de radioscopia nem de anestesia local. Cada tratamento dura aproximadamente 15 minutos, durante os quais se transmitem as ondas de choque na área determinada, através de uma cabeça de contacto, directamente no local da dor.

Dois doentes observados na nossa Unidade por tendinite calcificante do ombro, ambos com omalgia intensa limitando o repouso nocturno e resistente a AINEs, foram submetidos a duas sessões desta modalidade terapêutica.

O primeiro doente era um homem de 45 anos cuja radiografia simples mostrava uma exuberante calcificação do supraespinhoso. Houve melhoria clínica durante 2 semanas após a primeira sessão, com agravamento posterior. A segunda radiografia mostrava fragmentação da calcificação. Após a segunda sessão não houve melhoria clínica, tendo havido necessidade de se fazer uma infiltração periarticular com metilprednisolona, com melhoria da dor.

A segunda doente era uma mulher de 54 anos cuja radiografia simples mostrava duas calcificações grandes e bem definidas perto do troquíter, as quais eram bem visíveis na ecografia. Manteve as dores nocturnas após a primeira sessão, mostrando a segunda radiografia fragmentação das calcificações; a ecografia mostrava indefinição dos contornos dos fragmentos das calcificações, na mesma localização. Após a segunda sessão houve regressão quase completa da dor. A radiografia e a ecografia mostraram maior fragmentação das calcificações, com pedaços de pequenas dimensões nos mesmos locais.

Nestes dois doentes, as ondas de choque extracorpóreas mostraram eficácia na fragmentação das calcificações responsáveis pela tendinite calcificante e no alívio das dores a curto prazo. Não houve desaparecimento das calcificações fragmentadas num mês e após duas sessões. Em doentes com tendinite calcificante do ombro resistente a AINEs, talvez esta possa ser uma alternativa terapêutica (isolada ou como adju-

vante), faltando determinar a eficácia a mais longo prazo.

## P17

### GONARTROSE – O HIATO DIAGNÓSTICO (*THE DIAGNOSTIC GAP*).

D. Carmo.

Clínica Ortopédica Dr. Dinis Carmo.

O diagnóstico de **doença degenerativa articular** deveria começar por ser um diagnóstico clínico. Porém, na prática, só é habitualmente estabelecido na presença de alterações radiográficas.

Contudo é universalmente aceite ser a artrose uma processo que se inicia pela progressiva **deterioração da cartilagem**. E as alterações cartilagueas só se traduzem por sinais radiológicos indirectos em estados de degradação já avançada (diminuição do espaço interarticular).

Que se passa a nível articular entre o início do processo degenerativo e as alterações radiológicas?

E será que só a cartilagem apresenta alterações?

Como diagnosticá-las e orientar o tratamento antes que se verifiquem alterações radiológicas irreversíveis?

O autor apresenta e discute as lesões encontradas mais frequentemente durante a realização de artroscopias em doentes com sinais clínicos de gonartrose e ausência ou mínimos sinais radiológicos, incluindo patologia indetectável por qualquer outro meio diagnóstico.

## P18

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E SEROLÓGICAS DE 142 DOENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, SEGUIDOS NA UNIDADE DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL DE S. JOÃO NOS ÚLTIMOS ANOS.

M. Bernardes, L. Cardoso, A. Cardoso, C. Vaz, A. Lopes-Vaz.

Unidade de Reumatologia do Hospital de S. João do Porto.

**OBJECTIVO:** Neste estudo retrospectivo pretendeu-se caracterizar as manifestações clínicas e o perfil sero-imunológico de uma população de doentes com LES, seguidos na consulta de Reumatologia do

Hospital de São João nos últimos 10 anos.

**MÉTODOS:** Foram consultados os processos de internamento e de ambulatório de 178 doentes com LES, obtendo-se informação útil apenas em 142 deles. O diagnóstico de LES foi estabelecido nos doentes que apresentavam  $\geq 4$  dos critérios clínico-laboratoriais revistos no ACR 1982.

**RESULTADOS:** Nos 142 doentes, 95% do sexo feminino, todos caucasóides, com idade média de início dos sintomas de  $27 \pm 12$  anos e idade de diagnóstico de  $32 \pm 13$  anos, o tempo médio de seguimento foi de  $6 \pm 4$  anos. As manifestações inaugurais e à data do diagnóstico mais prevalentes foram os sintomas constitucionais, poliartralgias e/ou poliartrite migratória não erosiva, alterações hematológicas e hipertensão arterial. Serosite esteve presente em 11% dos casos na altura do diagnóstico. Durante a evolução, para além das manifestações referidas, registou-se a presença de nefropatia lúpica (42%), anemia hemolítica (21%), vasculite cutânea (32%) e abortamentos espontâneos (11%). O estudo imunológico revelou a presença de ANA's positivos (96%), anticorpos anti-DNA nativo (59%), anti-SSA (17%), anti-SSB (12%), anti-Sm (14%), anti-RNP (20%), anti-centrómero (10%), anticardiolipina (35%), anticoagulante lúpico (7%), factor reumatóide (23%). As complicações mais frequentes foram: infecções (18%), osteoporose (8%) e osteonecrose asséptica (6%). Observaram-se apenas 2 casos de síndrome anti-fosfolípido secundário. Insuficiência renal crónica com necessidade de suporte hemodialítico verificou-se em 5% dos doentes. Registaram-se 4 casos fatais, 2 por sépsis, 1 por neurolúpus e 1 por acidente vascular cerebral hemorrágico. Cinco doentes tinham história familiar documentada de LES.

**COMENTÁRIO:** Nesta casuística, apesar das características clínicas e sero-imunológicas estarem de acordo com as descritas na literatura, encontramos uma maior frequência de vasculite cutânea, anemia hemolítica e trombocitopenia, assim como uma menor prevalência de manifestações dermatológicas, serosite e síndrome de Sjögren secundário do que noutras séries.

## P19

### ETANERCEPT NO TRATAMENTO DA ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL – CASO CLÍNICO.

F. Godinho<sup>1</sup>, C. Febra<sup>2</sup>, M. J. Santos<sup>1</sup>, R. Amaral<sup>3</sup>,

J. Canas da Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Reumatologia.

<sup>2</sup> Serviço de Medicina Interna.

<sup>3</sup> Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta, Almada.

A eficácia das terapêuticas biológicas no tratamento de doenças como a Artrite Reumatóide, Doença Inflamatória Intestinal e Espondilite Anquilosante é actualmente reconhecida. No entanto a sua utilização em idades pediátricas está menos estudada.

Reportamos o caso de uma criança de 12 anos natural e residente em Cabo Verde, referenciada à Consulta do nosso Hospital na sequência do diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil de início Sistémico. Inicialmente foi medicada com anti-inflamatórios e metotrexato oral na dose de 10 mg/m<sup>2</sup> e posteriormente parentérico na dose de 15 mg/m<sup>2</sup> sem que houvesse uma resposta clínica adequada. Mantinha artrite, parâmetros inflamatórios muito elevados e uma má progressão estado-ponderal. Associou-se terapêutica com Etanercept na dose de 0,4 mg/Kg s.c. duas vezes por semana, verificando-se uma significativa melhoria clínica, laboratorial e uma tendência para a recuperação estado-ponderal.

É de salientar que apesar das terapêuticas biológicas não estarem isentas de riscos e serem bastante dispendiosas, o seu uso nas crianças com artrite idiopática refractária às terapêuticas clássicas é justificado, pois se a doença não for eficazmente tratada pode levar a sequelas irreversíveis.

## P20

### INTERESSE NA CAPILAROSCOPIA NA ABORDAGEM DE ALGUNS QUADROS REUMATOLÓGICOS.

P. C. Coelho.

Instituto Português de Reumatologia.

Tem sido descrito o interesse da capilaroscopia na avaliação do Fenómeno de Raynaud e na Esclerose Sistémica. No entanto, é mais controverso o seu interesse na avaliação de doentes com quadros clínicos reumatológicos não definidos do tipo inflamatório.

**OBJECTIVOS:** Avaliar, no nosso grupo de doentes, o interesse da capilaroscopia na avaliação do Fenómeno de Raynaud, da Esclerose Sistémica e de outros quadros reumatológicos sem diagnóstico preciso.

**MÉTODOS:** Avaliação da capilaroscopia e do contexto clínico e laboratorial dos doentes enviados à nossa unidade de microscopia com um dos critérios seguintes: pedido do exame devido a Fenómeno de Raynaud ou Esclerose Sistémica, pedido do exame no contexto de conectivite indiferenciada, pedido do exame no contexto de alterações laboratoriais, pedido do exame por Outros motivos”, desde que não o de outra doença reumática inflamatória definida. Foram excluídos os doentes com outras doenças reumáticas inflamatórias definidas ou sem possibilidade de acesso aos dados clínicos ou laboratoriais.

**RESULTADOS:** Foram incluídos 258 indivíduos com uma média de idades 46,3 anos (241 do sexo feminino e 17 do sexo masculino). Setenta e um (27,5%) dos doentes não tinham Fenómeno de Raynaud, enquanto em 77 (29,8%) este era bifásico e em 110 (42,7%) esta manifestação era trifásica. Os resultados da capilaroscopia foram: sem alterações significativas em 134 (51,9%) dos casos enviados, com alterações significativas em 124 (48,1%) dos casos enviados. Este últimos dividiam-se em: alterações significativas, mas não enquadráveis em «padrão lento» ou «padrão rápido» em 50 (19,4%) casos, «padrão lento» (megacapilares sem áreas avasculares significativas) em 49 (19,0%) casos, e «padrão rápido» (áreas avasculares significativas associadas a megacapilares e desorganização microcirculatória) em 25 (9,7%) dos casos com alterações significativas. Foi encontrada uma correlação significativa entre as alterações significativas na capilaroscopia e as seguintes variáveis: pedido de capilaroscopia por Esclerose Sistémica definida, fenómeno de Raynaud trifásico, anticorpos antinucleares em títulos superiores a 1/80, padrões «nucleolar» ou «mosqueado» dos anticorpos antinucleares e um título de proteína-C-reactiva superior a 10 mg/dl. **CONCLUSÃO:** A capilaroscopia é uma técnica não invasiva, de custo baixo e acessível, que pode adicionar importantes informações a quadros clínicos de conectivite indiferenciada ou de alterações laboratoriais do foro imunológico. O seu papel também é importante para a formulação prognóstica em casos de FR ou de ES. A existência de um FR completo (trifásico), de ANA em títulos superiores a 1/80, de padrões dos ANA do tipo «nucleolar» ou «mosqueado» ou de um valor de PCR superior a 10 mg/dl, aumenta a probabilidade de um resultado anormal da capilaroscopia.

## P21

### HIPERTENSÃO PORTAL COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA RARA DA SÍNDROME DE ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS NA CRIANÇA.

C. Macieira, H. Canhão, J. E. Fonseca, C. Resende, W. Castelão, C. Catita, J. C. Teixeira da Costa, M. Viana de Queiroz.

Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas e Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

A síndrome de anticorpos anti-fosfolípidos (SAAF), é uma entidade clínica rara na criança. Quando ocorre, traduz-se na maioria das vezes pelo envolvimento do sistema nervoso central, sendo mais invulgar o atingimento de outros órgãos.

Os autores descrevem o caso de uma menina de catorze anos, saudável, que inicia subitamente quadro de queixas constitucionais, humor depressivo, ascite, hepato-esplenomegália e edema dos membros inferiores.

A avaliação laboratorial revelou a existência de anemia normocítica, velocidade de sedimentação aumentada, colestase bioquímica, insuficiência hepática e VDRL falsamente positivo. O estudo imunológico revelou-se positivo para a existência de ANA, anticoagulante lúpico e anticorpo anticardiolipina no soro.

A ecografia abdominal realizada documentou a presença de hipertensão portal mas sem evidência de trombose a nível da circulação porta.

Colocada a hipótese diagnóstica de SAAF, e considerando a relação risco-benefício existente, foi iniciada anticoagulação com heparina de baixo peso molecular e instituída prednisona na dose de 1mg/Kg de peso.

Uma semana após início da terapêutica assistiu-se a uma significativa melhoria clínica, e normalização dos parâmetros laboratoriais. Após um ano de seguimento a doente encontra-se bem, sob anticoagulação e a fazer prednisona na dose de 5 mg/dia.

O presente caso clínico pretende evidenciar uma manifestação clínica pouco frequente de uma patologia só por si rara, em particular neste grupo etário. Por outro lado a dificuldade no estabelecimento de um diagnóstico correcto (não foi possível evidenciar a existência de trombose venosa), condicionou a instituição o mais precoce possível da terapêutica adequada (anticoagulação), considerando o risco concomitante associado (insuficiência hepática).

**P22****UMA CURIOSIDADE RADIOLÓGICA QUE IMPORTA CONHECER...**

C. Macieira, L. Gaião, M. Viana de Queiroz.  
Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas e Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 47 anos, referindo queixas de artralgiás generalizadas com mais de 10 anos de evolução, de carácter mecânico, com envolvimento preferencial das pequenas articulações das mãos e dos pés, das ancas e do esqueleto axial, sem outra sintomatologia acompanhante. Após observação em consulta de Reumatologia, foi efectuada uma avaliação analítica global que se revelou sem alterações. O estudo radiológico do esqueleto revelou a existência de múltiplos focos de esclerose óssea de forma arredondada de dimensões variáveis, localizados ao nível da bacia, da extremidade proximal dos fémures, das falanges, dos metatarsos e metacarpos. Estes achados radiológicos permitiram o diagnóstico de Osteopoiquiose – displasia óssea rara, de carácter heredo-familiar, autossómica dominante, de elevada penetrância.

Esta entidade clínica rara, de carácter benigno, é essencialmente uma curiosidade radiológica, sendo na maioria dos casos diagnosticada de forma accidental, sem sintomatologia associada e sem necessidade de qualquer terapêutica. Importa todavia conhecê-la tendo em conta o diagnóstico diferencial com entidades clínicas importantes, nomeadamente o hiperparatiroidismo e a doença neoplásica metastizada que motivam a realização de métodos de investigação muitas vezes invasivos e dispendiosos.

**P23****ESPONDILITE ANQUILOSANTE – UMA REVISÃO CLÍNICA DE 153 DOENTES.**

G. Sequeira, C. Resende, C. Miranda Rosa, J. Teixeira da Costa, M. Viana de Queiroz.  
Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas e Metabólicas. Hospital de Santa Maria.

**INTRODUÇÃO:** A Espondilite Anquilosante (EA) é uma doença inflamatória sistémica crónica com envolvimento preferencial da coluna vertebral, em que a sacroileíte constitui uma manifestação chave

para o diagnóstico da doença. Existe uma forte predisposição genética associada com o HLA B27.

**OBJECTIVOS:** Definir as manifestações clínicas, a evolução, a terapêutica e o prognóstico de uma população de doentes com EA seguidos na Consulta de Reumatologia do Hospital de Santa Maria.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Investigámos retrospectivamente um grupo de 153 doentes com diagnóstico de EA de acordo com os critérios de Nova Iorque modificados. Os doentes tinham história clínica completa (sintomas iniciais, envolvimento axial e/ou periférico, e manifestações extraarticulares) e estudo radiológico da coluna vertebral.

**RESULTADOS:** Verificou-se um predomínio do sexo masculino (69,3%, ratio 2,3: 1), da raça caucásica (92,2%), a idade de início no adulto (>16 anos, 83,7%) e a presença de HLA B27 (65,4%). A idade média de início da EA foi de 25,5 anos, existindo doentes dos 9 aos 60 anos, com uma duração média da doença de 16,7 anos e um seguimento médio em consulta de 7,2 anos. Verificou-se história familiar de EA em 6,5% dos casos. A forma de apresentação foi dominada por lombalgias inflamatórias (76,5%) e artrite periférica (30,1%). O envolvimento axial puro foi observado em 68,6% e ,em simultâneo com o envolvimento periférico, em 9,8%. Das alterações radiológicas encontradas destacam-se sacroileíte bilateral em 96,1%, simétrica em 88,2% e a nível da coluna vertebral sindesmófitos em 49,7% (cervicais 39,5%, dorsais 69,8% e lombares 73,7%) e coluna em bambu em 16,3%. As articulações extra-axiais mais frequentemente atingidas foram os joelhos (32,0%), as coxo-femorais (26,1%), as tibiotársicas (24,8%), os ombros (15,7%) e os punhos (13,1%). Encontrou-se entesopatia calcaneana em 17,0%. Dos 28,1% doentes com história de olho vermelho, 16,4% tinham diagnóstico oftalmológico de uveíte anterior aguda. Manifestações sistémicas mais raras foram a fibrose pulmonar detectada em 5 casos (3,3%), dos quais 4 de localização apical e a amiloidose em 6 casos (3,9%).

