

Dezembro 1985



ACTA

REUMATOLÓGICA

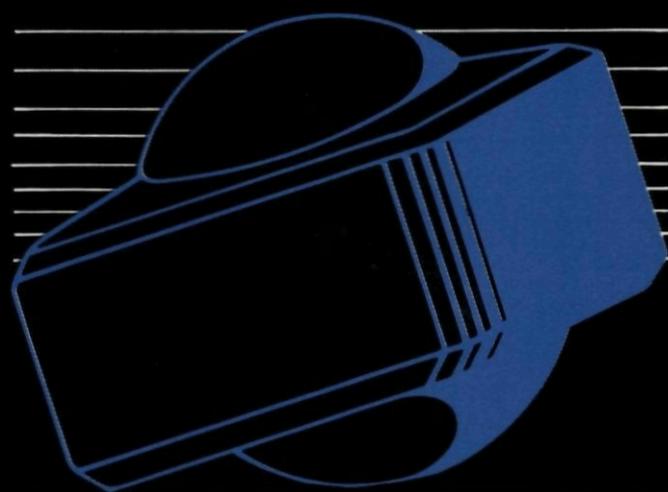
PORTUGUESA

**Vol. X
Supl. 1**

**Sociedade
Portuguesa de
Reumatologia**

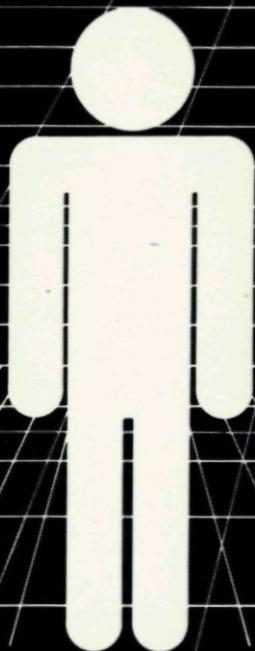
Ridaura®

O TRATAMENTO ESPECÍFICO DA ARTRITE REUMATÓIDE

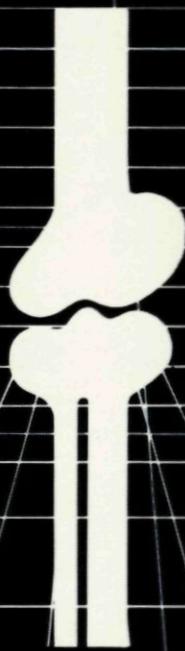


MELHORA OS PARÂMETROS

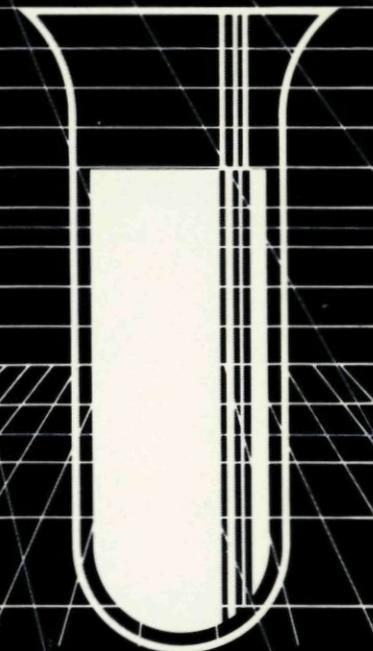
CLINICOS



RADIOLÓGICOS



LABORATORIAIS



SK&F
uma companhia SmithKline

P. V. P. 60 comp. 4.355\$00 (S. N. S. 871\$00)
P. V. P. 100 comp. 6.650\$00 (S. N. S. 1330\$00)



ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

(TRIMESTRAL)

Volume X – Suplemento 1

1985

N.º 37

Sumário

INTRODUÇÃO	3
I PROGRAMA CIENTÍFICO DO IV CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA, LISBOA – 1984	7
II RESUMOS	
a) Resumos recebidos das Comunicações apresentadas nas Sessões Plenárias	15
b) Resumos das Comunicações livres apresentadas	19
c) Resumo dos Posteres expostos	37
III ÍNDICE DE AUTORES	40
IV ÍNDICE DE ASSUNTOS	42
V LISTA DOS PARTICIPANTES	44

Registo: Inscrita na Direcção-Geral da Comunicação Social com o n.º 101897.

EDIÇÃO E PROPRIEDADE: Sociedade Portuguesa de Reumatologia (Liga Portuguesa contra o Reumatismo).

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO: Sociedade Portuguesa de Reumatologia – Rua de D. Estefânia, 187-189
1000 Lisboa – Telef. 57 23 26 - 4 07 64

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO: Antunes & Amilcar, Lda. – Alameda D. Afonso Henriques, 1-A – 1900 Lisboa
Telef. 83 90 37

Sommaire

INTRODUCTION	3
I Programme Scientifique du IV ^{ème} Congrès Portugais de Rhumatologie, Lisbonne, 1984 .	7
II Résumés	15
II-a) Résumés des Communications présentées aux Scéances Plenaires .	15
II-b) Résumés des Communications Libres .	19
II-c) Résumés des Posters	37
III Index des Auteurs	40
IV Index de Matières	42
V Liste des participants	44

Contents

INTRODUCTION	3
I Scientific Programme of the IVth Portuguese Congress of Rheumatology, Lisbon, 1984 .	7
II Abstracts	15
II-a) Abstracts of Plenary Sessions	15
II-b) Abstracts of Free Communications .	19
II-c) Abstracts of Posters	37
III Author Index	40
IV Subject Index	42
V Participants	44

FICHA TÉCNICA

DIRECTOR: Doutor M. Viana Queirós. REDACTOR-CHEFE: Dr. Robert Pereira Martins.

REDACTORES: Drs. Adriano Neto, António Vilar, Aurora Marques, João Ramos, J. F. Ribeiro da Silva, J. Espírito Santo, J. Canas da Silva, J. A. Melo Gomes, J. Teixeira da Costa, M.ª Cristina Catita e Mário Bexiga.

REDACTOR CORRESPONDENTE EM FRANÇA: Dr. João Rego (Toulouse).

CONSELHO CIENTÍFICO: O Conselho Científico da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

DISTRIBUIÇÃO: Aos membros da Sociedade Portuguesa de Reumatologia e, sempre que possível, a Instituições Médicas, de Reumatologia ou não, nacionais e estrangeiras (Ligas, Faculdades, Centros Científicos, Sociedades Médicas, Hospitais e Serviços), Revistas e Jornais Médicos e a outras Instituições Culturais.

PUBLICAÇÃO: Trimestral (Março, Junho, Setembro e Dezembro). Faz e solicita permuta. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA: *Acta Reuma. Port.*, volume (tomo): pág.-pág., ano.

Assinatura anual (1 volume 4 tomos): Portugal 800\$00; Espanha 1.200 Pst; Resto do Mundo, US\$20.