**CONCLUSÕES:** A Espondilite Anquilosante é uma doença que afecta sobretudo indivíduos do sexo masculino, no final da adolescência ou adultícia precoce, sendo a sua manifestação *major* o envolvimento da coluna vertebral, geralmente insidioso e indolente, com sacroileíte, regra geral simétrica. As articulações extra-axiais também podem ser atingidas, embora com menor frequência, com destaque para os joelhos, as cinturas pélvica

e escapular e as tibiotársicas. Este estudo proporciona dados epidemiológicos e clínicos significativos da EA, sendo igualmente útil para trabalhos futuros.

## P24

### ENVOLVIMENTO VALVULAR CARDÍACO EM DOENTES COM LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO. CORRELAÇÃO COM A PRESENÇA DE ANTICORPOS ANTICARDIOLIPINA.

A. Cordeiro<sup>1</sup>, C. Febra<sup>3</sup>, M. J. Santos<sup>1</sup>, C. Cotrim<sup>2</sup>, P. Cordeiro<sup>2</sup>, F. Godinho<sup>2</sup>, J. Canas da Silva<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Serviços de Reumatologia.

<sup>2</sup> Cardiologia e Medicina Interna.

<sup>3</sup> Hospital Garcia de Orta, Almada.

O Lupus Eritematoso Sistémico (LES) pode afectar todas as estruturas cardíacas. A doença valvular é frequente e pode ser hemodinamicamente significativa, sendo múltiplos os factores que podem contribuir para a sua existência, inclusivé os anticorpos anti-fosfolípidos.

**OBJECTIVO:** Determinar a presença de alterações valvulares em doentes com LES e correlacioná-las com a presença de anticorpos anti-cardiolipina.

**DOENTES E MÉTODOS:** vinte e quatro doentes consecutivos com LES (19 do sexo feminino e 5 do sexo masculino, idade média de 38,2±15,4, com duração média de doença de 7 anos) foram avaliados por ecocardiograma modos M, bidimensional e *doppler* a cores. A presença de anticorpos anti-cardiolipina (aCL) foi testada por ELISA.

**RESULTADOS:** em 16 doentes (66%) foi detectado algum grau de envolvimento valvular. A válvula mitral encontrava-se espessada em 14 doentes (58%); 11 doentes apresentavam regurgitação *minor* e um deles tinha doença mitral significativa com combinação de estenose e insuficiência. Foram encontradas alterações na válvula aórtica em 9 doentes (37,5%); por eco-doppler em 4 deles salientava-se regurgitação aórtica *minor* e em 2 regurgitação moderada. Quatro doentes apresentavam derrame pericárdico de pequenas dimensões. O anticorpo anticardiolipina foi positivo em 8 doentes (33%) (2 doentes tinham título baixo e 6 título alto); em seis destes documentou-se espessamento valvular. A doença valvular cardíaca foi significativamente mais frequente nos doentes com anticorpo anticardiolipina positivo (p=0.03). Todos os doentes com patologia valvular hemodinamicamente significativa tinham anticorpos

anticardiolipina positivos.

**CONCLUSÕES:** O envolvimento valvular cardíaco *minor* foi um achado frequente nesta população estudada com LES. A existência de doença valvular foi mais frequente e mais grave nos doentes com anticorpos anticardiolipina positivos.

## P25

### SÍNDROME DE SOBREPOSIÇÃO COM FENÓMENO DE RAYNAUD GRAVE E GLAUCOMA NUMA CRIANÇA DE 12 ANOS DE IDADE.

F Ramos, H. Canhão, J. E. Fonseca, C. Resende, W. Castelão, A. Neto, J. T. Costa, M. Viana Queiroz.

Unidade de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Apresentamos o caso clínico de uma criança do sexo feminino de 12 anos de idade, internada em Janeiro de 2001, por artrite do joelho direito e poliartralgias de ritmo inflamatório. Apresentava, desde os 8 anos de idade, um quadro clínico caracterizado por gonalgias de ritmo inflamatório e fenómeno de Raynaud, localizado às mãos e pés, sem história de artrite ou febre. Estas queixas mantiveram-se de forma intermitente até ao internamento descrito. Laboratorialmente apresentava velocidade de sedimentação (VS) 97mm/1<sup>a</sup>h, ANA>1: 640 com padrão mosqueado e hipocomplementémia. Foram efectuados ecocardiograma, capilaroscopia periungueal e provas de função respiratória que não revelaram alterações significativas. Iniciou terapêutica com ibuprofeno e teve alta com melhoria dos sintomas clínicos e parâmetros laboratoriais. À data da primeira consulta (30/01/01) apresentava gonalgia sem evidência de artrite, rigidez matinal das pequenas articulações, com cerca de 2-3 horas de duração, acrocianose, esclerodactilia, fenómeno de Raynaud nas mãos e pés, dificuldade na abertura da boca, aftose oral (frequência de 2/3 vezes no ano), disfagia ligeira para líquidos, queda fácil do cabelo, astenia e anorexia. A força muscular encontrava-se mantida. Analiticamente tinha anemia hipocromica microcítica, diminuição da siderémia, ferritina normal, linfopenia, VS 105mm/1<sup>a</sup>h, CK normal, ANA 1:1000, ac antiDNA e antiRNP positivo, anticardiolipina positivo, diminuição do C<sub>3</sub> e proteinúria de 9mg/24h. Fez estudo baritado do esófago, TAC torácica e electromiografia, todos sem alterações significativas.

Foi iniciada terapêutica com hidroxicloroquina e nifedipina.

Após um período de melhoria clínica e laboratorial ocorre em Setembro de 2001 nova elevação da VS (100mm/1<sup>a</sup>h), com agravamento das queixas articulares e do fenómeno de Raynaud, sem mais sinais ou sintomas associados. Inicia terapêutica com prednisona com melhoria dos sintomas. Em Outubro de 2001 é diagnosticado glaucoma de ângulo aberto, o que motiva redução da dose da prednisona, com consequente agravamento clínico. Actualmente a criança faz terapêutica com deflazacort, calcifediol, ibuprofeno e nifedipina; mantém aumento da tensão ocular, artralguas sem evidência de artrite, flexo dos cotovelos, calcinose das mãos, acrocianose e esclerodactilia.

Neste caso queremos destacar: 1- a ocorrência de glaucoma, que é raro nas crianças; apesar de poder estar relacionado com a terapêutica, surgiu menos de um mês após o início da corticoterapia em baixa dose e a hipótese de ser devido a trombose venosa, no contexto de síndrome de anticorpos antifosfolípidos está a ser investigada; 2- a dificuldade na terapêutica do fenómeno de Raynaud; em adultos os análogos das prostaciclina são cada vez mais utilizados, mas na criança o seu uso ainda está pouco documentado e é reservado sobretudo para os casos de hipertensão pulmonar.

## P26

### AValiação DA EFicácia E SEGURANÇA DA TERAPêUTICA COM INFLIXIMAB E ETANERCEPT EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE.

W. Castelão, H. Canhão, J.E. Fonseca, C. Resende, C. Macieira, G. Sequeira, J. C. Teixeira Costa, J.A. Pereira Silva, M. Viana Queiroz.

Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital Santa Maria, Lisboa.

Os fármacos anti-TNF-alfa são uma nova arma terapêutica eficaz no tratamento da artrite reumatóide (AR) refractária. Porém não se encontram ainda disponíveis dados comparativos entre o infliximab e o etanercept.

**OBJECTIVOS:** Avaliar de forma comparativa a eficácia e a segurança dos dois fármacos anti-TNF-alfa numa população de doentes com AR seguidos na Consulta de Reumatologia do Hospi-

tal de Santa Maria.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Foi efectuada uma avaliação prospectiva, aberta, em 23 doentes com AR tendo 17 sido submetidos a 3 mg/kg EV de infliximab de oito em oito semanas (após o período inicial de indução às 0, 2 e 6 semanas) e 6 doentes a 25mg SC de etanercept duas vezes por semana. Foram caracterizadas a idade, o sexo, a duração e a idade de início da doença, a idade de início e a duração do tratamento anti-TNF-alfa, a terapêutica concomitante prévia e actual, o *score* DAS 28 prévio e de seis em seis meses. Os dados foram introduzidos numa base de dados desenhada para o efeito e foram aplicados os testes estatísticos adequados.

**RESULTADOS:** Dos 17 doentes medicados com infliximab, 13 eram do sexo feminino e 4 do masculino. Apresentavam uma idade média de 52,8±13,7 anos tendo iniciado a doença em média aos 40,1±13,5 anos, sendo a duração da doença de 12,9±8,8 anos. Cinco dos doentes medicados com etanercept eram do sexo feminino e um do sexo masculino. A idade média era de 53,3±18,0 anos com uma idade média no início da doença de 37,7±14,1 anos e uma duração de doença de 15,7±8,3 anos. Os doentes medicados com infliximab iniciaram esta terapêutica com uma média de idades de 51,4±14,0 anos tendo um tempo de seguimento médio de 9,7±4,7 meses. Apresentavam um DAS 28 médio inicial de 6,04±1,24, aos seis meses de 3,63±1,55 e aos 12 meses de 3,58±1,66. Os doentes medicados com etanercept iniciaram o fármaco em média aos 51,5±19,6 anos, sendo o tempo médio de seguimento de 12,7±5,2 meses. Apresentaram uma média de DAS inicial de 6,85±1,12, aos 6 meses de 2,76±0,40 e aos 12 meses de 3,45±0,75. Verificou-se ainda que em 7 dos 17 doentes medicados com infliximab foi possível reduzir as doses de DMARDs e corticosteróides e em 3 dos 6 medicados com etanercept. Foram registados 8 episódios de infecção nos doentes sob terapêutica com infliximab e 3 episódios infecciosos e um caso de hiperprolactinémia nos doentes sob etanercept.

**CONCLUSÕES:** Com ambos os fármacos ocorreu uma melhoria significativa do DAS 28 inicial comparativamente à avaliação aos 6 e aos 12 meses, mas não se verificou uma redução significativa entre os 6 e os 12 meses. Na análise comparativa da eficácia entre os fármacos não se verificaram diferenças significativas. Embora não se tenham verificado óbitos, foram registadas diversas

infecções o que obriga a uma vigilância permanente destes doentes.

**DIA 22 DE MARÇO DE 2002  
[SEXTA-FEIRA]**

**P27**

**AValiação PROSPECTIVA DA TERAPêUTICA INTRA-ARTICULAR COM HIALURONATO DE SÓDIO NA GONARTROSE PRIMÁRIA.**

C. Macieira, H. Canhão, W. Castelão, C. Resende, F. Saraiva, M. Viana de Queiroz.

Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas e Metabólicas. Hospital de Santa Maria, Lisboa.

**INTRODUÇÃO:** A viscosuplementação é uma opção terapêutica recente no tratamento sintomático da osteoartrite, sendo a gonartrose uma das suas principais indicações.

**OBJECTIVOS:** O estudo realizado teve como objectivo a avaliação da eficácia e segurança da utilização de hialuronato de sódio em doentes com diagnóstico de gonartrose primária.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Procedeu-se a uma avaliação prospectiva aberta de 14 doentes com gonartrose uni ou bilateral, referenciados pelo reumatologista assistente à Unidade de Técnicas de Reumatologia para realização de viscosuplementação do joelho. Os doentes mantiveram a medicação habitual efectuada em ambulatório. A terapêutica consistiu na administração intra-articular de uma ampola de hialuronato de sódio semanal, durante 3 semanas consecutivas. Foi efectuada uma avaliação prévia ao início da terapêutica, às 3 semanas (final do tratamento) e ao final de 3 meses. Os parâmetros de avaliação utilizados foram a Escala Visual Analógica da Dor (EVAD), a Actividade da Doença Avaliada pelo Doente (ADAD), a Actividade da Doença Avaliada pelo Médico (ADAM) e o Índice W.O.M.A.C. Procedeu-se ainda ao registo dos efeitos secundários ocorrido durante e até 3 meses após a última administração. Cerca de 86% dos indivíduos eram mulheres, com uma média de idade de 65,3 anos (50-75). A maioria dos doentes (86%) tinha suspenso a actividade profissional há vários anos. Os dados demográficos e resultados obtidos, foram introduzidos em base de dados especialmente elaborada para o efeito, após o que se pro-

cedeu ao tratamento estatístico dos mesmos.

**RESULTADOS:** Foi avaliado um total de 20 articulações, com gonartrose primária. A duração média de doença foi de 12,7+/- 10,8 anos. Dos 14 doentes em estudo, 7 encontravam-se na classe funcional 1, 4 doentes na classe 2, e 3 doentes na classe 3. Na avaliação inicial prévia à terapêutica, 10 doentes (57,1%), apresentavam dor ligeira, 2 dor moderada, e 2 dor grave. A rigidez matinal média foi de 20 minutos. Ainda na avaliação inicial efectuada previamente ao início do tratamento, foram aplicadas as seguintes escalas: EVAD, ADAD E ADAM.

O valor médio registado pela EVAD foi de 5,95±2,03. A ADAD foi de 6,4±1,59 e a ADAM de 5,4±1,98.

Foi também efectuada uma avaliação funcional inicial, sendo utilizado o WOMAC. O *score* relativo à dor foi de 4,14±2 na observação inicial, 2,85±2,16 às 3 semanas e 3,41±1,93 após 3 meses de terapêutica. No *score* relativo à rigidez referida ao longo do dia, este foi relativamente ao início da terapêutica de 0,64±0,34, às 3 semanas de 0,58±0,36, e aos 3 meses de 0,46±0,3. Relativamente ao *score* de dificuldade na execução das tarefas da vida diária este foi ao início, às 3 semanas, e aos 3 meses de 13,34±3,35, 9,57±5,68, e 10,13±4,88 respectivamente. Assim, e globalmente, os resultados foram:

WOMAC no início da terapêutica: 6,04±1,89

WOMAC às 3 semanas: 4,34±2,73

WOMAC aos 3 meses: 4,67±2,34

Não houve registo de efeitos secundários concomitantes ou posteriores à terapêutica.

**CONCLUSÃO:** A viscosuplementação do joelho artrosico com ácido hialurónico mostrou-se uma terapêutica segura. Em termos de eficácia, registou-se uma tendência para a melhoria das queixas, quer no alívio sintomático da dor e rigidez articular, quer em termos de melhoria do estágio funcional da articulação. Esta melhoria evidente entre o início da terapêutica e a avaliação aos três meses, não parece contudo ser significativa.

**P28**

**HIPERPROLACTINÉMIA NUMA DOENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE SOB TERAPêUTICA COM ETANERCEPT.**

W. Castelão<sup>1</sup>, H. Canhão<sup>1</sup>, J. E. Fonseca<sup>1</sup>, C. Resende<sup>1</sup>, C. Macieira<sup>1</sup>, L. Lopes<sup>2</sup>, C. Catita<sup>1</sup>, J. A. Pereira Silva<sup>1</sup>, M. Viana Queiroz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas.

<sup>2</sup> Unidade de Endocrinologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

A terapêutica anti-TNF-alfa tem-se revelado eficaz no tratamento da artrite reumatóide refractária, no entanto, já foram descritas várias complicações associadas à sua administração. Apresentamos o caso clínico de uma doente com 44 anos de idade com o diagnóstico de artrite reumatóide com 14 anos de evolução. Encontrava-se medicada com Metotrexato injetável, Resoquina e Prednisona em doses apropriadas, mantendo apesar disso artrite com envolvimento de 14 articulações e um *score* DAS28 de 8,1. Não apresentava antecedentes patológicos relevantes além dos causados pela artrite. Iniciou terapêutica com etanercept em Junho de 2000, na dose habitualmente recomendada de 25 mg duas vezes por semana por via subcutânea. Verificou-se uma melhoria sintomática e laboratorial da doença tendo atingido ao fim de um ano um DAS28 de 3,0. Em Agosto de 2001 refere queixas de amenorreia e galactorreia bilateral. O teste de gravidez foi negativo e a ecografia transvaginal não demonstrou alterações. Os doseamentos hormonais revelaram uma prolactinémia elevada com 334 ng/ml (2,8-29) e um estradiol indoseável. Não havia história de medicação potencialmente causadora de hiperprolactinémia. A tomografia axial computadorizada e a ressonância magnética nuclear do sistema nervoso central não revelaram sinais de prolactinoma. A doente foi medicada com uma dose oral diária de 2,5 mg de bromocriptina tendo-se verificado uma reversão sintomática da galactorreia. Tanto quanto sabemos, este é o primeiro relato de hiperprolactinémia associada à terapêutica anti-TNF-alfa. No entanto, a doente mantém-se sob vigilância, uma vez que não podemos excluir a existência de um microprolactinoma não detectado pelos métodos imagiológicos.

## P29

### LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL EM DOENTES PORTUGUESES.

W. Castelão, H. Canhão, C. Resende, J. E. Fonseca, J. C. Teixeira Costa, J.A. Pereira Silva, M. Viana Queiroz.

Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

cas, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

**INTRODUÇÃO:** O lúpus eritematoso sistémico juvenil (LESj) é uma doença com critérios de diagnóstico bem estabelecidos. Existem vários estudos que caracterizam a prevalência e as características clínicas e laboratoriais da doença, no entanto, têm sido descritas diferenças nos padrões de apresentação e evolução do LESj entre populações.

**MÉTODOS:** Efectuámos um estudo retrospectivo dos doentes com LESj seguidos na Consulta de Reumatologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria e que satisfaziam os critérios de diagnóstico para LES da ARA revistos em 1982.

**RESULTADOS:** Dos 25 doentes com LESj, 23 (92%) eram do sexo feminino e 2 (8%) do sexo masculino. A idade média de início da doença foi de  $11.8 \pm 3.6$  (2.5-16) anos e a idade média no diagnóstico de  $12.9 \pm 3.6$  (6-19) anos. A média do tempo de seguimento foi de  $6.5 \pm 3.5$  (0.5 to 14) anos. As características clínicas mais frequentes durante a evolução da doença foram artrite em 21 doentes (84%), *rash* malar em 19 (76%), envolvimento renal em 14 (56%), aftose oral em 13 (52%), vasculite cutânea em 13 (52%), fotosensibilidade em 11 (44%), envolvimento do sistema nervoso central (SNC) em 9 (36%), livedo reticularis em 9 (36%), hipertensão arterial em 8 (32%), serosite em 5 (20%), insuficiência renal em 5 (20%) e síndrome de Sjögren secundário em 1 (4%). Dezoito doentes (76%) apresentavam alterações hematológicas e 7 (28%) síndrome de anticorpos antifosfolípidos. Vinte e cinco (100%) doentes apresentavam anticorpos (ac) antinucleares positivos, 20 (80%) hipocomplementémia, 21 (84%) títulos elevados de ac antiDNAs, 9 (36%) ac anti-cardiolipina, 6 (24%) anticoagulante lúpico positivo, 5 (20%) ac anti-Sm positivo, 4 (16%) ac anti-SSA/Ro positivo, 4 (16%) ac anti-RNP positivo e 3 (12%) ac anti-SSB/La positivo. Todos os doentes com síndrome de anticorpos antifosfolípidos (7) apresentavam ac antifosfolípidos positivos e 5 anticoagulante lúpico positivo. A idade média de início do LES em doentes com envolvimento do SNC foi de  $10.3 \pm 4.5$  (2.5-16) anos. Os sintomas predominantes foram convulsões (4 doentes), cefaleias (3 doentes), síndrome organo-cerebral (2 doentes), coreia (1 doente) e nevrite óptica (1 doente). A idade média de início do LES em doentes com envolvimento renal foi de  $12.3 \pm 3.1$  (6-16) anos. Cinco (35.7%) desenvolveram insuficiência renal. Actualmente 64.7% dos doentes

estão medicados com corticosteroides, 35.3% com antimaláricos, 29.4% com azatioprina e 5.9% com micofenolato mofetil. 35.3% não fazem terapêutica.

**DISCUSSÃO:** As características clínicas e serológicas estão de acordo com o descrito para o LESJ em outros países europeus. No entanto encontramos uma maior proporção sexo feminino/sexo masculino (11.5:1) e uma frequência menor de envolvimento do SNC e renal comparativamente a outros estudos. Se compararmos a nossa população de crianças com a nossa população de doentes lúpicos adultos<sup>1</sup>, os doentes com LES juvenil têm mais frequentemente envolvimento hematológico (72/50.2%), renal (56/26.7%) e do SNC (36/10.6%), bem como vasculite (52/18.8%), síndrome de ac antifosfolípidos (28/4.3%) e envolvimento cutâneo (76/60%). O envolvimento articular (84/91%) e o síndrome de Sjögren secundário (4/11.4%) foram menos frequentes na população juvenil.

#### Referência Bibliográfica:

1. Rheumatology in Europe 1998; 27 (sup 2): 142

### P30

#### LIPOMATOSE ARBORESCENTE DO JOELHO – CAUSA RARA DE HIDARTROSE RECORRENTE.

A. Bernardo<sup>1</sup>, M. Bernardes<sup>1</sup>, P. Rodrigues-Pereira<sup>2</sup>, I. Brito<sup>1</sup>, A. Lopes-Vaz<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Unidade de Reumatologia.

<sup>2</sup> Serviço de Anatomia Patológica.

Hospital de S. João, Porto

A hidartrose do joelho é um motivo frequente de consulta em Reumatologia. Pode surgir em diversas patologias, tais como na gonartrose, nos reumatismos inflamatórios, artrites sépticas, microcristalinas e na algodistrofia. Pode ser no entanto reveladora de patologias sinoviais, mais raras.

A este propósito, os autores descrevem dois casos raros de lipomatose arborescente da sinovial. O primeiro caso é relativo a um doente do sexo masculino, de 47 anos, seguido na consulta de Reumatologia por gonalgia bilateral, de ritmo mecânico, com cerca de 10 anos de evolução, acompanhada de derrame articular recorrente, na ausência de outras manifestações articulares e/ou sistémicas. Foram, por diversas vezes, efectuadas

artrocentese e sinoviortese química com hexacetonido de triancinolona e ácido ósmico, sem melhoria clínica. A RMN revelou uma lesão compatível com lipoma arborescente da sinovial. Foi submetido a sinovectomia cirúrgica e o exame anatomopatológico corroborou o diagnóstico imagiológico.

No segundo caso, trata-se de uma doente do sexo feminino, de 64 anos, com diagnóstico de gonartrose esquerda evoluída, enviada à consulta por agravamento álgico recente, refractário à terapêutica com AINE's e tratamento fisiátrico. Apresentava volumoso derrame articular, rebelde a gestos locais. Efectuou RX do joelho, que evidenciou lesão lítica do côndilo femoral interno. A RMN não foi conclusiva, tendo sido colocadas as hipóteses de se tratar de um tumor de células gigantes ou de uma lesão cística da cortical, na contiguidade de um processo de sinovite crónica. Após ter tido fractura espontânea do côndilo femoral interno, a doente foi submetida a artroplastia total do joelho. O exame anatomopatológico, então realizado, revelou um lipoma arborescente da sinovial.

### P31

#### VISCOSSUPLEMENTAÇÃO: QUAL A IMPORTÂNCIA DO PESO MOLECULAR NA RESPOSTA TERAPÊUTICA?

F. M. Pimentel dos Santos, V. Tavares, J. Canas da Silva.

Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Horta.

**OBJECTIVOS:** Os derivados do ácido hialurónico (AH) parecem ter um efeito de lubrificação de absorção de cargas e trófico a nível das cartilagens, condicionando quando administrados por via intra-articular, uma melhoria sintomática na generalidade dos doentes. Apresentamos os resultados de um estudo aberto, prospectivo em que se avalia a eficácia a curto praxo e a tolerabilidade de dois derivados do AH resentes no mercado.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Avaliámos 20 doentes com gonartrose sintomática, classe radiológica II/III de Kellegren e Lawrence. Administrámos 3 injeções intra-articulares, em 3 semanas consecutivas, de Hilano G-F 20 com peso molecular de 6 milhões de altons a 10 desdes doentes – Grupo 1 (G1) e Hialuronato de sódio a 1% com peso molecular de 1,55 milhões de daltons aos restantes 10 doentes – Grupo 2 (G2). A avaliação da efi-

cácia foi efectuada às semanas (S) 0,1,2,6 através do índice de Lequesne, no índice de WOMAC e na dor que não eram significativamente diferentes. No G1 interrompeu-se terapêutica num doente por derrame volumoso após a 2ª administração. Na avaliação do iL houve uma diferença significativa entre os valores da S0 e S6 ( $p < 0,0001$ ) quando considerado o grupo total. Esta melhoria era já significativa no G1 à S2 ( $p < 0,003$ ) sendo apenas significativa no G2 à S6 ( $p < 0,001$ ). Na avaliação do iW verificou-se também uma diferença significativa entre os valores da S0 e S6 ( $p < 0,01$ ) quando considerado o grupo total, sendo esta diferença já significativa no G1 à S2 ( $p < 0,003$ ). No G2 não se assistiu a uma modificação significativa relativamente aos valores basais deste índice. Em relação à avaliação da dor houve igualmente uma diferença significativamente entre os valores da S0 e S6 ( $p < 0,007$ ) quando considerado o grupo total. Esta melhoria era já significativa no G1 à S2 ( $p < 0,04$ ) nunca havendo uma diferença significativa no G2 em relação aos valores basais.

**CONCLUSÕES:** Tratando-se de um estudo aberto e com um reduzido número de doentes as conclusões deverão ser encaradas com prudência. A administração intra-articular de AH parece constituir uma opção terapêutica nas gonartroses da classe radiológica II/III de Kellegren e Lawrence e com um bom perfil de segurança. A eficácia parece ser maior e mais precoce nos doentes tratados com Hilano G-F 60, podendo-se especular que essa diferença se atribua ao diferente peso molecular dos produtos estudados.

## P32

### TERAPÊUTICAS BIOLÓGICAS: PARA ALÉM DA EFICÁCIA

F. M. Pimentel dos Santos, F. Godinho, V. Tavares, J. Canas da Silva.

Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada.

Os agentes biológicos, nomeadamente os anti-TNF  $\alpha$  mostram-se como terapêuticas bem toleradas e seguras. Os efeitos adversos graves são raros. A monitorização adequada destes doentes é, no entanto, fundamental. Os autores descrevem dois casos clínicos em que surgiram complicações, que motivaram a interrupção da terapêutica anti-TNF  $\alpha$ , numa fase em que havia uma reposta clínica favorável.

**CASO 1:** Doente sexo feminino, 67 anos, com artrite

reumatóide (AR) com 8 anos de evolução. Nove meses após início de terapêutica com infliximab desenvolveu um quadro de *lupus-like*, traduzido por manifestações cutâneas, com ANA e anticorpos anti-DNA em títulos elevados. Estas alterações regressaram com a interrupção da terapêutica.

**CASO 2:** Doente sexo feminino, 53 anos, com AR com 7 anos de evolução. Sete meses após início de terapêutica com infliximab inicia quadro de febre vespertina, sudação nocturna, astenia e perda ponderal progressiva e aumento dos parâmetros inflamatórios. A TAC toraco-abdominal documentou adenopatias mediastínicas e inter-cavo-aórticas. Houve viragem do teste tuberculínico. Não se isolou qualquer agente nas hemoculturas e nas secreções brônquicas obtidas por fibroscopia. Iniciou terapêutica anti-bacilar com melhoria progressiva dos parâmetros inflamatórios e redução das formações adenopáticas (TAC de controlo efectuada um ano depois).

Estes casos ilustram a necessidade de uma monitorização cuidada e atenta, por parte dos profissionais de saúde que acompanham estes doentes.

## P33

### EFEITOS ADVERSOS ASSOCIADOS À TERAPÊUTICA COM INFILIXIMAB EM 31 DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE.

W. Castelão<sup>1</sup>, H. Canhão<sup>1</sup>, J. E. Fonseca<sup>2</sup>, M. Cruz<sup>2</sup>, T. Mesquita<sup>2</sup>, B. Valério<sup>2</sup>, C. Resende<sup>1</sup>, C. Macieira<sup>1</sup>, J. A. Pereira Silva<sup>1</sup>, J. Branco<sup>2</sup>, M. Viana Queiroz<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital Santa Maria, Lisboa.

<sup>2</sup> Serviço de Reumatologia, Hospital Egas Moniz, Lisboa.

**INTRODUÇÃO:** O infliximab é um anticorpo quimérico com acção anti-TNF $\alpha$ . Esta classe de fármacos está disponível para uso clínico desde há cerca de 1,5 ano, pelo que se justifica que sejam efectuadas e apresentadas avaliações de segurança destes fármacos.

**OBJECTIVO:** Avaliar os efeitos adversos ocorridos em doentes com artrite reumatóide (AR) medicados com infliximab e seguidos nas Consultas de Reumatologia do Hospital de Santa Maria e do Hospital de Egas Moniz.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Foi efectuada uma avaliação prospectiva, aberta, em 17 doentes com AR seguidos na Consulta de Reumatologia do Hospital de Santa Maria e de 14 doentes com artrite reumatóide seguidos na Consulta de Reumatologia

do Hospital de Egas Moniz. Os doentes foram meditados com 3 mg/kg EV de infliximab nas semanas 0, 2 e 6 e depois de 8 em 8 semanas. Foram avaliados a idade actual, o sexo, a idade de início da doença, a duração da doença, a idade de início e a duração do tratamento com infliximab, a terapêutica concomitante prévia e actual, o *score* DAS28 prévio e no final da avaliação e registados todos os efeitos secundários durante e entre as infusões.

**RESULTADOS:** Dos 31 doentes, 26 eram do sexo feminino e 5 do masculino. A idade média era de  $55,1 \pm 12,3$  anos e a idade média de início da doença foi de  $43,5 \pm 12,8$  anos. Iniciaram o tratamento com infliximab com uma média de idades de  $53,2 \pm 12,2$  anos. Apresentavam antes do tratamento um *score* DAS28 de  $6,04 \pm 1,24$  e na avaliação ao fim de 12 meses de  $3,58 \pm 1,66$ . Neste período de tempo ocorreram 9 infecções respiratórias, 6 doentes apresentaram cefaleias crónicas, 3 infecções urinárias baixas, 3 crises hipertensivas, 2 urticárias, 2 onicomicoses, 2 gastro-enterites, 2 cólicas renais, 2 episódios de hipotensão durante a perfusão, ulceração nasal e oral em 2 doentes, 1 herpes zoster, 1 pielonefrite, 1 sepsis, 1 insuficiência cardíaca descompensada, 1 foliculite, 1 tromboflebite, 1 neoplasia cerebral e uma morte súbita (ocorrida em período inter-infusões). 4 doentes suspenderam a terapêutica por efeito adverso grave (12,9%).

**CONCLUSÕES:** Registámos uma elevada incidência de infecções durante a medicação com infliximab. A valorização deste achado dependerá da continuação do presente estudo utilizando um grupo controlo. Salientamos a ausência de infecção por bacilo de Koch, apesar da elevada prevalência de tuberculose no nosso país. Este facto poderá ser explicado pela selecção cuidadosa dos doentes. A elevada susceptibilidade às infecções deverá condicionar medidas profiláticas adequadas e uma rigorosa vigilância destes doentes.

### P34

#### ACTIVIDADE CLÍNICA, CO-MORBILIDADE E IMPACTO SÓCIO-ECONÓMICO DA ARTRITE REUMATÓIDE NUMA POPULAÇÃO DE DOENTES PORTUGUESES.

M. André, J. Duarte, J. E. Fonseca, H. Canhão, C. Resende, W. Castelão, C. Macieira, J. A. Pereira da Silva, M. Viana Queiroz.

Unidade de Reumatologia, Hospital de Santa Maria.

**INTRODUÇÃO:** Existem vários estudos que sugere

rem uma menor agressividade da artrite reumatóide (AR) em Portugal e em outros países do Sul da Europa. No entanto, existem poucas informações sobre a co-morbilidade e impacto socio-económico desta doença nestes países.

**OBJECTIVOS:** Verificar se uma expressão clínica menos grave da AR em Portugal corresponde a uma menor incidência de co-morbilidade e menor impacto socio-económico da doença.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo transversal de uma amostra aleatória de 71 doentes com AR seguidos na Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital de Santa Maria, Lisboa. Todos os casos foram estudados de acordo com um protocolo (PROMAR) que incluía a detecção de factores reumatóides (FR), avaliação de doença erosiva por radiologia, avaliação de manifestações extra-articulares, actividade da doença (parâmetros da EULAR), duração da doença, doenças associadas e capacidade laboral antes e após o início da doença.

**RESULTADOS:** A idade média dos doentes era de  $58,8 \pm 10,9$  anos, 73% do sexo feminino e a duração média da doença era de  $11,5 \pm 9,9$  anos. 63,8% dos doentes tinham factores reumatóides detectáveis no soro, 41% tinham doença erosiva, 23,9% apresentavam manifestações extra-articulares e o DAS28 médio era de  $4,9 \pm 1,6$ . 78,9% dos doentes tinham patologias associadas, sendo a patologia mais frequente a doença cardiovascular (afectando 33,8% da população estudada). Antes do início da doença, 71,8% dos doentes trabalhavam a tempo inteiro e 8,4% estavam reformados. Dez anos depois, somente 19,7% dos doentes trabalhavam a tempo inteiro, 42,2% estavam reformados por invalidez atribuível à AR e 18,3% estavam reformados por outras razões.

**CONCLUSÕES:** Os resultados deste estudo confirmaram dados prévios que documentavam uma menor prevalência de factores reumatóides, doença erosiva e de manifestações sistémicas nos doentes portugueses com AR. No entanto, a co-morbilidade e o impacto socio-económico da AR nos doentes portugueses parece ser comparável ao de outros estudos efectuados em países do Norte da Europa e da América.