Número avulso: 280\$00; US\$5.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO:

- 1 – A Redacção aceita trabalhos clínicos ou de investigação, da especialidade ou a ela ligados. Reserva-se o direito de só aceitar artigos ainda inéditos.
- 2 – Os artigos publicados e os textos das comunicações apresentadas em sessões científicas da Sociedade, ou por ela organizadas, são propriedade da «Acta», reservando-se a Redacção o direito de autorizar a sua inserção, total ou parcial, noutra publicação.
- 3 – A doutrina dos artigos publicados é da exclusiva responsabilidade dos autores.
- 4 – Os artigos devem ser redigidos em português, e sempre que possível, também em francês, inglês ou espanhol, dactilografados a dois espaços, numa só face do papel, com margens largas e em duplicado.
- 5 – Referenciados com o título em português, francês e inglês (e facultativamente em espanhol ou alemão), nome do(s) autor(es) e seus títulos académicos e profissionais; instituições onde foi executado ou a que pertence o autor e respectivo director; localidade e país.
- 6 – O texto deve ser precedido de um resumo sucinto, curto mas suficientemente esclarecedor, em português, francês e inglês (facultativamente, em espanhol e/ou alemão).
- 7 – Cada artigo tem direito até cinco gravuras; além deste número a Redacção reserva-se o direito de a debitar pelo custo. As fotografias devem ter nitidez suficiente para dar reprodução e os gráficos e desenhos, executados a tinta preta e em papel branco ou vegetal; em folhas separadas, anotadas no verso, a respectiva legenda, dactilografada e a ordem numérica.
- 8 – As referências bibliográficas, conforme o index medicus: apelido (maiúsculas), nome e pronomo do(s) autor(es); título; nome da publicação ou editor; localidade; volume; número; página; ano. Deve observar-se a ordem alfabética do último nome do autor (ou do 1.º autor).
- 9 – Cada autor tem direito a 25 separatas. Para além deste número, serão debitadas pelo preço de custo, se forem requisitadas com a devida antecedência.
- 10 – É da competência e responsabilidade da Redacção, a revisão das provas.

INTRODUÇÃO

Reuniões de Reumatologia para Reumatologistas, precisam-se!

Nos últimos 10 anos efectuaram-se em Portugal centenas, quiçá milhares, de reuniões reumatológicas, algumas delas de considerável interesse científico. A grande maioria, porém, não passou de uma mediania confrangedora. Verdade também, que muitas destas últimas nem organizadas por reumatologistas foram, mais uma originalidade bem portuguesa.

Enquanto os responsáveis pela realização destas reuniões pensarem mais na quantidade dos auditores do que na qualidade dos temas, não sairemos das generalidades da nossa especialidade. Perdemos, assim, imenso tempo e imensas energias, que deveriam ser aproveitadas no aprofundamento das questões que verdadeiramente nos interessam.

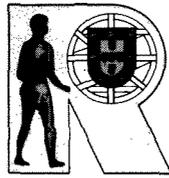
Para as necessidades do quotidiano, e tão importantes elas são em termos de prática clínica, existe o Curso de Medicina e podem, inclusivamente, organizar-se cursos de reumatologia básica para clínicos gerais que, bem no fundo, até são os médicos que mais frequentemente tratam os doentes reumáticos.

Para os reumatologistas são indispensáveis reuniões mais restritas e mais selectivas, em que se divulguem os aspectos mais específicos da especialidade, em que os assuntos sejam mais aprofundados, e em que se confrontem, em torno da apresentação de casos clínicos, de comunicações livres, de conferências, etc., as opiniões e as atitudes dos profissionais que praticam idoneamente a reumatologia no nosso País.

Os dois interesses não são antagónicos; pelo contrário, completam-se e devem ser levados à prática tão rapidamente quanto possível, visto sermos já em número suficiente para valer a pena trocarmos impressões duas ou três vezes por ano.

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia ocupa a posição ideal para levar para a frente este desiderato como, aliás, ficou demonstrado aquando do último Congresso da Especialidade. Na verdade, e tanto quanto nos lembramos, nunca tão poucos congressistas produziram tanto trabalho, e de tanta qualidade, como, aliás, se pode constatar pela leitura das comunicações apresentadas.

V. A. de Jesus



**IV CONGRESSO
PORTUGUÊS
DE
REUMATOLOGIA**

**24 a 27
MAIO 1984**

Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Nova de Lisboa



I) PROGRAMA CIENTÍFICO

ANFITEATRO A

24.5.84

08.30 – 09.00 **Abertura do Secretariado**
Sessão Solene

09.00 – 11.00 **Sessão Plenária “Imuno-reumatologia”**

Presidente – *Prof. J. Machado Caetano*

Moderador – *Prof. Evaristo Ferreira*

Secretários – *Drs. Canas da Silva e Alves de Matos*

– Introdução – *Prof. Machado Caetano*

– Immunopathologie articulaire: exploration à visée diagnostique et données physiopathologiques – *Prof. J. Sany*

– Antígenos de histocompatibilidade e subpopulações linfocitárias T na artrite reumatóide – *Prof. M. Viana Queirós*

– Proteína C. Reactiva e doenças reumáticas auto-imunes – *Dr. J. Pereira da Silva*

Discussão

Conclusões

11.15 – 13.15 **Sessão Plenária “Imuno-reumatologia”**

Presidente – *Prof. Machado Caetano*

Moderador – *Prof. M. Viana Queirós*

Secretários – *Drs. J. Espírito Santo e Miranda Rosa*

– Immunomodulation thérapeutique en Rhumatologie: aspects actuels – *Prof. J. Sany*

– Síndrome de Sjögren primitivo – *Dr. J. Teixeira da Costa*

– Artrite crónica juvenil-formas clínicas e marcadores imunológicos – *Dr. J. Melo Gomes*

– Nefrite lúpica – *Dr. Gomes da Costa*

Discussão

Conclusões

14.15 – 16.15 **Mesa-Redonda “O doente reumático, sua reinserção social e profissional”**

Coordenador – *Dr. Luís Lima Faleiro*

Participantes – *D.^a Regina Borges de Almeida*
D.^a Maria Fernanda Ruas Ramos
Dr. Robert Pereira Martins
Dr. H. Martins da Cunha
Dr. Álvaro Durão

Discussão

Conclusões

16.30 – 18.30 **Comunicações Livres**

SESSÃO I – Presidente – *Dr. Luís Rego*

- Importância do estudo do líquido sinovial no diagnóstico e patogenia das doenças reumáticas – *F. Simões Ventura e A. Lopes Vaz*
- Artrite reumatóide com vasculite necrosante grave – *J. C. Branco, J. A. Melo Gomes, M. L. Galvão e M. Viana Queirós.*
- Manifestações oculares da artrite reumatóide – *J. A. Melo Gomes, J. Almeida Jorge, J. Teixeira da Costa, P. Sousa Ramalho e M. Viana Queirós.*
- Síndrome de Sjögren primário I. Manifestações secas e articulares – *J. Teixeira da Costa, M. Carmo Sousa, J. A. Melo Gomes, J. Espírito Santo e M. Viana Queirós.*
- Miastenia Gravis associada à terapêutica da artrite reumatóide com d-Penicilamina – *J. A. Canas da Silva, J. A. Melo Gomes, J. Teixeira da Costa e M. Viana Queirós*
- Efeitos adversos dos fármacos de fundo na artrite reumatóide. Revisão – *J. A. Canas da Silva, E de Pap e M. Viana Queirós.*
- Avaliação das condições sociais e perfil psicológico dos doentes com artrite reumatóide – *Domingos Araújo, Maria Luísa Ramos, Ana Maria Gonçalves, A. Pacheco Palha e A. Lopes Vaz.*
- Artrite reumatóide infantil. Revisão de 73 casos – *A. Albino Teixeira, Maria José Vieira, M. E. Paiva, Sara Freitas e A. Lopes Vaz.*
- *Repercussões cardíacas da artrite crónica juvenil (ACJ) – J. A. Melo Gomes, António Brandão, Mário G. Lopes e M. Viana Queirós.*