### P35

#### DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DOENÇA DE PAGET EM PORTUGAL.

J. Figueirinhas, J. Vaz Patto, M. J. Mediavilla, M. Margarida Silva, J. S. Ribeiro, F. Mafra.  
Instituto Português de Reumatologia.

**INTRODUÇÃO:** Tem-se verificado que os dados epidemiológicos da Doença de Paget (DP) varia conforme a naturalidade dos doentes e segundo a localização das lesões.

**OBJECTIVO:** Estudar características epidemiológicas da Doença de Paget em Portugal.

**DOENTES E MÉTODO:** Estudaram-se 136 doentes com DP que cumpriam os critérios de inclusão: 61 (44,9%) eram do sexo masculino, 53 (39,0%) eram pícnicos e 12 (8,8%) longilíneos. A média de idade no momento do diagnóstico era de 63,5%. O diagnóstico foi realizado através da anamnese, exame físico, estudos bioquímicos, radiológicos, cintográficos e, nalguns casos, com auxílio da TAC, RM e Termografia.

**RESULTADOS:** A forma monostótica apresentou-se em 36 (26,5%) doentes e a história familiar em 9 (6,6%). 79 (58,1%) doentes eram naturais dos Distritos ao Sul do Tejo; destes, 38 (48,1%) eram de Évora, 17 (21,5%) de Beja, 15 (19,0%) de Setúbal, 8 (10,1%) de Portalegre e 1 (1,3%) de Faro. 34 (25%) de Lisboa, 9 (6,6%) de Santarém e 14 (10,3%) de outros Distritos ao Norte do Tejo. Em 127 (93,4%) doentes cursavam com elevação da fosfatase alcalina e 106 (77,9%) tinham elevada a hidroxiprolinúria: o PSA era normal em todos os doentes do sexo masculino. Os ossos mais atingidos eram: ilíacos em 89 (65,4%), fémures 54 (39,7%), crânios 32 (23,5%), coluna lombar 32 (23,5%), sacro 29 (21,3%), úmero 22 (16,2%), coluna dorsal 21 (15,4%), tibia 16 (11,8%) e calcâneo 5 (3,7%).

**CONCLUSÕES:** 1. A maioria dos doentes era natural das regiões ao sul do Tejo e 46,3 eram naturais dos três distritos alentejanos (Évora, Beja e Portalegre), os de menor densidade populacional. 2. São relativamente frequentes, neste estudo, as formas monostóticas e não são raras as familiares. 3. A bacia, os fémures e o crânio são os ossos mais frequentemente atingidos, o que sugere algumas particularidades da doença.

#### Referências bibliográficas

1. Figueirinhas J, Bernardino A. Costa, Vaz Pinto J, et al. Estudo prospectivo de 34 doentes com Doença de Paget. III Jornadas Internacionais do IPR. Livro de Resumos. Lisboa 1995.
2. Figueirinhas J, Bernardino A. Costa, et al. Paget's Disease: a prospective study of 57 patients. Eular Symposium, 1996.
3. Figueirinhas J, Vaz Pinto J., Bernardino A. Costa, et al.

Paget's Disease (PD) presenting symptoms. XXIV ??? Congress. Ann Rem Dis. 1999 (Suppl. 262)

4. Vaz Pinto J, Figueirinhas J., Mediavilla M. J., et al. Paget's Disease associated diseases. XXIV Eular Congress. Ann Reum Dis. 1999 (Suppl 262)

## P36

### CONDROCALCINOSE: EPIDEMIOLOGIA E FACTORES DE RISCO.

J. Vaz Patto, J. Figueirinhas, M. Margarida Silva, M. J. Mediavilla, J. S. Ribeiro, F. Mafra.  
Instituto Português de Reumatologia.

**OBJECTIVO:** A Condrocálcinose é uma situação relativamente frequente em idades avançadas. O nosso objectivo foi estudar algumas das principais características epidemiológicas e eventuais factores de risco nos doentes portugueses.

**DOENTES E MÉTODO:** Foram incluídos 98 doentes que preenchiam as condições do protocolo. Destes, 80 (81,6%) eram do sexo feminino, 55 (56,1%) pícnicos e 4 (4,1%) longilíneos. Estudaram-se parâmetros clínicos, biológicos e imagiológicos.

**RESULTADOS:** 26 (26,5%) doentes eram naturais do distrito de Lisboa, 8 (8,2%) de Viseu, 7 (7,1%) de Santarém e também de Beja e de Évora, 6 (6,1%) de Portalegre, 5 (5,1%) respectivamente de Coimbra, Porto, Leiria e Guarda e 3 (3,11%) de Castelo Branco, de Braga e de Bragança; frequências inferiores encontraram-se em Aveiro, Setúbal, Viana do Castelo, Faro, Vila Real, Madeira, Moçambique e Brasil. A idade média à data da observação era de  $70,8 \pm 10,8$  anos (de 27 e 92 anos); a idade média do início provável obtido em 75 doentes era de  $60,8 \pm 12,0$  anos e a idade média no momento do diagnóstico era de  $69,9 \pm 9,9$  anos. 3 (3,1%) doentes apresentaram forma pseudo-gotosa. Estabeleceu-se, com grande probabilidade, o local de início em 88 (89,8%) doentes: joelhos em 74 (84,1%), mãos/punhos em 9 (10,2%), 2 (2,0%) nos pés e também nos ombros e 1 (1,0%) nos ombros. As lesões radiológicas apresentaram-se nos joelhos em 89 casos (90,8%), nos punhos/mãos em 33 (33,7%), na sínfise púbica em 17 (17,3%), nos ombros em 6 (6,1%), nas coxo-femorais em 5 (5,1%) e nos cotovelos em 1 (1,0%). A diabetes apresentou-se em 19 (19,4%) doentes, a HTA em 59 (54,1%), a dislipidémia em 59 (60,2%), a hiperuricémia em 23 (23,5%), a hipomagnésémia em 9 (9,29%), a hipomagnésémia eritrocitária em 6 (6,1%), a hipofosforémia em 3 (3,1%), a elevação da ureia em 10 (10,2%) e da creatinina em 9 (9,2%).

**CONCLUSÕES:** 1. O sexo feminino foi bastante mais atingido. 2. A distribuição dos doentes não mostra predilecção distrital. O número dos naturais de Lisboa deve-se especialmente à localização do centro de estudo e à maior concentração populacional. 3. A Condrocálcinose seria característica da terceira idade. 4. Os joelhos são a manifestação inicial e a localização radiográfica mais frequente. 5. O envolvimento articular e a associação a outras situações têm algumas particularidades nos doentes portugueses. 6. Os nossos dados sugerem que as radiografias dos joelhos, da bacia, das mãos e dos ombros são indispensáveis à avaliação da doença.

#### Referências bibliográficas

1. J. Figueirinhas, J. Vaz Patto. Epidemiologia da condrocálcinose em Portugal e XXII Curso da Reumatologia da Faculdade de Medicina de Coimbra. Livro de Resumos. Coimbra 2001.
2. J. Vaz Patto, F. Duarte, J. F. Junior, J. Figueirinhas. Dados epidemiológicos da condrocálcinose. III Jornadas da Medicina Interna dos CHC. Fórum de Medicina. Livro de Resumos. Coimbra 2000.

## P37

### TRATAMENTO COM ILOPROST ENDOVENOSO DE ÚLCERAS DIGITAIS EM DOENTES COM DOENÇA DO TECIDO CONJUNTIVO.

C. Resende, H. Canhão, J. E Fonseca, W. Castelão, G. Sequeira, C. Macieira, J. C. Teixeira Costa, J. A. Pereira Silva, M. Viana Queiroz.

Unidade de Reumatologia, Hospital Santa Maria, Lisboa.

O tratamento com Iloprost-(análogo estável da prostaciclina (PGI<sub>2</sub>), com propriedades vasodilatadoras, anti-agregantes e fibrinolíticas) tem mostrado benefício a curto e a longo prazo no tratamento do FR grave e nas úlceras digitais. O objectivo do nosso trabalho foi avaliar a eficácia e a segurança da terapêutica com Iloprost endovenoso (EV) no FR grave e/ou úlceras digitais em doentes com doença do tecido conjuntivo. Foram avaliados prospectivamente 6 doentes, 4 com FR grave e úlceras digitais e 2 apenas com FR grave durante um período de 12 meses. Dos 6 doentes, 4 tinham Esclerodermia (ESP), 1 Síndrome de CREST e 1 Lupus Eritematoso Sistêmico (LES). Todos os doentes continuaram a fazer terapêutica com vasodilatadores orais, corticosteróides e imunossuppressores. Foram avaliados previamente

te ao início do tratamento, bem como ao fim de cada tratamento mensal os seguintes parâmetros: frequência, duração, gravidade, sintomatologia acompanhante do FR e impacto nas suas actividades diárias, número de úlceras digitais e a melhoria ou cicatrização com base em escalas analógicas visuais e de Likert. Os doentes efectuaram análises laboratoriais (hemograma, função renal, hepática, proteinograma, VS, PCR, estudo da coagulação, complementos e estudo imunológico), bem como capilaroscopia. O Iloprost foi administrado durante 6 horas em infusão contínua endovenosa. A dose inicial foi de 0.5 ng/kg/min e aumentada a cada 30 minutos de 0.25-0.5 ng/kg/min até o doente desenvolver efeitos adversos ou atingir a dose máxima de 2ng/kg/min. O 1º tratamento foi administrado durante 5 dias consecutivos e posteriormente foi feito mensalmente. Após o início do tratamento, os doentes referiram logo ao fim do primeiro mês, uma redução ligeira no número, duração e gravidade dos episódios de FR bem como na dor, parestesias, temperatura e coloração digital, com manutenção destes resultados no decurso do estudo. Nos 3 doentes que apresentavam úlceras digitais verificou-se cicatrização completa em 1 doente e cicatrização parcial em 2 doentes com melhoria substancial no desempenho das suas actividades diárias. A avaliação subjectiva dos doentes acerca da melhoria do fenómeno de Raynaud após o tratamento foi de ligeira a moderada (<VAS médio de 6), quer ao fim de 6 meses quer a 1 ano. O melhor resultado foi obtido quanto à cicatrização das úlceras digitais (<VAS médio de 8). Não se registaram efeitos adversos graves, apenas uma doente não conseguiu ultrapassar a dose de 0,75 ng/kg/min por hipotensão grave e taquicardia. Todos os outros 5 doentes conseguiram atingir a dose máxima de 2 ng/kg/min referindo apenas alguns efeitos adversos ligeiros (rubor facial e hipotensão em 5 doentes, cefaléias ligeiras em 1 com e flebite no local da punção venosa em outro). Verificou-se um óbito por disritmia numa doente com ESP e má função cardiopulmonar prévia, não tendo tido qualquer relação com a infusão de Iloprost, pois ocorreu 15 dias após a última perfusão. Também não se registaram alterações analíticas antes e depois do tratamento, bem como melhorias significativas ao nível das alterações da microcirculação digital evidenciadas pela capilaroscopia. Conclui-se que a terapêutica com Iloprost poderá ser de grande benefi-

cio na cicatrização de úlceras digitais dos doentes com doença do tecido conjuntivo.

## P38

### POLIMIOSITE E DERMATOMIOSITE NOS ÚLTIMOS 10 ANOS: CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E AVALIAÇÃO DA TERAPÊUTICA E PROGNÓSTICO.

C. Resende, H. Canhão, J. E. Fonseca, W. Castelão, C. Macieira, J. C. Teixeira da Costa, J. A. Pereira da Silva, M. Viana Queiroz.

Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital Santa Maria, Lisboa.

A Dermatomiosite (DM) e a Polimiosite (PM) são doenças difusas do tecido conjuntivo, raras, definidas com base em critérios de diagnóstico propostos por Bohan e Peter em 1975. Com o presente trabalho pretende-se fazer uma revisão das características clínicas, laboratoriais, electromiográficas e histológicas de doentes com o diagnóstico definitivo de PM/DM seguidos nos últimos 10 anos na Consulta de Reumatologia do Hospital de Santa Maria. Avaliaram-se ainda a eficácia da terapêutica e a evolução clínica, estabelecendo correlações com os factores de prognóstico.

Foram revistos um total de 21 doentes que preenchiam os critérios definitivos de PM/DM: 17 (81%) do sexo feminino e 4 (19%) do sexo masculino. Na divisão por subgrupos de diagnóstico obtivemos: 5 (23.8%) doentes no grupo I-(PM), com uma idade média no início da doença de  $57.6 \pm 21.6$  anos e duração de seguimento de  $17.2 \pm 19.3$  meses; 9 (42.8%) doentes no grupo II-(DM), com uma idade média no início da doença de  $52.7 \pm 11.8$  anos e duração de seguimento de  $47.4 \pm 38.5$  meses; 1 (4.8%) doente no grupo III-(PM/DM-neoplasia) com 77 anos de idade no iní-

cio da doença e duração de seguimento de 84 meses; 2 (9.5%) doentes no grupo IV-(PM/DM juvenil), com uma idade média no início da doença de  $2.5 \pm 0.7$  anos e duração de seguimento de  $4.5 \pm 0.7$  meses; 4 (19%) doentes no grupo V-(PM/DM associada a outras doenças do tecido conjuntivo), com uma idade média no início da doença de  $49.7 \pm 6.3$  anos e duração de seguimento de  $63.7 \pm 60.4$  meses. Observaram-se as seguintes manifestações clínicas (Ver Quadro).

Os nossos resultados revelaram dois picos de incidência da idade de início da doença e um predomínio do sexo feminino. A diminuição da força muscular proximal, mialgias, artralguas, disfagia, envolvimento pulmonar e nos casos de dermatomiosite, o *rash* cutâneo, foram as manifestações clínicas mais frequentemente encontradas. A associação a neoplasia foi encontrada em 1 (4.8%) caso com DM. No nosso trabalho documentamos que uma terapêutica instituída precocemente e em doses eficazes, controla a situação clínica aguda e melhora o prognóstico a longo prazo. No entanto os efeitos adversos associados, nomeadamente da corticoterapia em altas doses quer nos adultos quer sobretudo em crianças, implica não só o estabelecimento criterioso do diagnóstico como a vigilância apertada destes doentes. A introdução de imunossuppressores dos quais se destacam a azatioprina e o metotrexato revelou-se eficaz no controlo da doença e com efeito poupador de corticosteroides. A hidroxiquina foi útil no controle das manifestações cutâneas, em particular na dermatomiosite juvenil. Apesar de se ter registado uma boa evolução na maioria dos doentes, 4 (19%) faleceram e 2 (9,5%) mantiveram-se refractários. Este facto traduz a grande diversidade prognóstica da doença. Permanece por encontrar um marcador clínico ou de outra natureza que possa prever a

%	Dim força muscular	Mialgias	Artrite	Lesões cutâneas	Disfagia	Fibrose pulmonar
Grupo I-PM	100	100	20	0	40	0
Grupo II-DM	100	100	55.5	100	22.2	22.2
Grupo III PM/DM-neoplasia	100	100	0	100	0	100
Grupo IV PM/DM-juvenil	50	50	50	100	0	0
Grupo V PM/DM-associada a conectivite	100	75	100	75	50	75

evolução da doença, pelo que se deverá incrementar nos próximos anos um esforço investigacional neste sentido.

### P39

#### CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E SEROLÓGICA DE 72 DOENTES PORTUGUESES COM ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL.

C. Resende, H. Canhão, W. Castelão, J. E. Fonseca, M. Costa, A. Neto, J. C. Teixeira Costa, J. A. Pereira Silva, M. Viana Queiroz.

Unidade de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal.

A Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) é um grupo heterogéneo de doenças inflamatórias sistémicas que afectam crianças com idade abaixo dos 16 anos. Com base na nova classificação das AIJ proposta em Durban 1997 pela ILAR, analisaram-se os padrões clínicos de 72 crianças, regularmente seguidos na nossa consulta. 72 crianças, 41 do sexo feminino (57%) e 31 do sexo masculino (43%). O tempo médio de seguimento foi de  $5,44 \pm 4,0$  anos, com uma duração média de doença de  $6,31 \pm 4,6$  anos. Quanto ao subgrupo das AIJ verificou-se (Ver Quadro).

grupo das artrite por entesite. A doença ocular, uveíte, como manifestação extra-articular foi observada em 10 (13.8%) crianças, tendo sido mais frequente no subgrupo oligo--persistente. Uveíte e ANA+ foram apenas observados em 4 (11.4%) crianças com oligoartrite: 3 do subgrupo oligo-persistente (11.5%, 27.3% das crianças com ANA+) e 1 do subgrupo oligo-estendida (11.1%, 25% das crianças com ANA+). Nenhum caso de uveíte grave foi detectado. Quanto à terapêutica instituída, 17 (23.6%) crianças estavam a fazer metotrexato (MTX): 5 (55.5%) crianças do subgrupo oligo-estendida; 3 (11.5%) do oligo-persistente; 6 (37.5%) do sistémico; 2 (33.3%) do poli e 1 (50%) da artrite psoriática. A salazopirina (SLZ) foi administrada em 4 (5.5%) crianças: 3 (23%) do subgrupo artrite por entesite e 1 (38.4%) do oligo-persistente. Apenas 3 (4.1%) crianças fizeram associação de 2 DMARDs (MTX+SLZ): 1 (16.6%) nas poli e 2 (15.3%) nas artrites por entesites. Os corticóides (PDZ) foram utilizados em 15 (20.8%) crianças. 17 (23.6%) crianças estavam somente com anti-inflamatórios não esteróides (AINE) e 25 (34.7%) em vigilância com AINE. Foram realizadas 106 sinovectomias com corticóides intraarticulares em 36 (50%) crianças. Estas injeções intraarticulares foram administradas em 16 crianças com oligoartrite persistente, 8 com oligoartrite

	Sistémica	Poliartrite	Oligoartrite			Entesite	Artrite Psoriática
			Estendida	Persistente	Total		
N.º de doentes	16 (22,2%)	6 (8,3%)	9 (12,5%)	26 (36,1%)	35 (48,6%)	13 (18,0%)	2 (2,7%)
Idade média no diagn.	4,7	7,4	5,4	6,4	6,2	12,4	12
STDEV	3,5	5,9	4,3	4,3	4,2	3,4	2,8

As articulações mais envolvidas nos diferentes subgrupos de artrite foram: os joelhos em 77.7% na oligo estendida, 92% na oligo-persistente, 75% na sistémica, 83.3% na poli, 100% na psoriática e 61.5% na entesite, sendo de realçar também, os cotovelos em 66.6 % no grupo das oligo-estendidas; as mãos em 30.7% nas oligo-persistentes; os punhos em 50% nas sistémicas; as mãos ou punhos (como os joelhos) em 83.3% nas poli; as mãos ou punhos em 100% (como os joelhos) nas psoriáticas e as tibiotársicas e coxo-femorais em 53.8% e 46.1% nas entesites. O estudo imunológico mostrou: anticorpo antinuclear (ANA) + em 19 (26.3%) crianças: 4 (44.4%) crianças do subgrupo oligo-estendida, 11 (42.3%) do subgrupo oligo-persistente, 2 (12.5%) do grupo das artrites sistémicas e 2 (15.3%) do

estendida, 5 com artrite sistémica e em 7 dos outros subgrupos. O padrão de envolvimento articular é semelhante aos resultados publicados. Contudo a associação de uveíte com os ANA, bem como a sua presença foi menor em comparação com outras séries. As injeções intra-articulares foram a principal terapêutica no subgrupo da oligoartrite persistente, mas o MTX teve de ser usado em 55.5% no subgrupo da oligoartrite estendida, realçando a importância da diferenciação destes dois padrões de envolvimento.

### P40

#### SUBLUXAÇÃO ATLANTO-AXIAL NUMA CRIANÇA COM AR-

**TRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ) OLIGOARTICULAR.**

C. Resende<sup>1</sup>, H. Canhão<sup>1</sup>, J. E. Fonseca<sup>1</sup>, W. Casteirão<sup>1</sup>, A. Neto<sup>1</sup>, J. C. Teixeira Costa<sup>1</sup>, C. Neves<sup>2</sup>, M. Viana Queiroz<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Unidade de Reumatologia, Hospital Santa Maria, Lisboa.

<sup>2</sup> Serviço de Ortopedia, Hospital Santa Maria, Lisboa.

O envolvimento da coluna cervical é comum na Artrite Idiopática Juvenil (AIJ), sobretudo nos subtipos de início sistémico e de início poliarticular. No entanto na AIJ de início oligoarticular o envolvimento da coluna cervical não está descrito e constitui uma manifestação rara.

Apresentamos uma criança com 6 anos de idade com o diagnóstico de AIJ de início oligoarticular desde os 4 anos de idade. O quadro inicial caracterizou-se por uma oligoartrite assimétrica dos membros inferiores (joelho direito e posteriormente tibiotársica e pé esquerdo). Foi medicada com anti-inflamatórios orais (AINE), ibuprofeno na dose de 450 mg/dia ( $\pm 30$  mg/kg/dia), deflazacort na dose de 3 gotas/dia (0,5 mg/kg/dia) e hidroxycloquina na dose de 200 mg/dia ( $\pm 5$  mg/kg/dia) Por persistência da actividade clínica e laboratorial da doença substituiu-se a hidroxycloquina por metotrexato (MTX) oral semanal na dose de 5 mg/m<sup>2</sup>/sem. A doente, desenvolveu posteriormente um torcicolo sem queixas neurológicas em Abril 2001, refractário à terapêutica com AINE e fisioterapia pelo que foi pedido uma TAC da coluna cervical que revelou instabilidade rotatória C1-C2 (subluxação da articulação atlo-axoideia esquerda), *pannus* ao nível da odontóide sem erosões. Foi internada para tracção cutânea tipo «cabestro» no plano do leito com 0,5 kg durante cerca de 1 mês com melhoria do torcicolo. Fez ressonância magnética de controle verificando-se redução da instabilidade rotatória. Teve alta para consulta externa com a indicação de uso de colar cervical, tendo sido aumentada a dose de MTX para 12,5 mg/kg/sem. Actualmente e passados 9 meses desde o torcicolo a criança apresenta-se sem queixas de cervicalgias e sem limitação da mobilidade da coluna cervical. Não apresenta sinais inflamatórios periféricos.

Este caso clínico mostra que, embora raro, o envolvimento da coluna cervical pode acontecer em crianças com AIJ de início oligoarticular. O início de cervicalgias implica uma investigação imagiológica imediata para permitir a instituição de medidas terapêuticas adequadas afim de evitar

sequelas osteoarticulares e neurológicas.

**P41****FIBROMA NÃO OSSIFICANTE DO FÊMUR: UMA FORMA PARTICULAR DE GONARTRITE NA CRIANÇA.**

P. Pinto, P. Valente, I. Brito, A. Lopes Vaz.

Unidade de Reumatologia. Hospital de São João.

O fibroma não ossificante é uma neoplasia óssea benigna caracterizada por proliferação fibrosa solitária, bem circunscrita. Ocorre em crianças e adolescentes e é mais frequente no sexo masculino. Surge, de forma predominante, na metáfise dos ossos longos.

Clinicamente os fibromas não ossificantes são habitualmente assintomáticos, sendo um achado radiográfico ocasional.

Os autores descrevem o caso clínico de um adolescente do sexo masculino, 15 anos de idade, transferido do Hospital de S. Marcos – Braga onde esteve internado por gonartrite direita com um mês de evolução. Fez tratamento com AINE e imobilização com tala gessada.

Um ano após, por hidartrose do joelho direito foi enviado à consulta de Reumatologia Pediátrica deste hospital.

Na sequência da investigação etiológica foi realizada artrocentese que revelou líquido sinovial serofibrinoso, com 350 células e doseamento de proteínas normal. Fez biópsia óssea que evidenciou sinovite crónica inespecífica. Todo o estudo laboratorial foi negativo.

A radiografia do joelho mostrou lesão subcortical, excêntrica, multiloculada com margem esclerótica e sem reacção perióssea, localizado na região justa-epifisária do fémur direito, sugestiva de fibroma não ossificante. A RMN do joelho corroborou o diagnóstico.

Foi realizada sinoviortese química com hexacetone-triancinolona.

Por se tratar de uma lesão benigna o doente não realizou biópsia. É observado regularmente na consulta de Reumatologia Pediátrica, estando assintomático até à data.

**P42****CREATININA KINASE (CK) E ACTIVIDADE DO LES.**

L. Cunha Miranda, M. J. Mediavilla, M. Parente, A.

Faustino, J. Saraiva Ribeiro, E. Simões.  
Instituto Português de Reumatologia.

**INTRODUÇÃO:** Uma redução nos níveis séricos de CK tem sido descrito num conjunto de doenças inflamatórias reumatológicas (incluindo o LES), sem que o seu significado ou causa tenham sido determinados.

**OBJECTIVO:** Determinar a possível relação entre a CK e a actividade do LES.

**MÉTODOS:** Seleccionámos 36 mulheres cumprindo critérios de LES, as quais foram avaliadas pelo mesmo investigador. Calcularam-se 4 índices de actividade (SLEDAI, SLAM, ECLAM, SIS), bem como valores séricos de CK, complemento e transferrina. Estes foram determinados pelo mesmo laboratório.

**RESULTADOS:** Não encontramos correlação entre os valores de CK e os índices calculados. Observou-se uma correlação positiva entre o CK e a transferrina ( $r=0,338$ ,  $p=0,005$ ), C3 ( $r=0,436$ ,  $p=0,008$ ), C4 ( $r=0,465$ ,  $p=0,004$ ) e CH100 ( $r=0,539$ ,  $p=0,001$ ).

**CONCLUSÃO:** Existe uma forte correlação entre os valores séricos de CK e o complemento e a transferrina neste grupo de doentes com LES, esta relação não se observou com os índices de actividade.

## P43

### DOR, FIBROMIALGIA E ACTIVIDADE DA DOENÇA: A SUA RELAÇÃO NO LES.

L. Cunha Miranda, M. J. Mediavilla, M. Parente, A. Faustino, J. Saraiva Ribeiro, E. Simões.  
Instituto Português de Reumatologia.

**INTRODUÇÃO:** A dor é um dos principais problemas em diversas doenças reumáticas, em especial na fibromialgia, podendo ambos associar-se ao LES, e assim ser importantes causas de sofrimento e incapacidade.

**OBJECTIVO:** Determinar o papel da dor e da presença de fibromialgia na actividade do LES.

**MÉTODOS:** Seleccionámos 36 mulheres cumprindo critérios de LES, que foram avaliadas pelo mesmo investigador. Calcularam-se 4 índices de actividade (SLEDAI, SLAM, ECLAM, SIS), escala analógica de dor e de actividade da doença (paciente e médico), bem como os valores séricos do complemento que foram determinados pelo mesmo laboratório.

**RESULTADOS:** Encontrámos 10 mulheres que cumpriam os critérios do ACR de fibromialgia (27,8%); as diferenças encontradas entre os dois grupos resultantes foram a maior presença de dor generalizada no grupo de doentes com fibromialgia, verificando-se a presença em todos estes doentes de úlceras orais (100% na fibromialgia;  $p=0,03$  usando o teste de Kolmogorov Smirnov).

Não foram encontradas diferenças nos parâmetros calculados de actividade da doença.

**CONCLUSÃO:** Não existem diferenças significativas entre a actividade laboratorial e a quantificação da dor nos dois grupos, verificando-se apenas maior prevalência de dor generalizada no sub-grupo de fibromialgia. O único aspecto relevante foi a diferença estatisticamente significativa da presença de úlceras orais neste sub-grupo.

## P44

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO ENVOLVIMENTO PULMONAR NO LES AVALIADO POR TAC.

L. Cunha Miranda, A. Escudero, D. D´cruz, P. Font, E. Collantes, M. A. Khamastha, G. R. V. Hughes.  
Rayne Institute Lupus Research Unit St Thomas Hospital London.

**INTRODUÇÃO:** A doença pulmonar é um dado frequente (até 60%) nos doentes com LES; embora não seja uma causa principal de mortalidade, é sem dúvida um motivo relevante de incapacidade.

**OBJECTIVO:** Comparar dois grupos de doentes com LES com suspeita de envolvimento pulmonar, caracterizando as indicações para a TAC pulmonar, e comparando-os com um grupo controle de doentes com LES e sem envolvimento pulmonar.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Estudámos retrospectivamente 41 doentes em dois grupos com uma TAC pulmonar nos últimos 5 anos: 23 com LES e 18 com LES/Síndrome Anti-Fosfolipídico (SAF); estes doentes foram comparados com 62 doentes com LES sem envolvimento pulmonar.

Avaliaram-se os seguintes dados: sexo, idade, diagnóstico, duração da doença, antecedentes de patologia pulmonar, hábitos tabágicos, medicação à altura da realização do TAC, perfil imunológico, presença e número de critérios de LES e de SAF.

**RESULTADOS:** Não foi encontrada diferença significativa entre os dois grupos no que diz respeito a sexo, idade, diagnóstico, duração da doença, antecedentes de patologia pulmonar, hábitos

tabágicos, medicação à altura da realização do TAC, ou critério de LES. Igualmente não foi encontrada diferença entre a presença de ANA, Anti-DNA, ou ENA. Uma prevalência superior de aCL IgG (*fisher* 0.04), aCL IgM ( $p<0.05$ ) e Lac (*fisher* 0.02), foi encontrada no grupo LES/SAF, tal como seria esperado.

Foram encontrados resultados anormais no TAC em 66% dos doentes com suspeita de envolvimento pulmonar, quando comparados com o grupo controle, encontrando-se ainda uma prevalência aumentada de envolvimento renal ( $p<0.006$ ), serosite ( $p<0.004$ ) e alterações hematológicas ( $p<0.042$ ). Não foram encontradas diferenças significativas no perfil dos anticorpos.

Significativamente mais doentes do grupo controle estavam medicados com hidroxiquina ( $p=0.000$ ).

As principais indicações encontradas para a realização de TAC pulmonar foram: sintomatologia 61% (dispneia 80%, tosse 40%, dor pleurítica 35%), achados do exame objectivo 24% (50% crepitações inspiratórias).

Os resultados da TAC demonstraram: fibrose 37%, broquiectasias 17%, atelectasias 15%, derrames pleurais ou pericárdicos 8% e alveolite 5%.

**CONCLUSÃO:** Encontrámos um número elevado de doentes com TAC pulmonar com alterações, as quais se relacionavam em termos clínicos com a presença de serosite e envolvimento renal e hematológico.

## P45

### PERFIL DOS DOENTES COM LES NUMA CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGIA.

L. Cunha Miranda, J. Saraiva Ribeiro, M. J Medavilla, M. Parente, A. Faustino, E. Simões.  
Instituto Português de Reumatologia.

O Lúpus Eritematoso sistémico (LES) é uma doença multisistémica que atinge preferencialmente mulheres em idade fértil.

**OBJECTIVOS:** Descrever o perfil clínico e imunológico de um grupo de doentes seguidas regularmente na Consulta Externa do Instituto Português de Reumatologia

**MÉTODOS:** Seleccionamos 45 mulheres, que preenchiam os critérios de LES, as quais foram avaliadas transversalmente por um único observador.

**RESULTADOS:** A idade média era de 41,13 anos e

a de início da doença de 31,8 anos. À data do estudo 42,2% das mulheres eram pós-menopáusicas, sendo a média de idades de início da menopausa de 47,15 anos.

A duração média de seguimento em consulta foi de 123 meses (10,25 anos).

As manifestações clínicas de início da doença foram: artrite (44,6%), artralguas (11,1%), *rash* (8,8%), cansaço (6,6%) e febre (4,4%). Outras manifestações de apresentação da doença foram: fotossensibilidade, vasculite, fenómeno de Raynaud, embolia pulmonar, neurolupus, alopecia, parestesias dos membros inferiores, mialgia e trombocitopenia.

Durante a evolução da doença as manifestações foram: artrite e fotossensibilidade (88,8%), *rash* (75,5%), úlceras orais (64,4%), serosite (22,2%), leucopenia (20%), *rash* discóide (15,5%), alterações renais (15,5%), alterações neurológicas (11,1%), trombocitopenia (4,4%) e anemia hemolítica (2,2%)

Outro tipo de sintomatologia encontrada foi: febre (19,9%), perda de peso (31%), mialgia/miosite (11,1%), alopecia (17,7%) e *livedo reticularis* (8,8%). 40% dos doentes eram hipertensos e em 39,9% observou-se fenómeno de Raynaud. O teste de Schirmer foi positivo em 37,7% dos doentes avaliados, salientando-se a ausência de sintomas de xerofalmia em cerca de metade (44%) dos doentes com teste positivo. Em 26,6 % dos doentes verificava-se existir critérios do ACR para Fibromialgia.

Na avaliação laboratorial, observou-se a presença dos seguintes anticorpos: ANA 93,3%; Ac anti DNA 31,1%; antiSSA 20%; antiRNP 17%; anti-Scl70 13,3%; AntiSm 8,8%; antiSSB 4,4%; anticoagulante lúpico 4,4%.

**CONCLUSÃO:** Avaliando 45 doentes seguidas em consulta actualmente no IPR poderemos afirmar que a sintomatologia musculo-esquelética e dermatológica predomina, existindo uma reduzida expressão de patologia renal e hematológica.

O perfil imunológico destes doentes é em regra geral menos marcante que o do descrito na literatura estando apenas os ANA's dentro dos níveis esperados.

## P46

### POLIANGEÍTE MICROSCÓPICA DE INÍCIO TARDIO.

T. Mesquita<sup>1</sup>, J. Chiovo<sup>2</sup>, L. Carvalho<sup>2</sup>, I. Soares<sup>3</sup>, P. Abecasis<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Serviço de Reumatologia, Hospital Egas Moniz, Lisboa.