25.5.1984

09.00 – 11.00 **Sessão Plenária “Artrose”**

Presidente – *Dr. M. Assunção Teixeira*

Moderador – *Dr. M. Loução Martins Jr.*

- Secretários – *Drs. A. Vilar de Almeida e J. F. Ribeiro da Silva*
- Introdução – *Dr. M. Assunção Teixeira*
 - Etiopathogénie de l'arthrose – *Prof. S. Orloff*
 - “Pequenos” defeitos da anca, encontrados em 8.604 radiografias da bacia e a prevenção das artroses – *Drs. M. Assunção Teixeira, J. A. Partidário, J. Salgueiro, M. Roseta, L. Gomes, M. Luísa Teixeira, F. Melo Franco, Ana M. Teixeira, A. Vilar e C. T. Pinto*
 - Defeitos acetabulares encontrados em 3.108 adolescentes e jovens adultos – *Drs. J. A. Partidário, M. Luísa Teixeira, J. Salgueiro, Ana M. Teixeira, F. Melo Franco e M. Assunção Teixeira*

Discussão

Conclusões

11.15 – 13.15 **Sessão Plenária “Artrose”**

Presidente – *Dr. M. Assunção Teixeira*
 Moderador – *Dr. M. Loução Martins Jr.*
 Secretários – *Drs. Aurora Marques e J. C. Ramos*

- Necrose aseptique de la hanche – *Prof. S. Orloff*
- Pequena desigualdade de comprimento dos membros inferiores encontradas em 8.929 adolescentes e adultos jovens – *Drs. A. Vilar, Ana Maria Teixeira, C. T. Pinto, J. A. Partidário e M. Assunção Teixeira*
- Defeitos dos pés encontrados em dois grupos da população rural – *Drs. J. Salgueiro, L. Gomes e Isabel Lourenço*
- Anatomia patológica das artroses – *Dr.^a Maria Rufina*

Discussão

Conclusões

14.15 – 16.15 **Comunicações Livres**

SESSÃO II – Presidente – Dr. M. Loução Martins Jr.

- Lupus eritematoso disseminado (LED) Revisão de uma casuística de 54 casos (I) – *J. A. Pereira da Silva, A. C. Alves de Matos e M. Viana Queirós*
- Lupus eritematoso disseminado (LED). Revisão de uma casuística de 54 casos (II) – *J. A. Pereira da Silva, A. C. Alves de Matos e M. Viana Queirós*
- Lupus eritematoso sistémico. Revisão de 65 casos – *Manuela Fernandes, Lisete Cardoso e A. Lopes Vaz*
- A função respiratória no Lupus eritematoso disseminado – *J. Espírito Santo, M. Costa e Silva, M. Viana Queirós e A. Couto.*
- O compromisso ocular no lupus eritematoso disseminado (LED) – *A. C. Alves de Mato, J. A. Melo Gomes, J. A. Pereira da*

Silva J. P. Almeida Jorge, P. Sousa Ramalho e M. Viana Queirós

- Amiloidose e Lupus eritematoso sistémico – *A. Gomes da Costa, J. A. Canas da Silva, J. A. Pereira da Silva, A. Alves de Matos e M. Viana Queirós*
- Associação de lupus eritematoso sistémico com síndrome de duplo útero com hemivagina obstruída e agenésia renal homolateral – *J. A. Canas da Silva, J. C. Branco, J. Zammit, A. Quintino e M. Viana Queirós*
- Lupus induzido pela metildopa – *J. A. Melo Gomes e M. Viana Queirós*
- Dois casos de periartrose nodosa (PAN) com envolvimento exclusivamente cutâneo-articular – *A. C. Alves de Matos, J. Espírito Santo e M. Viana Queirós*

16.30 – 18.30 **Comunicações Livres**

SESSÃO III – Presidente – Professor Dr. A. Lopes Vaz

- Um caso de doença mista do tecido conjuntivo (DMTC) com 7 anos de evolução e complicada de amiloidose – *J. A. Pereira da Silva, A. C. Alves de Matos e M. Viana Queirós*
- Um caso de esclerose sistémica progressiva com envolvimento articular atópico, cardiopulmonar grave e com alguns aspectos sugestivos de lupus eritematoso disseminado – *A. C. Alves de Matos, C. Miranda Rosa e M. Viana Queirós*
- Espondilite Anquilosante (Revisão de 75 casos) – *J. Espírito Santo, J. Teixeira da Costa e M. Viana Queirós*
- Alterações cardíacas na espondilite anquilosante (Resultados preliminares) – *J. Espírito Santo, Mário Garcia, M. Viana Queirós e Macieira Coelho*
- Um caso de linfoma de Hodgkin apresentando-se como espondilite anquilosante juvenil – *J. Pereira da Silva e M. Viana Queirós*
- Aspectos médico-sociais da espondilite anquilosante – *J. Espírito Santo e M. Viana Queirós*
- Artrite Psoriásica e retinoides – *A. Aroso Dias, Carlos Resende, M. Guimarães e A. Lopes Vaz*
- Psoríase e artrite: clínica e patogenia – *D. Araújo, A. Albino Teixeira, C. Resende, J. Mesquita Guimarães e A. Lopes Vaz*
- Artrite psoriásica e amiloidose. Caso clínico – *L. Campos, J. Afonso Guimarães e A. Sales Luís*

26.5.1984

09.00 – 11.00 **Sessão Plenária “Artrose”**

Presidente – *Dr. M. Assunção Teixeira*

Moderador – *Dr. M. Loução Martins Jr.*

Secretários – *Drs. Adriano Neto e Mário Bexiga*

- Líquido sinovial – *Dr. Gijón Baños*
- Terapêutica médica das artroses – *Drs. J. Figueirinhas e M. Cristina Catita*
- Cirurgia das Gonartroses – *J. Melo Franco e F. Melo Franco*
- Cirurgia da Coxartrose – *Dr. J. Almeida Andrade*

Discussão

Conclusões

11.15 – 13.15 **Sessão Plenária “Artrose”**

Presidente – *Dr. M. Assunção Teixeira*

Moderador – *Dr. M. Loução Martins Jr.*

Secretários – *Drs. M. Cristina Catita e M. Luísa Teixeira*

- Hiperostose vertebral anquilosante – *Dr. Gijón Baños*
- Manifestações neurológicas das artroses cervicais – *Drs. E. Moradas Ferreira e A. Gonçalves Ferreira*
- Manifestações neurológicas das artroses lombares – *Drs. A. Trindade e P. Martins*
- Duas palavras sobre a prevenção das artroses – *Dr. M. Assunção Teixeira*