<sup>2</sup> Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Egas Moniz, Lisboa.

<sup>3</sup> Serviço de Medicina I, Hospital Egas Moniz, Lisboa.

Doente do sexo feminino, 84 anos, com HTA diagnosticada em Setembro de 2000, que foi internada a 27 de Janeiro de 2001 para esclarecimento de quadro com início cerca de dois meses antes, caracterizado por anorexia, perda de peso (10% do peso anterior) e astenia, tosse seca e dispneia de agravamento progressivo. Ao exame objectivo apresentava palidez da pele e mucosas, hipertensão arterial ligeira e encontrava-se sub-febril. Analiticamente foi detectada anemia normocítica normocrómica (hemoglobina – 5,6 g/dl), ferro sérico, ferritina e transferrina compatíveis com anemia de doença crónica, leucocitose (11 100 com 75 % de neutrófilos), VS – 140 mm, creatinina 5,0 mg/dl, ureia – 119 mg/dl, bilirrubina total – 2,1 mg/dl, fosfatase alcalina – 153 UI/L, acidose metabólica compensada, hematúria microscópica e proteinúria de 24 horas de 1,9 g. A radiografia do tórax inicial mostrou reticulomicronodulação difusa bilateral. A partir do 4º dia de internamento o seu estado agravou-se, apresentando dispneia em repouso, tosse frequente agravada pelo decúbito, expectoração hemoptóica, mantendo temperatura sub-febril, astenia, anorexia e sudorese nocturna. A radiografia do tórax feita então mostrou infiltrado intersticial denso e extenso nos dois terços superiores do pulmão esquerdo e no terço superior e inferior do pulmão direito. O resultado do estudo imunológico foi positivo para p-ANCA anti-MPO (24.0 U/mL). Os ANAs foram negativos, assim como o anticorpo anti-MBG. Foi iniciada terapêutica com ciclofosfamida (100 mg/dia) e 3 pulsos de metilprednisolona, passando em seguida para prednisolona na dose de 50 mg/dia. Verificou-se boa resposta clínica, com melhoria sintomática, resolução quase completa do infiltrado de ambos os pulmões e descida significativa da creatinina para 2.7 mg/dl. Foi admitida 6 semanas após o início da terapêutica por pneumonia, tendo sido medicada com imipenem. Faleceu por sépsis a *Candida* 3 semanas depois.

O interesse deste caso reside no diagnóstico de uma vasculite sistémica numa doente de 84 anos, idade que excede nitidamente a idade média de incidência da poliangeíte microscópica, que é considerada classicamente ser de cerca de 50 anos<sup>1</sup>, com uma oscilação segundo diversos estudos entre 48,8 e 56,8 anos.

## Referência Bibliográfica

1. Paul Bacon, 1998

## P47

### EFEITOS ADVERSOS ASSOCIADOS À TERAPÊUTICA COM ETANERCEPT EM 17 DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE.

T. Mesquita<sup>1</sup>, J. E. Fonseca<sup>1</sup>, H. Canhão<sup>2</sup>, M. Cruz<sup>1</sup>, W. Castelão<sup>2</sup>, B. Valério<sup>1</sup>, C. Resende<sup>2</sup>, C. Macieira<sup>2</sup>, J. A. Pereira Silva<sup>2</sup>, J. Branco<sup>1</sup>, M. Viana Queiroz<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Serviço de Reumatologia, Hospital Egas Moniz, Lisboa.

<sup>2</sup> Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital Santa Maria, Lisboa.

**INTRODUÇÃO:** O etanercept é um receptor solúvel com acção anti-TNFalfa. Este fármaco é de introdução recente na prática clínica, pelo que se justifica que sejam efectuadas e apresentadas avaliações da sua eficácia e segurança no maior número possível de doentes portugueses.

**OBJECTIVO:** Avaliar os efeitos adversos ocorridos em doentes com artrite reumatóide medicados com etanercept e seguidos nas Consultas de Reumatologia do Hospital de Santa Maria e do Hospital de Egas Moniz.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Foi efectuada uma avaliação prospectiva, aberta, numa população de 11 doentes com artrite reumatóide seguidos na Consulta de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz e de 6 doentes com artrite reumatóide seguidos na Consulta de Reumatologia do Hospital de Santa Maria. Os doentes foram medicados com etanercept, 25 mg SC 2 administrações por semana. Os parâmetros avaliados foram a idade actual, o sexo, a idade de início da doença, a duração da doença, a idade de início e a duração do tratamento com etanercept, a terapêutica concomitante prévia e actual, o *score* DAS28 no início e no final da avaliação e registados todos os efeitos secundários durante este período.

**RESULTADOS:** Dos 17 doentes, 16 eram do sexo feminino e 1 do masculino. A idade média era de 51,6±13,5 anos e a duração média da doença foi de 13,27±11,1 anos. A duração média do tratamento com etanercept foi de 10±4,8 meses. Apresentavam antes do tratamento um *score* DAS28 de 6,85±1,12 e na última avaliação de 3,86±1,08. Neste período de tempo ocorreram 4 episódios de náuseas, 2 episódios de diarreia, 2 doentes apresentaram cefaleias crónicas, 2 reacções cutâneas locais, 2 alopecia, 1 infecção urinária, 1 cólica re-

nal, 1 infecção por Herpes zoster, 1 síndrome vertiginosa, 1 tosse seca, 1 infecção respiratória, 1 abscesso dentário, 1 caso de elevação das transaminases, 1 hiperprolactinémia, 1 necrose asséptica do colo do fémur, 1 fractura osteoporótica de L1, 1 fractura do colo do fémur, 1 artrite séptica, 1 neoplasia do colo do útero. Três (17,6%) doentes suspenderam a terapêutica devido a efeito secundário grave.

**CONCLUSÕES:** Registámos um elevado número de infecções durante a medicação com etanercept. A valorização deste achado dependerá da continuação do presente estudo utilizando um grupo controlo. Salientamos a ausência de infecção por bacilo de Koch, apesar da elevada prevalência de tuberculose no nosso país. Este facto poderá ser explicado pela selecção cuidadosa dos doentes. A elevada susceptibilidade às infecções deverá condicionar medidas profiláticas adequadas e uma rigorosa vigilância destes doentes. Outros efeitos secundários como a hiperprolactinémia nunca tinham sido registados. Reportámos ainda as fracturas osteoporóticas, que consideramos não relacionadas com a administração do fármaco.

## P48

### AUMENTO DE PESO ASSOCIADO À ADMINISTRAÇÃO DE ANTAGONISTAS DO FACTOR DE NECROSE TUMORAL, EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE.

B. Valério<sup>1</sup>, J. E. Fonseca<sup>1</sup>, H. Canhão<sup>2</sup>, M. Cruz<sup>1</sup>, W. Castelhão<sup>2</sup>, T. Mesquita<sup>1</sup>, C. Resende<sup>2</sup>, C. Macieira<sup>2</sup>, J. A. Pereira Silva<sup>2</sup>, J. Branco<sup>1</sup>, M. Viana Queiroz<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Unidade de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital Santa Maria, Lisboa.

<sup>2</sup>Serviço de Reumatologia, Hospital Egas Moniz, Lisboa.

**INTRODUÇÃO:** O factor de necrose tumoral alfa (TNF $\alpha$ ) bloqueia a actividade da lipoproteína lipase – *in vitro* (cultura de adipócitos) e em modelos animais causa caquexia, pela indução do catabolismo proteico e lipídico, com aumento dos ácidos gordos livres e supressão do apetite. Considerando estes efeitos do TNF $\alpha$  é razoável admitir que a terapêutica com antagonistas do TNF $\alpha$  desencadeie alterações do metabolismo, com consequente aumento do peso.

**OBJECTIVO:** Avaliámos prospectivamente 46 doentes com Artrite Reumatóide (AR) submetidos a terapêutica com etanercept ou infliximab com o

objectivo de verificar se existia aumento ponderal nos doentes tratados com terapêutica anti-TNF $\alpha$ .

**MATERIAL E MÉTODOS:** Foi efectuada uma avaliação prospectiva, aberta, em 46 doentes com AR seguidos na Consulta de Reumatologia do Hospital de Santa Maria e na Consulta de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz. 30 doentes foram medicados com 3 mg/kg EV de infliximab nas semanas 0, 2 e 6 e depois de 8 em 8 semanas e 16 com etanercept (25mg via subcutânea, 2  $\times$  sem). Foram avaliados a idade de início da doença, a duração da doença, a idade de início e a duração do tratamento, as doses de prednisona inicial e final, o *score* DAS28 inicial e final e o peso inicial e final.

**RESULTADOS:** Dos 46 doentes avaliados 40 eram do sexo feminino, e 6 do sexo masculino. Apresentavam uma idade média de 53,1 $\pm$ 12,6 anos, com duração média de doença de 11,3 $\pm$ 9,3 anos. O DAS28 inicial dos doentes tratados com infliximab foi de 6,1 $\pm$ 1,3 e o dos doentes tratados com etanercept foi de 6,9 $\pm$ 1,1. As doses iniciais de prednisona foram de 8,1 $\pm$ 3,9 mg/dia (infliximab) e de 8,0 $\pm$ 3,3 mg/dia (etanercept). Após um *follow-up* médio de 10,7 $\pm$ 4,8 meses o DAS28 foi de 3,5 $\pm$ 1,4 (infliximab) e de 3,9 $\pm$ 1,1 (etanercept), tendo-se verificado uma diminuição da posologia média da prednisona para 6,2 $\pm$ 3,8 mg/dia (infliximab) e para 6,4 $\pm$ 1,8 mg/dia (etanercept). Quanto à evolução ponderal, verificou-se que o peso inicial médio dos 46 doentes era de 70,1 $\pm$ 13,7 Kg e o peso final médio de 73,3 $\pm$ 13,9 Kg, correspondendo a um ganho médio de 3,2 $\pm$ 3,7 Kg ( $p < 0,001$ , intervalo de confiança de 95% 2,0-4,3). Este aumento ponderal registou-se em ambos os grupos (respectivamente, infliximab 71,9  $\pm$  12,9 Kg para 74,9 $\pm$ 13,7 Kg,  $p < 0,001$ , intervalo de confiança de 95% 1,6-4,3; etanercept 67,0  $\pm$  14,9 Kg para 70,5 $\pm$ 14,2 Kg,  $p = 0,004$ , intervalo de confiança de 95% 1,3-5,7).

**CONCLUSÕES:** Apesar da redução na dose de prednisona os doentes sob anti-TNF $\alpha$  sofreram um aumento de peso. O controlo de uma doença sistémica, como a AR, pode, só por si, aumentar o apetite e o peso. No entanto, levantamos a hipótese de este efeito ser potenciado pela supressão catabólica e/ou por um efeito anabólico induzido pela terapêutica antagonista do TNF $\alpha$ .

## P49

### VASCULITE SECUNDÁRIA A PROPILTIOURACILO.

N. Silva, N. Devesa, L. Barros, J. Diniz Vieira, A. Mota, J. A. Moura.

A administração de propiltiouracilo tem sido, recentemente, associada a síndromes de hipersensibilidade manifestados sob a forma de vasculites de pequenos vasos positivas para p-ANCA's, que podem envolver vários órgãos.

Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 54 anos, medicada há 8 anos com propiltiouracilo por hipertireoidismo, que desenvolveu uma vasculite p-ANCA positiva. A vasculite caracterizou-se clinicamente por febre, anorexia, perda de peso superior 10% do peso corporal, poliartralgias distais e bilaterais e lesões cutâneas purpúricas. Analiticamente encontrou-se uma anemia normocítica, velocidade de sedimentação elevada e sedimento urinário nefrítico.

A doente respondeu bem à terapêutica com corticóides e suspensão do propiltiouracilo.

A Vasculite Secundária a Propiltiouracilo é uma situação rara, mas com número crescente de descrições na literatura.

## P50

### ARTRITE REUMATÓIDE E ANTI-TNF ALFA – A NOSSA EXPERIÊNCIA.

A. Barcelos, I. Cunha, A. Braña, M. Rial, M. Alexandre, C. Silva, M. J. Salvador, L. Inês, D. Nour, P. Reis, J. A. P. da Silva, A. Malcata, A. Porto.

Sector de Reumatologia do Serviço de Medicina III e Reumatologia. HUC.

**OBJECTIVOS:** Avaliar a eficácia e segurança dos anti-TNF alfa, quando combinados com metotrexato, em doentes com Artrite Reumatóide, numa perspectiva de prática corrente.

**MÉTODOS:** Estudo aberto, incluindo vinte e oito doentes com Artrite Reumatóide refractária a outros DMARD's. Os nossos critérios de indicação para anti-TNF exigem ausência de resposta satisfatória a DMARDs em dose elevada, incluindo MTX  $\geq$  15 mg/sem ou intolerância a estas doses.

Dezoito doentes receberam Infiximab (3mg/kg/ev; às semanas 0,2,6, e depois de 8:8 semanas). Dez doentes foram medicados com Etanercept (25 mg/2  $\times$  sem/sc). Todos os doentes foram submetidos a avaliação clínica prospectiva e protocolizada com os intervalos acima indicados

para o Infiximab (rigidez matinal, avaliação global pelo doente e pelo médico, classe funcional, nº de articulações tumefactas e dolorosas, HAQ) e laboratorial (PCR, VS,...)

**RESULTADOS:** Logo após a primeira administração verificou-se uma marcada melhoria da sintomatologia clínica e bem-estar do doente, acompanhados de diminuição da PCR e da VS. A rigidez matinal, o número de articulações tumefactas e dolorosas diminuíram significativamente mas de forma mais lenta. O HAQ apresentou melhoria progressiva.

Quatro doentes abandonaram o tratamento (duas o Infiximab e duas o Etanercept): uma por dificuldades de adesão ao protocolo e as outras três por intercorrências infecciosas (pneumonia, pielonefrite e tuberculose pleural).

**CONCLUSÕES:** A nossa experiência confirma os resultados de investigação que apontam a associação de anti-TNF alfa com Metotrexato como segura e eficaz na maioria dos doentes com Artrite Reumatóide. A melhoria subjectiva parece ser algo superior ao explicado pelos dados objectivos. Em alguns doentes pode ser necessário o recurso a doses mais elevadas de Infiximab, ou intervalos mais curtos. O risco de complicações infecciosas merece estudo prévio apropriado e vigilância rigorosa. O elevado custo destas terapêuticas impõe o estabelecimento de critérios rigorosos de indicação, com exploração razoável das diferentes modalidades clássicas.

## P51

### AValiação Psicológica numa População de Doentes com LES.

M. Alexandre, P. Reis, J. Alexandre, R. Melo, A. Malcata, A. Porto.

Serviço de Medicina III e Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra e Gabinete de Psicologia Social e das Organizações – ISCTE Lisboa.

**INTRODUÇÃO:** Os doentes com lúpus eritematoso sistémico (LES) apresentam com frequência manifestações de ansiedade e de depressão que, por interferirem com a expressão dos sintomas, tornam muitas vezes difícil o seu seguimento. Por outro lado, admite-se que a gravidade da doença e as suas consequências físicas sejam dos principais determinantes do aparecimento das manifestações psiquiátricas acima referidas.

**OBJECTIVOS:** avaliar a prevalência de alterações psiquiátricas (ansiedade e depressão) numa população de doentes com LES. Acessoriamente, avaliar se a ocorrência e gravidade deste tipo de alterações psiquiátricas se correlacionam com a gravidade do LES.

**MATERIAL E MÉTODOS:** 30 mulheres;  $38,0 \pm 11,7$  anos idade (20-60); tempo médio de doença =  $104,0 \pm 77,6$  meses (23-312). Foi feita avaliação clínica e laboratorial do LES (actividade e dano) e avaliação psicológica, por psicóloga usando as escalas de Zung, BDI e SCL-90.

**RESULTADOS:** nesta população o SLEDAI era  $8,6 \pm 5,5$  (2,0-21,0), identificaram-se manifestações cutâneas em 86,7%, articulares em 96,7%, hematológicas em 66,7% e das serosas em 26,7%. Nenhuma doente tinha compromisso renal ou do sistema nervoso central por critérios clínicos ou laboratoriais. A avaliação psicológica identificou manifestações de ansiedade em 43,3% das doentes pela escala de Zung (acima da média para a ansiedade estado). Em 40,2% das doentes existia sintomatologia depressiva: 26,7% com disforia isolada, 6,7% com estado depressivo leve e 6,7% com depressão moderada (escala BDI). Em 33,3% das doentes havia co-morbilidade (sintomatologia depressiva e ansiogénica). A avaliação pelo SCL-90 revelou um índice geral de sintomatologia (GSI) de 1,14 (elevado), sendo as escalas de somatização e de obsessão-compulsão as que evidenciaram valores mais elevados. Não se identificaram correlações com significado estatístico entre os valores das escalas psicológicas usadas e a gravidade da doença, tempo de evolução do LES ou terapêuticas realizadas.