Discussão

Conclusões

14.15 – 16.15 **Comunicações Livres**

SESSÃO IV – Presidente: Professor Dr. M. Viana Queirós

- Artrite reumatóide infantil e vasculite sistémica – *A. Aroso Dias e A. Lopes Vaz*
- Associação de Miastenia Gravis, artrite reumatóide, síndrome de Sjögren e carcinoma de tiroideia – *J. A. Canas da Silva, J. C. Branco e M. Viana Queirós*
- Acne Conglobata e Reumatismo. A propósito de um caso – *A. Lopes Vaz, Wilhelm Osswald e Fernando Ribas*
- Nodulite reumatóide. A propósito de um caso – *A. Lopes Vaz, Wilhelm Osswald e Ângelo Azenha*
- Uricopatia como factor de risco – *Robert Pereira Martins e Luís Lima Faleiro.*
- Tratamento da crise aguda de gota com Piroxicam – *M. Viana Queirós*
- Síndrome das mãos do diabético – *J. A. Melo Gomes, Jaime C. Branco, Odete André, Pedro E. Lisboa e M. Viana Queirós*
- Espondilodiscite brucélica acompanhada de abscessos ossifluentes bilaterais – *J. C. Teixeira da Costa, A. C. Alves de Matos, Olavo Lobo e M. Viana Queirós*

– Eritema nodoso e Brucelose. Um caso clínico – *J. A. Melo Gomes e M. Viana Queirós*

16.30 – 18.30 **Comunicações Livres**

SESSÃO V – Presidente: *Dr.^a Maria Isabel Barata*

- As malformações das charneiras vertebrais e o seu papel na artrose da coluna – *Robert Pereira Martins*
- Entesopatias. (Nota prévia) – *Robert Pereira Martins*
- Reumatismos parasitários. (Nota prévia) – *Aurora Marques e Robert Pereira Martins*
- Osteodistrofia Renal Secundária a Uretero-sigmoidostomia – *J. C. Branco, J. A. Melo Gomes, J. Canas da Silva, V. Tavares e M. Viana Queirós*
- Osteopoiquilia. A propósito de 3 casos. (Nota Prévia) – *J. F. Ribeiro da Silva e Robert Pereira Martins*
- A Picnodisostose e a sua influência na vida e obra de Toulouse Lautrec – *Robert Pereira Martins*
- Doença exostosante. A propósito da evolução de casos clínicos – *Robert Pereira Martins e Aurora Marques*
- Exostose múltipla familiar – *J. A. Melo Gomes e M. Viana Queirós*

27.5.1984

Sessão Plenária “Doenças Metabólicas Ósseas”

Presidente – *Prof. M. Hargreaves*

Moderador – *Prof. A. Lopes Vaz*

Secretários – *Drs. António Aroso e Albino Teixeira*

09.00 – 11.00 Introdução

- Fisiopatologia das Doenças Metabólicas Ósseas – *Prof. A. Lopes Vaz*
- O Laboratório das Doenças Metabólicas Ósseas – *Dr.^a Lídia Pereira Monteiro*
- A importância da Radiologia nas Doenças Metabólicas Ósseas – *Dr.^a Isabel Ramos*
- Aspectos Clínicos das Osteoporoses endócrinas – *Dr. Luís Medina*
- Tratamento das Osteoporoses – *Prof. A. Lopes Vaz*

Discussões

Conclusões

11.15 – 13.15 **Comunicações Livres**

SESSÃO VI – Presidente: *Dr.^a Georgette Banet*

- Líquido sinovial – *F. Simões Ventura e A. Lopes Vaz*
- Patologia da sinovial na artrite crónica juvenil – *Maria Odete Almeida, J. A. Melo Gomes, J. Teixeira da Costa, J. Bravo Pimentão e M. Viana Queirós*
- A necrose asséptica da cabeça do fémur no hipereortisolismo endógeno – *Marieta Rebelo, L. Campos, M. Pires e A. Sales Luís*
- Síndrome de Wegener iniciado por poliartrite febril. 4 anos de evolução – *J. Pereira da Silva e M. Viana Queirós*
- Crítica dos métodos de avaliação da dor – *A. Albino Teixeira, Domingos Araújo e A. Lopes Vaz*
- Biópsia da sinovial das grandes e pequenas articulações – *J. M. Bravo Pimentão e M. Viana Queirós*
- Biópsia fechada da sinovial – Experiência do núcleo de Reumatologia do H. S. Maria nos últimos 3 anos – *J. Teixeira da Costa, M. Odete Almeida, J. A. Melo Gomes, J. Pimentão e M. Viana Queirós*
- Artrografia – Seu interesse diagnóstico – *J. M. Bravo Pimentão e M. Viana Queirós*
- Artroscopia – *J. M. Bravo Pimentão e M. Viana Queirós*

SESSÃO DE ENCERRAMENTO

Sala B

Posterres/Filmes Científicos

Títulos dos Posterres

- Terapêutica de Medicina Física e de reabilitação na Artrite Reumatóide. Experiência de um Serviço – *M. C. Catita; Neto, A M. ; Roberto, J. M. e Capitão, J. G.*
- Citologia do líquido sinovial – *A. Lopes Vaz e F. Simões Ventura*
- Displasia de Engelman – *A. Lopes vaz, F. Simões Ventura e David Martins*
- Calcitonina na Artrite Reumatóide – *A. Lopes Vaz, F. Simões Ventura e David Martins*
- Artrite Reumatóide Infantil – Estudo morfológico da sinovial – *A. Albino Teixeira, Maria José Vieira, Maria E. Paiva, Sara Freitas e A. Lopes Vaz*
- Artrite Psoriática. Estudo morfológico e com fluorescência da sinovial do joelho – *A. Albino Teixeira, Domingos Araújo, C. Resende, J. Vaz Saleiro, M. Guimarães e A. Lopes Vaz*
- Manifestações oculares dos reumatismos inflamatórios – *D. Araújo, M. Gouveia de Almeida, J. Palmares, J. Cardoso Vieira, J. Castro Correia e A. Lopes Vaz*
- Estudo radiológico e por cintigrafia quantitativa das articulações sacroilíacas e das entésis calcaneanas nas espondilartropatias seronegativas – *A. Aroso Dias, Alfredina Guedes, Isolett Amaral e A. Lopes Vaz*
- Reações vasculares cutâneas nas doenças reumáticas – *A. Aroso Dias e A. Lopes Vaz*

SALA C

Exposição Cultural “A Reumatologia e o Doente Reumático na História, na Cultura e na Arte, em Portugal”

Exposição Bibliográfica Reumatológica Portuguesa

Átrios

09.00 – 18.30 **Exposição Comercial**

IIa) Resumos recebidos das Comunicações apresentadas nas SESSÕES PLENÁRIAS

1. ANTIGÉNIOS DE HISTOCOMPATIBILIDADE E SUBPOPULAÇÕES LINFOCITÁRIAS NA ARTRITE REUMATÓIDE

M. Viana Queiroz

Núcleo de Reumatologia. Serviço de Medicina IV. Hospital de Santa Maria. Lisboa

As descobertas dos loci D e DR e dos anticorpos monoclonais, abriram novas perspectivas com vista ao esclarecimento, ainda que parcial, da etiologia da artrite reumatóide (A. R.).