**CONCLUSÃO:** nesta população de doentes com LES sem compromisso de órgão *major*, a prevalência de alterações psicológicas (depressão e ansiedade estado) é maior do que o esperado. Nesta população, não se identificou correlação entre a expressão clínica ou a gravidade do LES e a intensidade das alterações psicológicas estudadas.

## P52

### MINERAL ÓSSEO E VELOCIDADE DE CONDUÇÃO DO SOM DO RÁDIO MÉDIO NÃO DOMINANTE DE HOMENS IDOSOS DE ACORDO COM A MASSA E A FORÇA MUSCULARES.

F. Baptista<sup>1</sup>, H. Pereira<sup>1</sup>, E. Carnero<sup>1</sup>, L. Sardinha<sup>1</sup>, J. Branco<sup>2</sup>, A. Alves de Matos<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Laboratório de Exercício e Saúde da Faculdade de Mo-

tricidade Humana.

<sup>2</sup> Serviço de Reumatologia do Hospital Egas Moniz.

A resistência do osso à fractura depende de propriedades materiais (mineralização e elasticidade) e estruturais (macro e micro-arquitetura). Estas propriedades encontram-se sob a influência de factores genéticos, hormonais, nutricionais e mecânicos. A massa e a força musculares são expressões de factores mecânicos cujos efeitos nas propriedades materiais e estruturais do osso se encontram documentados em estudos com atletas jovens. O objectivo deste estudo foi analisar as relações existentes entre a massa e a força musculares e indicadores da resistência óssea à fractura, nomeadamente, o mineral ósseo (como medida das propriedades materiais) e a velocidade de condução do som (como medida das propriedades materiais e estruturais) no rádio médio de homens idosos (N= 42, idade mínima 65 anos). A massa muscular do membro superior não dominante foi estimada de acordo com *Heymsfield et al. (1990)*, a partir de um exame de corpo inteiro através de DXA (QDR 1500). A massa óssea do rádio médio foi obtida através de uma densitometria ao rádio (QDR 1500). A velocidade do som do mesmo local ósseo foi avaliada com o ultrassom *Sunlight Omnisense*. A força muscular dos membros superiores foi avaliada através do método de uma repetição máxima (1 RM) para a flexão (*Technogym*) e de um dinamómetro para a preensão (*Jamar*). O coeficiente de correlação de Bravais-Pearson revelou uma associação positiva entre a massa muscular do membro superior não dominante tanto com a força de preensão ( $r=0,56$   $p<0,01$ ) como com a de flexão ( $r=0,59$   $p<0,01$ ). Não foi observada nenhuma correlação entre as medidas da massa e da força musculares e os indicadores da resistência óssea, nem entre a velocidade do som e o mineral ósseo. Quando a amostra foi dividida em três grupos, de acordo com a quantidade de massa muscular, o teste T para amostras independentes revelou que o 1º tercil (1,97 kg de massa muscular) apresentou menos 13% de densidade óssea ao nível do rádio médio comparativamente ao 3º tercil (2,97 kg de massa muscular) ( $p=0,001$ ). Estas diferenças não foram observadas quando se utilizou como variáveis dependentes a velocidade de condução do som ou o conteúdo mineral do rádio médio corrigido para a respectiva área óssea e para a altura

dos sujeitos. Esta observação sugere que em idosos não atletas as relações entre factores mecânicos como a massa muscular do membro superior e a densidade óssea do rádio médio não são lineares e que tanto a massa muscular como a quantidade de mineral ósseo medida através de DXA se encontram fortemente dependentes da altura.

## P53

### PLASMAFERESE ASSOCIADA A CORTICOSTERÓIDES NO LES – CASO CLÍNICO.

L. Maurício<sup>1</sup>, J. Esteves<sup>2</sup>, G. Figueiredo<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Unidade de Reumatologia do Hospital do Divino Espírito Santo.

<sup>2</sup> Serviço de Nefrologia do Hospital do Divino Espírito Santo.

Doente do sexo feminino, 36 anos, com diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) desde os 34 anos de idade, medicada com Azatioprina – 100 mg/dia e 10 mg de Prednisona/dia.

Em Fevereiro de 2001 é internada por agitação psicomotora grave e pancitopénia: 1 100 GB (80,6% Neutrófilos; 3,6% Linfócitos); GV= 2,86×10<sup>6</sup> e6 uL; Hb=8,2 g/dl; Plaquetas – 91×10<sup>3</sup> uL. Velocidade de Sedimentação – 80 mm/1<sup>a</sup>. Hora; PCR – 0,1. Efectuou Punção Lombar que foi normal e pesquisa no Líquor de ANA's – 1:320 de

padrão finamente granular – e Anti DNAds – 278,35 UI/ml. Os factores de complemento encontravam-se significativamente diminuídos.

Oito dias após o internamento apresenta deterioração da função renal, pelo que efectua pulso de ciclofosfamida – 750 mg e.v. Apesar da terapêutica imunossupressora, que determinou um agravamento da leucopénia, entra em falência renal, com edema agudo do pulmão, febre alta – 39,5° C- necessitando de ventilação assistida. AVS era de 140 mm/1<sup>a</sup>. Hora; a PCR de 0,7 e os factores de complemento C3 e C4 significativamente baixos.

A doente foi então sujeita a pulsos de Metilprednisolona associados a Plasmaferese (cinco sessões), com recuperação clínica progressiva e normalização dos valores laboratoriais – Hemograma, Função Renal e VS.

A associação de Plasmaferese a pulsos de Metilprednisolona revelou-se a forma mais eficaz de ultrapassar uma agudização do LES em doente com pancitopenia grave.

Actualmente a doente encontra-se estável, efectuando 4 mg/kg/peso/dia de Ciclosporina e 10 mg de Prednisona/dia.

#### AUTORES DO POSTER

Luis Maurício Santos

Rua Monsenhor Almeida Maia nº 2, 3º Direito

9500 Ponta Delgada

Telefone: 917 283 281

e-mail: luismauriciosantos@hotmail.com





**SIMPÓSIOS  
SATÉLITES**



SIMPÓSIOS SATÉLITES

• **Simpósio Satélite AMGEN**

**UMA NOVA ABORDAGEM NO TRATAMENTO DA ARTRITE REUMATÓIDE**

Prelectores:

Prof. José Maria Alvaro-Gracia (Madrid - Espanha)  
Dra. Andrea Rubbert (Colónia - Alemanha)

**Temas:**

- O papel da IL-1 na Artrite Reumatóide
- Anakinra uma nova terapia
- Experiência clínica - a perspectiva do doente

• **Simpósio Satélite Aventis**

**Presidente:**

Dr. José Carlos Romeu

**Moderador:**

Dr. Eugénia Simões

**IMPACTO E DIAGNÓSTICO DA OSTEOPOROSE**

Dr. Canas da Silva

**DETERMINANTES DA EFICÁCIA ANTI-FRACTURÁRIA NO TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE: EFEITO DO RISEDRONATO NA MICROARQUITECTURA ÓSSEA**

Prof. Jaime Branco

**RISEDRONATO: PREVENÇÃO RÁPIDA DAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS**

Dr<sup>a</sup> Iva Brito

**Perfil de Segurança e Tolerância do Risedronato**

Dr. Rui Leitão

• **Simpósio Satélite MSD**

**SIMPÓSIO VIOXX:**

Tema do Simpósio Vioxx:

**CONTROVÉRSIAS NO TRATAMENTO DA DOENÇA OSTEOARTICULAR**

Prof. Pereira da Silva  
Reumatologista – Coimbra  
Dr. José Soares  
Gastrenterologista – Porto  
Dr. Rui Nogueira  
Clínico Geral – Coimbra

**Simpósio Fosamax:**

Título do Simpósio Fosamax:

**A REVOLUÇÃO NO TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE**

Moderador: Dr. Aroso Dias.

Reumatologista - H. São João

Dr. Paulo Reis.

Reumatologista - H. Universidade Coimbra

**DO DIAGNÓSTICO DA OSTEOPOROSE À MONITORIZAÇÃO DA TERAPÊUTICA**

Dr. Melo Gomes

Reumatologista - I.P.R.

**UM NOVO CONCEITO NO TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE**

• **Simpósio Satélite PST**

**SIMPÓSIO PULSE SIGNAL THERAPY - PST®**

Dia 22 de Março – 18H00 / 19H30

C. Andrew L. Bassett

Professor Emeritus of Orthopaedic Surgery, Columbia Faculty, USA

Inserido no XI Congresso Português de Reumatologia.

Organizado pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia. (Lisboa, Pavilhão Atlântico 20-23 de Março de 2002).

Before the next century is out of its infancy, physics will be as important in the treatment of diseases as pharmacology and biotechnology are today... The future holds exciting and rewarding

prospects for those... who use their diverse knowledge and skills a steams to forge the principles for a new era of medical therapist. Without interdisciplinary effort, however, success will be elusive...Herein lies our challenge.

### Presentation outline

#### **PST: BRIDGING THE GAP BETWEEN BIOPHYSICS AND MEDICINE**

- Bio-electromagnetic Therapy Research (Bassett, Liboff).
- In Vitro Biophysics and Biochemical Investigations (provide a solid foundation for future clinical applications and subsequent findings).
- The Underlying Scientific Research and Scientific Board (historical evolution of the Scientific Research and Scientists involved)

#### **BASIC SCIENTIFIC ASPECTS OF PST**

- Mechanisms of Action of Pulsed Signal Therapy
- Cell Response to PEMF – Pulsed Electromagnetic Fields
- Clinical Studies (Research summary of the most outstanding double-blind independent studies, also a reference to publications)
- Medical Applications, Evaluation of Pain and Difficulties with Most Daily Activities (ADL)
- Comparison with standard Magnetic Field Therapy
- Chapter 57 of the Pain Management - A Practical Guide for Clinicians (American Academy of Pain Management)

#### **NEW MEDICAL APPLICATIONS AND ADDITIONAL INDICATIONS**

- Tinnitus
- TMJ Disorder and Dental Applications
- Osteoporosis
- Diabetic Neuropathy
- Carpal Tunnel Syndrome

#### **THE PST® WORLD**

- Our Scientific Advisory Board (SAB)
- Our Product Differentiation Statement
- Our Qualified Scientists, Physicians and a host of Health Care Professionals
- Our Clinics (countries and centers)

#### **SPEAKERS**

**Richard Markoll, MD PhD**

Biophysicist and Medical Doctor with Rheumatology training under Prof. A.J.

Bollet, Yale University and Johns Hopkins University Hospital. PST® Inventor

**Doctor Med. Knut Pfeiffer**

Internist, Medical Director and Research Associate  
Institute for Innovative Medicine - Munich

**Prof. Dr. med. Michael Faensen**

Director of Surgery, Reconstructive Surgery and Traumatology at the Auguste-Viktoria-Hospital in Berlin.

Board Certified in Surgery, Traumatology and Reconstructive Surgery



**LIÇÃO DE  
ENCERRAMENTO**



LIÇÃO DE ENCERRAMENTO

**DÉCADA DO OSSO E DA ARTICULAÇÃO**

Prof. Lopes Vaz.

Hospital de S. João e Faculdade de Medicina. Porto.

*Não foi recebido resumo.*





**CURSO  
LIVRE**



CURSO LIVRE

• **1º Curso Livre: «Estudo do Líquido Sinovial»**

**Organização:**

Unidade de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz.  
Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

**Local**

Hospital Egas Moniz. Laboratório de Micrucirurgia.

**Direcção**

Prof. Jaime C. Branco, Dr. J. M. Bravo Pimentão

**Coordenação**

Dr. J. M. Bravo Pimentão

**1ª Edição:** 20 de Março de 2002  
(das 9h00 às 15h30)

**2ª Edição:** 23 de Março de 2002  
(das 13h30 às 19h30)

**Colaboração:**

Labocontrole, Lilly

• **Programa**

**INTRODUÇÃO**

Dr. José Bravo Pimentão

**INTERESSE DIAGNÓSTICO**

Prof. Jaime Branco

**MICROSCÓPIO ÓPTICO E DE LUZ POLARIZADA**

Dr. Herberto de Jesus

**EXAME CITOLÓGICO E COLORAÇÕES**

Dra. Helena Canhão

**CRISTAIS E SUAS CARACTERÍSTICAS**

Dra. Patrícia Nero

**FOTOGRAFIA DIGITAL**

Dr. Miguel Mendes (Labocontrole)

**Almoço/Jantar**

**INTRODUÇÃO**

J.M. Bravo Pimentão

Após nos termos dedicado, desde há vários anos, ao estudo do Líquido Sinovial, de reconhecermos o seu indiscutível interesse diagnóstico e contribuído na formação de internos e especialistas nesta área do conhecimento articular, pensámos ser altura de organizarmos e coordenarmos o 1º Curso Livre sobre a observação e a interpretação dos constituintes do líquido sinovial, tendo em vista alcançarmos um diagnóstico que poderá ser feito logo da primeira consulta e deste modo instituímos o tratamento adequado mais precocemente.

Temos o apoio científico da Sociedade Portuguesa de Reumatologia e não poderia haver melhor data para a realização deste 1º Curso Livre, que irá decorrer por altura do XI Congresso Português de Reumatologia, o maior evento científico da nossa comunidade reumatológica.

Os docentes que irão dar o seu contributo, apoiando quer na teoria quer na prática os participantes no curso, são colegas que de uma forma ou de outra se têm vindo a interessar pelo estudo do líquido articular. Pensamos que novos caminhos se poderão abrir na área das artropatias microcristalinas e temos, presentemente, uma nossa interna a realizar um estágio num dos laboratórios europeus mais prestigiados e dedicado à investigação básica no âmbito destas artropatias por deposição de cristais.

Para a realização deste curso contamos também com o apoio da Labocontrole, que irá colocar à disposição dos participantes vários microscópios e uma comunicação sobre fotografia digital, na pessoa de um dos seus directores. Todos os docentes organizaram os seus textos de apoio, que permitirão aos participantes acompanhar os trabalhos de uma forma mais sistematizada.

A indústria farmacêutica é quase sempre indispensável na colaboração logística destes eventos e

uma vez mais a Lilly Farma vem aqui dar-nos o seu contributo.

A Direcção do Hospital de Egas Moniz prontificou-se a dar a sua colaboração, desde a primeira hora, cedendo as instalações onde irá decorrer o curso.

Dependendo da forma como decorrer este 1º Curso Livre, assim pensaremos na realização do 2º Curso Livre: Estudo do Líquido Sinovial.

#### **ESTUDO DO LÍQUIDO SINOVIAL. INTERESSE DIAGNÓSTICO.**

J. C. Branco

Unidade de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz e Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

O líquido sinovial (LS) é um transudado produzido por linfócitos B, com função de lubrificante local e de meio de nutrição da cartilagem articular.

Normalmente a pequena quantidade de LS existente nas articulações e bolsas serosas não permite a sua colheita, contudo um pequeno aumento do seu volume torna possível a sua aspiração para análise.

Um dos objectivos primários da análise do LS é a sua diferenciação em não inflamatório, inflamatório, séptico ou hemorrágico. Esta distinção consegue fazer-se com pequenas quantidades (poucas gotas) de LS, de resto como acontece com a pesquisa de cristais.

O estudo do LS é essencial para o diagnóstico das artrites sépticas e microcristalinas e oferece ainda o diagnóstico diferencial entre artropatias degenerativas e inflamatórias.

Não substituindo uma anamnese e uma observação cuidadosas do doente, o exame do LS é uma técnica laboratorial que se deve considerar como uma extensão do exame objectivo e portanto essencial para uma correcta prática clínica reumatológica.

As indicações para realizar uma artrocentese ou aspiração de LS em outra localização (p. ex. bolsa serosa) são: 1) suspeita de artrite infecciosa ou microcristalina; 2) monoartrite aguda ou crónica com derrame; 3) derrame articular ou de bolsa após traumatismo; 4) exacerbação inexplicável de poliartrite já existente; 5) interesse científico.

O estudo do LS tem interesse para: 1) Diagnóstico – a) DD entre doença articular inflamatória/não inflamatória/hemorrágica; b) DD de

artropatias raras; c) reconhecimento da existência de 2 ou mais tipos de artropatia simultâneos; d) informação acerca da intensidade e da qualidade do processo inflamatório; 2) Evolução e resposta ao tratamento – a) indicações sobre a progressão da doença; b) informação sobre o efeito do tratamento; 3) Investigação – a) mecanismos de lesão articular; b) lesão da cartilagem.

Embora se possam executar estudos mais complexos (p. ex. citoquímicos, imunológicos), na prática realizam-se quatro tipos de teste do LS: 1) análise macroscópica; 2) exame citológico; 3) pesquisa de microcristais; 4) exame bacteriológico.