Estudamos a prevalência dos antígenos HLA - A, B, C e DR em 80 doentes com formas clássicas e definidas de AR e em 66 controlos saudáveis, tendo verificado que o antígeno HLA - DR4 (Ag DR4) era mais prevalente na população doente (48.7%) do que nos indivíduos saudáveis (10.6%). As diferenças encontradas são estatisticamente muito significativas ($p < 0.001$). Contrariamente, o alelo DR7 foi mais frequente na população controlo (23.7%) do que na população reumatóide (8.8%), sendo igualmente muito significativas as diferenças observadas ($p < 0.025$).

Analisando a prevalência dos haplotipos A1 B8 CW7 DR3 e A2 B15 CW3 DR4 nas duas populações, pudemos constatar que o fragmento A2 DR4 surgia em 25% dos doentes e em 3% dos controlos ($p < 0.01$).

Correlacionando o Ag DR4 com os factores reumatóides IgM pudemos verificar que estes marcadores imunológicos surgiram em 89.7% dos indivíduos portadores do Ag DR4 e, apenas, em 39% dos doentes que não o possuíam, sendo as diferenças detectadas muito significativas ($p < 0.001$). Verificamos igualmente uma associação positiva entre os anticorpos anti-nucleares (AAN) e o antígeno HLA - DR3. Efectivamente os AAN foram detectados em 69.2% dos doentes com o Ag DR3 e em 31.5% dos doentes sem este antígeno ($p < 0.01$). Estudando a relação entre o Ag DR3 e a intolerância renal aos sais de ouro, confirmamos na população portuguesa o que anteriormente havia sido descoberto na população anglo-xaxónica. Assim, o Ag DR3 surgiu em 61.1% dos doentes com proteinúria e em 29.5% dos doentes sem nefropatia aurica, sendo as diferenças observadas muito significativas ($p < 0.001$).

As subpopulações linfocitárias T (total, auxiliadora e supressora) foram estudadas em 50 doentes com artrite reumatóide e em 28 indivíduos saudáveis, utilizando anticorpos monoclonais anticélulas T. Comparando os valores percentuais das sub-populações linfocitárias nos indivíduos doentes e nos controlos, verificamos haver uma diminuição das células T supressoras (20.5 ± 6.9 versus 30.9 ± 4.6) e um aumento das células auxiliadoras (57.4 ± 5.9 versus 48 ± 4.9) nos doentes com artrite reumatóide ($p < 0.001$). Estas diferenças foram mais nítidas nos doentes com AR em fase de actividade inflamatória do que nos doentes com AR em inactividade.

Correlacionando a diminuição percentual das células T supressoras com vários parâmetros laboratoriais, verificamos haver correlações positivas com a trombocitose, os factores reumatóides IgM e os imunocomplexos circulantes.

Os resultados obtidos sugerem-nos as seguintes conclusões:

- 1.^a – Ser o Ag DR4 um antígeno de susceptibilidade para a AR;
- 2.^a – Constituir o alelo DR7 um factor de protecção contra a AR;
- 3.^a – As correlações positivas entre o Ag DR4 e os FR IgM por um lado, e entre os AAN e o Ag DR3 por outro lado, sugerem a existência de genes de resposta imunitária no complexo maior de histocompatibilidade do Homem e, ainda, a probabilidade do mecanismo de associação HLA - AR ser devida aos genes de resposta imunitária que estariam em desequilíbrio de ligação com os genes de histocompatibilidade;
- 4.^a – A frequência aumentada do fragmento A2 DR4 do haplotipo A2 B15 CW3 DR4, poderá constituir uma explicação alternativa para a associação HLA - artrite reumatóide;
- 5.^a – A associação muito significativa entre os FR IgM e o Ag DR4 poderá constituir mais um argumento a favor da teoria que sustenta serem as formas sero-positivas e sero-negativas de AR duas doenças diferentes;
- 6.^a – Ser o Ag DR3 um marcador útil da potencial intolerância renal dos doentes com AR candidatos à terapêutica de fundo com os sais de ouro;
- 7.^a – Poder a diminuição das células T supressoras constituir uma explicação para a trombocitose nas formas activas da AR;
- 8.^a – A diminuição das células T supressoras com a subsequente perda de efeitos moduladores sobre as células T e B, pode estar envolvida na etiopatogenia da AR.

2. SINDROME DE SJÖGREN PRIMITIVO

J. Teixeira da Costa

Núcleo de Reumatologia (Responsável: Professor Dr. M. Viana Queirós). Serviço de Medicina IV. Hospital de Santa Maria. Lisboa

O Síndrome de Sjögren (S. S.) é uma doença inflamatória crónica autoimune caracterizada por infiltração linfóide e perturbação funcional das glândulas exócrinas, particularmente das glândulas lacrimais e salivares, originando xeroftalmia e xerostomia. Pode existir como uma doença primária, não associado a outra doença autoimune (S. S. primário), embora mais frequentemente tal associação se verifique. A individualização do S. S. primitivo como entidade patológica distinta, foi sugerida por diferenças de natureza clínica, serológica e imunogenética em relação aos S. S. associado a Artrite Reumatóide (A. R.).

Clinicamente, maior frequência de tumefacção das parótidas, fenómeno de Raynaud, púrpura, linfadenopatias, esplenomegália, miosite e envolvimento renal surgem no S. S. primário. Do ponto de vista serológico há ocorrência predominante dos autoanticorpos anti SS-B no S. S. primário e dos autoanticorpos antiducto salivar no S. S. associado a A. R. Do ponto de vista imunogenético há uma associação do S. S. primário com os antígenos de histocompatibilidade HLA B8 Dw3 e Dr3, enquanto o S. S. associado a A. R. se correlaciona com HLA Dw4 e HLA Dr4.

O S. S. primitivo pode ser uma doença limitada às glândulas exócrinas com as manifestações clínicas daí resultantes, ou possuir manifestações de envolvimento extraglandular nomeadamente articulares, pulmonares, cardíacas, renais, musculares, cutâneas, do S. R. E., S. N. periférico, S. N. C. e fenómeno de Raynaud. Uma característica do S. S. é a presença de numerosos autoanticorpos de que se salientam pela sua importância os anticorpos anti SS-A (associado à presença de vasculite nos doentes com S. S.), anti SS-B que é de todos os autoanticorpos o mais específico de S. S. primário e, dentro dos autoanticorpos específicos de órgão, os anticorpos antiducto salivar.

A linfoproliferação característica do S. S., na maior parte dos casos está confinada às glândulas exócrinas e é histologicamente benigna. Pode, no entanto, estender-se a localizações extraglandulares e/ou evoluir para a malignidade.

O pseudolinfoma representa uma fase intermédia ainda benigna dessa evolução. Calcula-se que 5 % a 15 % dos doentes com S. S. primário podem desenvolver uma neoplasia linfóide maligna, que na maior parte dos casos é de células B.

Entre os aspectos imunológicos que se considera poderem estar envolvidos na etiopatogenia do S. S., há a referir a hiperactividade policlonal das células B, alterações das subpopulações linfocitárias T detectadas em estudos recentes com anticorpos monoclonais e presença de imunocomplexos circulantes em elevada percentagem de doentes.

Tem sido sugerida por alguns estudos a existência de uma clearance diminuída de imunocomplexos circulantes ao nível do S. R. E. a qual poderá estar, pelo menos em parte, relacionada com uma anomalia funcional primitiva dos receptores FC dos macrófagos que tem sido descrita em portadores do haplotipo HLA B8 Dr3. Há referência ultimamente a uma deficiente actividade "natural killing" em doentes com S. S. o que poderia contribuir para a elevada incidência de malignidade linfóide nestes doentes.

3. ARTRITE CRÓNICA JUVENIL – FORMAS CLÍNICAS E MARCADORES IMUNOLÓGICOS

J. A. Melo Gomes

Núcleo de Reumatologia (Resp.: Prof. M. Viana Queirós) do Serviço de Medicina IV (Dir.: Prof. F. de Pádua) do Hospital de Santa Maria. Lisboa – Portugal

Embora subsista bastante controvérsia quanto à sua designação, critérios de inclusão e exclusão, um aspecto que suscita uma aceitação quase unânime é a classificação da Artrite Crónica Juvenil (ACJ) em 3 formas de início: Sistémica, Oligoarticular e Poliarticular. Esta última é por vários AA sub-dividida em *Seropositiva* e *Seronegativa em relação aos factores reumatóides IgM (FRlgM)*.

Os FRlgM constituem pois o marcador imunológico mais precocemente reconhecido na ACJ, identificando um sub-grupo de doentes cuja evolução clínica irá ser idêntica à da Artrite Reumatóide (AR) do adulto.

Os anticorpos anti-nucleares (AAN), particularmente quando presentes no soro de doentes com início Oligoarticular, são importantes indicadores de risco para o desenvolvimento de uveíte crónica, o que levou AA a proporem a sub-divisão da forma de início Oligoarticular em 2 sub-grupos, com e sem AAN presentes no soro. A existência concomitante de Ac. anti-DNA positivo deve invocar fortemente a hipótese diagnóstica de *Lupus Eritematoso Disseminado*.

Os antígenos de histocompatibilidade do grupo HLA são também marcadores imunogenéticos importantes na ACJ. Assim, o HLA B27 associa-se a risco elevado de evolução para Espondilite Anquilosante, tendo os doentes que o possuem envolvimento frequente e precoce das articulações coxo-femorais, bem como uveíte anterior aguda (em 20 % dos casos).

O antigéneo HLA DR4 associa-se, tal como na AR do adulto, às formas seropositivas da doença, e o antigéneo HLA DR5, na experiência de AA, a risco aumentado para uveíte crónica. O Complemento sérico (elevado com maior frequência na forma sistémica) e os imunocomplexos circulantes (presentes em cerca de metade dos doentes) não se revelaram até agora úteis como marcadores imunológicos clinicamente correlacionáveis.

4. O SERVIÇO SOCIAL NA RECUPERAÇÃO E REINTEGRAÇÃO DO DOENTE REUMÁTICO

Regina Rebelo Martins Borges de Almeida

Resumo

Começa o trabalho por enumerar as principais estruturas de apoio necessárias à recuperação e inserção social e profissional do doente.

Refere-se a necessidade de criação de Centros de Recuperação que façam uma cobertura eficiente do território nacional, de legislação que garanta a possibilidade de emprego ao doente recuperado, bem como do apoio no exercício da profissão; da criação de escolas-oficina que, em ritmo acelerado, proporcionem formação com vista ao exercício de uma nova actividade; da preparação das entidades patronais dando-lhes consciência de que o doente recuperado é, por via de regra, um bom profissional.

Acentua-se seguidamente que é indispensável a estreita colaboração entre os vários profissionais intervenientes neste processo, focando, particularmente, a vantagem do perfeito entendimento entre o médico e a trabalhadora social.

Expõe-se seguidamente a acção directa do S. S. junto do doente e da família estimulando-os e orientando-os na luta pela solução dos seus problemas, tomando sobre si a trab. social, apenas, as diligências em situações em que o doente ou a família não possam intervir.

5. REUMATISMO E TRABALHO — UMA REALIDADE POSSÍVEL

Maria Fernanda Ruaz Ramos

Resumo

Colocando-se do ponto de vista do doente, o Autor começa por apontar os factores que, em seu entender, contribuem para tornar mais difícil a realidade do doente reumático.

Aponta em seguida o que considera mais importante para melhorar essa realidade: mudança de atitude perante a doença, empenhamento e auto-determinação no tratamento, reabilitação e readaptação, criação de estruturas que lhe permitam os mesmos e esclarecimento público geral.

6. “PEQUENOS” DEFEITOS DA ANCA, ENCONTRADOS EM 8604 RADIOGRAFIAS DA BACIA, E A PREVENÇÃO DALGUMAS ARTROSES

M. Assunção Teixeira, J. Almeida Partidário, João Salgueiro, Miguel Roseta, Liberto Gomes, M. Luísa Teixeira, F. Melo Franco, Ana A. Teixeira, António Vilar e C. T. Pinto

Instituto Português de Reumatologia e Hospital da Força Aérea

Com o patrocínio do Ministério da Educação e do Hospital da Força Aérea, o *Instituto Português de Reumatologia* (IPR) promoveu e realizou, durante anos sucessivos, diversos *rastreios dos defeitos ósteo-articulares*.

Estes rastreios efectuaram-se na *população jovem e com fins preventivos*, por se haver verificado que muitas das artroses secundárias (ou mistas), dos membros inferiores e vertebrais, encontradas nas “Consultas de Reumatologia”, podiam relacionar-se com defeitos ósteo-articulares (de posição, forma e estrutura) vindos da infância e juventude. E que estes defeitos eram frequentemente ignorados ou desprezados (sobretudo os pequenos), até o despertar dos primeiros incómodos, provavelmente anos depois da artrose começar.

Observaram-se *8604* adolescentes e jovens adultos, aos quais se fizeram *40222* exames (clínicos, posturais e radiológicos). No primeiro relatório publicado, prometeu-se o desenvolvimento ulterior dalguns dos parágrafos deste relatório.

O presente trabalho é o desenvolvimento do Quadro e parágrafo relativos aos defeitos da anca. Começamos pela anca, por nos parecer que, sob o ponto de vista preventivo, esta articulação era das mais carecidas da atenção dos clínicos; e sobretudo da atenção dos médicos escolares, do trabalho, dos desportos, e militares.

Efectivamente, a anca é *sede frequente* de defeitos anatómicos pequenos, mas funcionalmente importantes, como por exemplo: o tecto insuficiente, a coxa valga, o colo curto, etc.; e estes defeitos são muitas vezes ignorados, como dissémos, em parte pela situação profunda da articulação coxo-femural e pela necessidade do exame radiológico, para os descobrir.

A impossibilidade de diagnosticar (e sobretudo graduar) os “pequenos” defeitos da anca só pelos exames postural e clínico (sem a ajuda de um exame radiológico adequado) levou-nos a preencher os *Quadros I e II* só com os *dados radiográficos*, obtidos pela *técnica de Jones - IPR*, técnica que se descreve sumariamente no texto, e que permite, *com uma só exposição e um só filme*, obter uma primeira informação assaz válida, embora incompleta.