A análise macroscópica do LS é fácil, realiza-se imediatamente e pode ser de grande utilidade para o diagnóstico e sobretudo para decidir que outros estudos se devem realizar posteriormente. Este exame comporta a observação do volume, da viscosidade e do aspecto que inclui o estudo da cor e da transparência.

O volume do derrame intra-articular pode ajudar a avaliar a gravidade de uma artropatia, embora um pequeno volume não elimine a presença de uma afecção articular grave. O LS pode ser difícil de aspirar devido à existência de elementos não solúveis (p. ex. fibrina, corpos riziformes, resíduos de cartilagem) e à ocorrência de septação intra-articular com criação de locas.

A viscosidade pode ser apreciada de forma grosseira através da queda (em fio ou em gota) de uma seringa ou da manipulação de várias gotas entre o 1º e o 2º dedos (com luvas). O LS mecânico é viscoso enquanto o LS inflamatório é mais fluido devido à diminuição da concentração de ácido hialurónico.

O aspecto do LS pode ser classificado de várias formas mas em geral divide-se em 8 categorias: 1) transparente ou «não-inflamatório»; 2) turvo ou inflamatório; 3) purulento; 4) hemorrágico; 5) quiloso ou gordo; 6) esbranquiçado; 7) cinzento ou escuro; 8) com partículas (p. ex. corpos riziformes).

#### **MICROSCÓPIO ÓPTICO E DE LUZ POLARIZADA**

Herberto Jesus

Assistente Hospitalar de Reumatologia do Centro Hospitalar do Funchal

**INTRODUÇÃO:** A observação da morfologia celular e dos microcristais no líquido sinovial permite o diagnóstico de múltiplas patologias do foro

reumatológico. A análise celular é efectuada através do microscópio óptico biológico, enquanto que os microcristais são identificados com microscopia de polarização.

### Luz e as suas propriedades ópticas

A luz é uma forma de radiação electromagnética. A polarização da luz pode ser obtida através de: 1) birrefringência; 2) dicroísmo; 3) reflexão em superfícies planas.

**Na luz natural há uma infinidade de raios polarizados em todos os azímutes em torno da direcção de propagação  $v$  (o vector luminoso gira com grande velocidade em torno da direcção de propagação), ou seja a luz transmite-se segundo vários eixos ópticos. Na luz polarizada o vector representativo da variável luminosa encontra-se sempre num mesmo plano (plano de vibração).**

O cristal dicróico (polarizador) permite a passagem de luz ou não de acordo com o ângulo formado entre o seu eixo eléctrico e o eixo óptico de um determinado cristal.

A birrefringência é uma característica óptica que define-se como a diferença entre o valor máximo e mínimo para o índice de refração de um cristal. Esta determinação pode ser efectuada ao adaptar um compensador a um microscópio de luz polarizada.

O compensador é uma lente birrefringente, cuja orientação do seu raio («*slow-ray orientation*») está referenciada no microscópio. A orientação do compensador (eixo fixo) e o eixo maior do cristal são essenciais para a definição da elongação positiva ou negativa do cristal.

O material que apresenta a propriedade de birrefringência caracteriza-se por ter um ou mais eixos de transmissão preferencial de luz (eixos ópticos). Quando um segundo polarizador (analisador) é colocado a 90 graus do primeiro polarizador, a transmissão de luz é bloqueada e o campo de observação fica escuro. Se o material birrefringente é colocado entre esses dois polarizadores, a luz é deflectida em dois raios vibratórios (lento e rápido) com ângulos diferentes. Os planos vibratórios desses dois raios são perpendiculares entre si, mas nenhum é paralelo ao raio original da luz polarizada plana. Se o material é birrefringente os cristais são brilhantes no campo escuro. Por sua vez, quando se interpõe o compensador, este elimina o verde e o campo adquire uma coloração rosa. Se o raio lento do cristal birrefringente é paralelo ao raio lento do compensador, este

facto origina um valor de comprimento de onda de 700nm e o microcristal surge com a coloração azul (elongação positiva). Se o mesmo cristal é rodado 90 graus fazendo com que o raio rápido seja paralelo ao raio lento do compensador, este adquire a cor amarela (elongação negativa).

Assim, se o cristal X é amarelo quando está paralelo ao compensador dizemos que tem birrefringência com elongação negativa. Se o cristal X é azul quando está paralelo ao eixo dizemos que tem birrefringência com elongação positiva. A definição de «fortemente» birrefringente resulta da maior luminosidade do cristal.

Por exemplo, nos cristais de monurato de sódio o raio rápido encontra-se no eixo mais longo do cristal, que fica com coloração amarela quando o eixo do cristal é paralelo ao raio lento do compensador, assim dizemos que este cristal tem sinal óptico ou birrefringência negativa. Os cristais de pirofosfato de cálcio tem o seu raio lento no eixo longo do cristal, assim quando paralelos ao eixo de vibração lenta do compensador, aparecem com coloração azul.

### Microscópios ópticos

Os microscópios ópticos classificam-se em: 1) óptico biológico; 2) luz polarizada «simples» (sem compensador); 3) polarização (com compensador). O microscópio óptico biológico permite efectuar a contagem celular leucocitária total e diferencial, assim como a observação da morfologia celular.

O microscópio de polarização é fundamental para a análise de microcristais, no entanto o microscópio de luz polarizada pode ser adaptado para esse fim, obtendo dessa forma resultados analíticos aceitáveis.

A observação em microscopia de polarização da morfologia e da propriedade de birrefringência permite identificar os microcristais. No entanto a confirmação diagnóstica «exacta» dos cristais só pode ser obtida por difracção dos raios X. Esta é essencial para identificar os cristais de hidroxipatite, pois em microscopia de polarização apenas podemos afirmar que os microcristais que coram com vermelho de alizarina S são cristais que contêm cálcio.

### Microscópio de polarização

O microscópio de polarização efectua a polarização da luz ordinária através de um conjunto complexo de estruturas: 1) o polarizador (transforma a

luz natural em polarizada) colocado entre a fonte luminosa e o compensador; 2) o analisador (determina se a luz está polarizada e qual a posição em que apresenta o máximo de intensidade) inserido entre a ocular e o compensador; 3) o compensador («*first-order red compensator*» - com comprimento de onda de 540nm) encontra-se entre o analisador e o polarizador.

Afim de permitir a detecção de elongação positiva ou negativa, a platina circular onde se instala a lâmina deve permitir a rotação a 360 graus; o que é possível com a adaptação de uma placa rotativa («*attachable mechanical stage*») onde se fixa a lâmina através de dois clips («*clamp screw*»). As lentes das objectivas aconselhadas são: 10×, 20×, 40× e 100×.

Se não dispusermos de um microscópio de polarização podemos tentar obviar este facto:

Microscópio óptico biológico - neste caso podemos colocar: 1) o **polarizador** (material polarizante quadrado) entre a fonte de luz e o condensador; 2) o **analisador** (filtro polarizador redondo) entre a objectiva e as oculares; 3) Colocar duas folhas de papel celofane («compensador») sobre o polarizador e acima da fonte de luz; 4) rodar o «compensador» até o campo ficar rosa ou de cor púrpura. Embora estas adaptações definam com maior clareza os microcristais observados, não permitem a sua classificação correcta.

#### Referências Bibliográficas:

- H. Ralph Schumacher Jr., Antonio J. Reginato. In Atlas of Synovial Fluid Analysis and Crystal Identification. Ed H. Ralph Schumacher Jr. Lea & Febiger. Philadelphia, 1991.
- John W. Vester, Richard S. Newrock. How The Red-I Compensator Works. Resident & Staff Physician. September 1980:76-82 (University of Cincinnati College of Medicine)
- Synovial Fluid Analysis Manual. Arthritis-Immunology Center. Veterans Affairs Medical Center (VAMC), Philadelphia.

#### EXAME CITOLÓGICO E COLORAÇÕES

Helena Canhão

O estudo do líquido sinovial, como já foi anteriormente abordado, pode ser um exame fundamental no diagnóstico diferencial das doenças reumáticas. Nesta comunicação iremos desenvolver os aspectos relacionados com o exame citológico

do líquido e as colorações habitualmente utilizadas.

Quando se procede a uma artrocentese, o objectivo pode ser predominantemente diagnóstico, terapêutico ou ambos. Muitas vezes o clínico colhe o líquido e envia-o para exame bacteriológico mas esquece-se da importância do exame citológico, bioquímico e da pesquisa de cristais. Todos os Serviços ou Unidades de Reumatologia, deveriam estar apetrechados com um microscópio próprio que permitisse a observação imediata do líquido sinovial.

O estudo do líquido começa com a observação macroscópica, que permite caracterizar a cor, o aspecto, o volume e a viscosidade. O líquido sinovial normal é de cor amarelo citrino. Líquidos inflamatórios podem adquirir diferentes tons de amarelo, consoante o grau de inflamação, e no caso de líquidos sépticos o seu aspecto é mais frequentemente turvo. O líquido também pode ser hemorrágico, ou porque a punção foi traumática, ou porque a causa da hidrartrose foi um traumatismo do qual resultou uma hemartrose, ou porque a patologia de base cursa com líquido hemático como por exemplo no caso da hemofilia, terapêutica com anticoagulante, neoplasia ou metástases e sinovite nodular pigmentada. Habitualmente no caso de fracturas ósseas acompanhadas de hemartrose, o líquido além de hemorrágico, contém abundantes gotículas de gordura visíveis macroscopicamente. A viscosidade habitualmente está mantida nos processos não inflamatórios, diminuída nos líquidos sépticos e aumentada no hipotiroidismo, amiloidose e por vezes no lupus eritematosos sistémico. No entanto a avaliação da viscosidade não representa um auxiliar de diagnóstico tão importante como os outros descritos.

A observação microscópica realizada a fresco pode utilizar luz ordinária ou luz polarizada. A luz polarizada é útil para a identificação de cristais que serão objecto da comunicação seguinte.

O exame citológico do líquido permite a observação do número de glóbulos brancos totais, existência ou não de eritrócitos, células com corpos de inclusão, detritos celulares, células sinoviais, células de Reiter e fibrina. A contagem diferencial dos leucócitos é facilitada pela utilização da coloração de Wright ou pelo *TestSimplet*. Outras colorações como o vermelho de alizarina, vermelho de congo ou o sudão preto podem ser úteis nalgumas ocasiões.

A determinação do número total de leucócitos e a sua contagem diferencial é um dos exames mais úteis na avaliação do líquido sinovial, pois é um indicador do grau de inflamação articular. O líquido sinovial normal é habitualmente constituído por menos de 200 céls/mm<sup>3</sup>. O líquido associado a patologia não inflamatória, como por exemplo a osteoartrose, habitualmente contém menos de 2000 céls/mm<sup>3</sup> e é considerado «mecânico». Os líquidos moderadamente inflamatórios apresentam cerca de 10 000 céls/mm<sup>3</sup>, enquanto os líquidos sépticos podem conter mais de 50.000 céls/mm<sup>3</sup>. Algumas patologias não infecciosas como artropatias microcristalinas, espondilartropatias e artrite reumatóide com um componente inflamatório muito marcado, podem cursar com um líquido pseudo-séptico, ou seja, com um aspecto turvo e um elevado número de células, mas estéreis. A contagem celular é efectuada mais facilmente se for utilizado o método de Buerker em que se contam as células existentes em quadrículas com 0,1mm de dimensão.

As colorações habitualmente mais utilizadas são as que permitem efectuar a identificação diferencial dos glóbulos brancos, como a coloração de Wright ou o *TestSimplet*. A coloração com o vermelho de alizarina é também muito útil, porque permite a identificação de agregados de cristais de apatite, que são responsáveis por patologia peri e intra-articular.

## OS CRISTAIS E AS SUAS CARACTERÍSTICAS

Patrícia Nero

Unidade de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz.

Um cristal é um sólido homogéneo, constituído por iões ou moléculas intimamente ligados entre si e que se repetem de um modo ordenado e simétrico. Cresce pela associação de novas moléculas à sua superfície, resultando formas geométricas que reflectem a sua simetria interna. Esta organização confere-lhe algumas propriedades específicas, nomeadamente: rigidez e elevada densidade; estabilidade; superfície atómica regular; elevado índice de refração e birrefringência óptica; previsível difracção de raios X (que pode permitir a determinação precisa da sua estrutura).

Os cristais e os materiais cristalinos são bioprodutos essenciais em todos os seres vivos. A sua dureza e estabilidade tornam-os ideais para a constituição de exo e endo esqueletos, mas tam-

bém têm outras funções, como por exemplo a remoção de iões em excesso, que se ligam à sua superfície.

A designação «doença por deposição de cristais» é usada quando surgem alterações patológicas no contexto da formação de um cristal num tecido normal onde este habitualmente não se encontra.

Os primeiros cristais a serem associados a uma artropatia foram os de monourato de sódio, identificados pela primeira vez num tofo gotoso em 1679 por van Leeuwenhoek. Em 1961 McCarty e Hollander usaram o microscópio de luz polarizada para identificarem estes cristais no líquido sinovial e posteriormente confirmou-se que a injeção de cristais de monourato de sódio na articulação provoca inflamação aguda. Em 1962 McCarty identificou cristais de pirofosfato de cálcio no líquido sinovial obtido de joelhos de doentes com sinovite aguda e em 1967 Dieppe identificou cristais de hidroxiapatite em líquido sinovial obtido de joelhos de doentes com osteoartrose, sugerindo que estes podem ser responsáveis pelas crises inflamatórias que surgem no decorrer desta patologia. Nas últimas décadas vários cristais têm sido identificados em tecidos articulares e periarticulares, mas a maioria são consequência de doença e não a sua causa.

Os cristais podem ser identificados de acordo com a sua morfologia, propriedades ópticas, composição química e estrutura física.

Os cristais de **monourato de sódio** podem ser intracelulares, extracelulares ou ambos. Têm habitualmente a forma de agulha e as suas dimensões variam entre 1 e 30mm de comprimento, sendo maiores nos tofos do que no líquido sinovial. Observados no microscópio de luz polarizada são fortemente birrefringentes, isto é, aparecem muito brilhantes sobre um fundo negro. Quando colocamos o compensador, que confere ao campo uma cor vermelho rosado, os cristais têm uma elongação negativa, isto é, têm uma cor amarela quando estão paralelos ao eixo do compensador e azul quando estão perpendiculares ao mesmo eixo.

Os cristais de **pirofosfato de cálcio** são pleomórficos, mais tipicamente são rombóides mas também podem ser em forma de agulha ou de pequenos quadrados. Têm dimensões variáveis entre 2 e 40mm, são birrefringentes sob luz polarizada embora a intensidade possa ser variável e de elongação positiva, isto é, são azuis quan-

do paralelos ao eixo do compensador e amarelos quando perpendiculares.

Os cristais de **hidroxiapatite** são habitualmente mais pequenos do que os de monourato de sódio e pirofosfato de cálcio e podem não ser identificados no microscópio óptico. Surgem habitualmente agregados em mórulas e não são birrefringentes. São identificados apenas por microscopia electrónica, mas quando suspeitamos da sua presença coramos o líquido sinovial com o vermelho de alizarina e os agregados em forma de mórula coram intensamente de vermelho.

Os cristais descritos são os mais frequentemente identificados na prática clínica diária. No entanto outros cristais podem ser identificados no exame do líquido sinovial, nomeadamente de:

- **oxalato de cálcio**: habitualmente de forma bipiramidal, dimensões entre 5 e 30mm, fortemente birrefringentes com elongação positiva, mas alguns não são birrefringentes; a maioria cora de vermelho com o vermelho de alizarina (dada a presença de cálcio na sua composição);

- **lípidos**: os de colesterol têm habitualmente grandes dimensões, entre 8 e 100mm, formam placas rectangulares sobrepostas, fortemente birrefringentes e de elongação positiva ou negativa;

os cristais líquidos de lípidos, em forma de microesferas, entre 2 e 8mm de diâmetro, fortemente birrefringentes e de elongação positiva, têm aspecto em Cruz de Malta, conferido pela dupla birrefringência;

- **corticóide**: de formas variáveis e dimensões entre 1 e 60mm, fortemente birrefringentes com elongação quer positiva quer negativa;

- **hematoidina**: provêm da degradação da hemoglobina em hematomas. São de forma rombóide, medem entre 8 e 10mm, têm uma cor acastanhada quando visualizados no microscópio, são fortemente birrefringentes e podem ter elongação positiva ou negativa.

- **imunoglobulinas**: são cristais de grandes dimensões (3-60mm), pleomórficos, embora habitualmente hexagonais, poligonais ou em forma de diamante podem também ser rectangulares, quadrados, rombóides ou em forma de agulha. A sua birrefringência é variável e a elongação pode ser positiva ou negativa.

A observação do líquido sinovial no microscópio de luz polarizada é uma extensão do exame objectivo reumatológico e apenas algumas gotas permitem fazer um diagnóstico definitivo, nomeadamente no caso das artropatias microcristalinas.