Os defeitos ósteo-articulares da anca encontrados nestes *8604 jovens*, pela técnica radiológica referida, foram, principalmente: o tecto insuficiente, a coxa valga e a coxa profunda, a planificação peri-foveal e o colo curto ou “encurtado”. Entre os dois grupos etários encontraram-se algumas diferenças, como era de esperar.

É de assinalar também a *associação de defeitos coxo-femorais*, entre si; e a associação destes, com factores etiológicos de outra ordem (constitucionais, profissionais, desportivos, inflamatórios, etc.).

Recordam-se a seguir *dois dos mecanismos patogénicos* mais comuns: a *concentração da carga* em áreas limitadas das superfícies articulares; e o *mecanismo da balança pelvi-trocanteriana de Pawels*.

Os *quatro exemplos* finais recordam algumas das possibilidades preventivas conhecidas, possibilidades que exigem, geralmente, para se exercerem com êxito, o diagnóstico precoce do defeito (ou da sua causa), seguido da *correção, ou compensação* suficiente do defeito, pelos meios conhecidos e praticáveis.

7. DEFEITOS ACETABULARES, ENCONTRADOS EM 325 JOVENS ADULTOS

J. Almeida Partidário, João Salgueiro, Ana A. Teixeira, F. Melo Franco e M. Assunção Teixeira

Hospital da Força Aérea e Instituto Português de Reumatologia

Em estudo complementar do trabalho anterior, sobre “pequenos” defeitos da anca, os autores observaram e mediram alguns índices das imagens acetabulares, nas radiografias da bacia, de 325 adultos jovens. Radiografias feitas pela técnica de Jones - IPR.

Procuraram, principalmente, *alterações morfológicas do tecto*, referidas por Lequesne, e os *quatro indícios acetabulares* definidos por Stulberg e Harris.

Verificaram que a incidência destas displasias, nos 325 jovens adultos observados, eram sobreponíveis aos valores encontrados por outros autores. E que algumas destas alterações de forma e posição do acetábulo poderiam constituir causa predisponente ou agravante de coxartroses, como notaram igualmente Stulberg e Harris.

8. DEFEITOS ESTATO-DINÂMICOS DOS PÉS, ENCONTRADOS EM DOIS GRUPOS DA POPULAÇÃO

João Salgueiro, Liberto Gomes e Isabel Lourenço

(Instituto Português de Reumatologia – Lisboa)

Os rastreios dos defeitos osteoarticulares realizados entre os jovens em idade escolar de Lisboa e Coimbra, promovidos e orientados pelos Médicos do Instituto Português de Reumatologia, mostraram-nos a elevada frequência e variedade destes defeitos. Ao mesmo tempo o exercício da clínica reumatológica ia-nos mostrando o papel importante que alguns destes defeitos desempenham na etiopatogenia das artroses chamadas secundárias e mistas.

Os jovens rurais vivem em condições por vezes bastante diferentes dos das grandes cidades, o que motivou o rastreio de algumas centenas dos concelhos de Monforte (Alentejo), Sobral de Monte Agraço e Sesimbra.

Os resultados são comparados.

9. CIRÚRGIA DO JOELHO NAS ARTROSES

F. A. Melo Franco e F. L. Melo Franco

- Biomecânica do joelho.
- Gonartroses primitivas e secundárias e o síndrome de hiperpressão externa.
- Tratamento preventivo – Osteotomias.
- Tratamento curativo – Artroplastias e Artrodeses.

IIb) Resumos das COMUNICAÇÕES LIVRES apresentadas

10. LÍQUIDO SINOVIAL

F. Simões Ventura, A. Lopes Vaz

Departamento de Reumatologia do H. S. J. P.

Foi efectuado um estudo do líquido articular em 195 doentes, distribuídos, pelas diversas afecções reumáticas, da seguinte forma: artrite reumatóide seropositiva 58; artrite reumatóide seronegativa 27; artrite reumatóide infantil 13; espondiloartropatias seronegativas 45; artropatias por microcristais 19; osteoartrose 15; outras artropatias 18. As características gerais do líquido, da citologia, da ragocitose e do complemento, são a favor da heterogeneidade do grupo designado por artrite reumatóide seronegativa, na medida em que os resultados daqueles parâmetros se afastam dos obtidos na artrite reumatóide seropositiva e se aproximam do grupo diversificado das espondiloartropatias seronegativas. O estudo das inclusões ragocitárias foi efectuado por exame a fresco, em esfregaços corados pelo método de Wright, pelo PAS, pelo negro de Sudão B e pelo método de Gomori. Estes estudos permitiram reconhecer a diversidade da constituição das inclusões ragocitárias. O estudo das formações cristalinas intracelulares nas artropatias por microcristais, efectuado não só em microscopia de luz com polarização mas também em microscopia electrónica, apoia a ideia de maior actividade membranalítica dos cristais de urato de sódio, o que poderá estar de acordo com a maior riqueza celular dos exsudados sinoviais na gota em relação à condrocalcinose. Foi apreciada a importância de todos os dados obtidos no esclarecimento da patogenia dos processos inflamatórios articulares.

11. ARTRITE REUMATÓIDE COM VASCULITE NECROSANTE GRAVE

J. C. Branco, J. A. Melo Gomes, M. L. Galvão e M. Viana Queiroz

Núcleo de Reumatologia do Serviço de Medicina IV e Serviço de Imunohemoterapia, Hospital Universitário de Santa Maria (HSM), Lisboa, Portugal.

Sendo a Artrite Reumatóide (AR) uma doença sistémica, é muitas vezes o componente extra-articular que condiciona o prognóstico.

A AR com longa duração, graves alterações articulares, factores reumatóides (FR) positivos e nódulos reumatóides associa-se mais frequentemente com vasculite necrosante, que constitui sinal de mau prognóstico.

Relatamos um caso que julgamos ser inédito no nosso País.

Caso clínico: M. A. S., sexo feminino, 65 anos, saudável até aos 50 anos, idade de início de AR clássica, seropositiva, erosiva e nodular que se agravou progressivamente apesar de terapêutica com anti-inflamatórios não esteróides e corticóides.

Recorreu à urgência do HSM (06.01.83) por pé pendente bilateral, parestesias em meia dos membros inferiores, gangrenas das metades distais dos 3.º, 4.º e 5.º dedos da mão direita e febre, tendo sido internada no Núcleo de Reumatologia do HSM.

Durante o internamento surgiu gangrena dos dois antepés.

Trata-se assim, de uma AR complicada de vasculite necrosante grave (mononevrite múltipla e gangrena das quatro extremidades).

Esta situação foi tratada com corticóides em altas doses, ciclofosfamida e plasmafereses, terapêutica que originou melhoria clínico-laboratorial, permitindo a limpeza cirúrgica das gangrenas com excelente cicatrização das feridas.

A doente encontra-se bem conseguindo já deambular.

(Já publicado: Acta Reuma. Port. IX (3): 125-134, 1984)

12. MANIFESTAÇÕES OCULARES DA ARTRITE REUMATÓIDE

J. A. Melo Gomes, J. Almeida Jorge, J. Teixeira da Costa, P. Sousa Ramalho e M. Viana Queirós

Núcleo de Reumatologia do Serviço de Medicina IV e Serviço de Oftalmologia do Hospital de Santa Maria. Lisboa – Portugal

Um grupo de 100 doentes com Artrite Reumatóide do adulto (14 ♂ + 86 ♀) foi estudado do ponto de vista oftalmológico. A existência de xerostomia foi também investigada clinicamente e por cintigrafia das glândulas salivares e/ou biópsia labial.

48 doentes tinham síndrome de Sjögren secundário (35 com AR + ceratoconjuntivite seca + xerostomia; 10 com AR + ceratoconjuntivite seca; 3 com AR + xerostomia). A prevalência dos factores reumatóides IgM foi significativamente mais elevada nos doentes com síndrome de Sjögren que nos restantes.

Diagnosticámos episclerite em 4 doentes, 3 dos quais tinham factores reumatóides IgM positivos. A episclerite teve carácter benigno e transitório em todos os casos.

Diagnosticámos esclerite em uma doente que tinha vasculite reumatóide grave. Dois doentes foram observados com uveíte anterior aguda em actividade, sendo um deles a doente com esclerite já referida. Três doentes, embora sem anamnese sugestiva, tinham sequelas mínimas atribuíveis a episódio prévio de uveíte (os 3 tinham outras lesões oculares que se podem associar a inflamação do tracto uveal – ceratoconjuntivite seca em 2 e episclerite num).

Dois doentes tinham cataratas sub-capsulares posteriores, num deles associadas a glaucoma, provavelmente secundárias a corticoterapia.

Detectámos defeitos da refacção em 25 doentes, e outras alterações oftalmológicas menos significativas em 14.

A cintigrafia das glândulas salivares foi considerada anormal em 23 dos 25 doentes com xerostomia em que foi efectuada, e em apenas 1 de 20 doentes sem xerostomia; a diferença entre estes 2 grupos é estatisticamente significativa.

A biópsia das glândulas salivares acessórias labiais revelou intenso infiltrado linfo-plasmocitário em 6 dos 8 casos em que foi efectuada.

(Já publicado: Acta Reuma. Port. IX (3): 147-156, 1984)

13. SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMÁRIO I. MANIFESTAÇÕES SECAS E ARTICULARES.

J. Teixeira da Costa, M. Carmo Sousa, J. A. Melo Gomes, J. Espírito Santo e M. Viana Queirós

Núcleo de Reumatologia. Serviço de Medicina IV. Hospital de Santa Maria. Lisboa

Em 22 doentes com Síndrome de Sjögren primário (1 ♂ + 21 ♀) foram estudadas as manifestações secas e articulares. A idade média de início dos primeiros sintomas atribuíveis ao Síndrome de Sjögren foi de 40 ± 8 anos. Em 15 doentes (71%) os primeiros sintomas surgiram antes da menopausa. O início em 13 doentes (59%) foi monossintomático. As manifestações iniciais além das queixas oculares, xerostomia e tumefacção das parótidas, incluíram artralgias e/ou artrites e fenómeno de Raynaud. Todos os doentes tinham uma ou mais queixas oculares na altura do diagnóstico. O teste de Schirmer I forneceu valores baixos em 18 doentes (82%) e a biomicroscopia após coloração com Rosa de Bengala revelou queratoconjuntivite seca em todos os doentes.

A xerostomia esteve presente nos 22 doentes. Tumefacção das parótidas ocorreu em 17 doentes (77%). A cintigrafia salivar revelou-se anormal em todos os casos, sendo o envolvimento glândular considerado cintrigraficamente severo em 16 doentes (73%). A biópsia da parótida (1 caso) ou labial (21 casos) confirmou o envolvimento das glândulas salivares em todos os doentes. Catorze doentes (64%) referiram secura da pele. Sintomas relacionados com secura vulvovaginal foram referidos por 14 doentes (67%).

Os sintomas respiratórios e O. R. L. mais frequentes foram a secura da gargante, rouquidão persistente e secura nasal.

Disfagia ligeira foi referida por 7 doentes (32%).

Dezoito doentes (82%) apresentavam manifestações articulares e 13 (59%) tiveram artrites em alguma fase da sua evolução. O envolvimento foi sempre poliarticular e geralmente simétrico, intermitente e cedendo bem à terapêutica com antiinflamatórios não esteróides. Alterações atribuíveis ao Síndrome de Sjögren primário foram detectadas na radiografia das mãos e/ou pés em 13 doentes (59%). Factores reumatóides IgM foram encontrados em 13 doentes (59%), dos quais 12 com envolvimento articular.

14. MIASTENIA GRAVIS ASSOCIADA À TERAPÊUTICA DA ARTRITE REUMATÓIDE COM D-PENICILAMINA

J. A. Canas da Silva, J. A. Melo Gomes, J. Teixeira da Costa e M. Viana Queirós

Núcleo de Reumatologia do Serviço de Medicina IV do Hospital de Santa Maria. Lisboa – Portugal

Apresentamos um caso de uma doente portadora de Artrite Reumatóide clássica (AR), medicada com D-Penicilamina (D-PN) e que desenvolveu um quadro de Miastenia Gravis (MG), reversível após a paragem do fármaco e a instituição de terapêutica com Brometo de Piridostigmina.

Chama-se a atenção para a raridade mas igualmente para a gravidade desta complicação, sendo nossa opinião que qualquer doente sob terapêutica com D-PN deva ser cuidadosamente vigiado no sentido do diagnóstico precoce de uma MG.

Dado os estudos de Imunogenética haverem evidenciado um aumento da incidência do antígeno de histocompatibilidade HLA B8 em doentes com MG, e ainda que tal não fosse o caso da nossa doente, parece-nos útil a determinação dos haplotipos HLA em todos os doentes desenvolvendo MG sob D-PN, tal como originalmente proposto por Bucknall.

(Já publicado Arq. Reumatol. 6: 157-160, 1984)

15. EFEITOS ADVERSOS DOS FÁRMACOS DE FUNDO NA ARTRITE REUMATÓIDE REVISÃO

J. A. Canas da Silva, E. de Pap e M. Viana Queiroz

Núcleo de Reumatologia, Serviço de Medicina IV, Hospital Universitário de Santa Maria, Lisboa

Estudámos os efeitos adversos dos Sais de Ouro (SO), da D-Penicilamina (D-PN) e do Levamisole (L) em 139 doentes com o diagnóstico de Artrite Reumatóide (AR).

Os doentes tratados com imunorreguladores tinham uma duração de doença superior a 6 meses, não controlada com as medidas gerais. Os Sais de Ouro (Aurotiopropanol-sulfonato de sódio) foram utilizados em 84 doentes. A D-PN foi usada em 41 doentes. O Levamisole foi utilizado em 14 casos, com prévias acções acessórias aos SO e à D-PN e não portadores do antígeno HLA B27.

Em resumo, observámos efeitos adversos em 42% dos doentes tratados com SO, tendo 30.9% abandonado a terapêutica. No grupo tratado com D-PN observámos 34.1% de efeitos adversos, tendo 14.6% abandonado o fármaco. No grupo tratado com L, 28.5% dos doentes desenvolveram acções adversas, tendo 21.4% abandonado o fármaco.

Verificámos uma correlação estatisticamente significativa entre o desenvolvimento de proteinúria com os SO e/ou a D-PN e a presença do antígeno HLA DR3, o que nos levou a alargar o trabalho a 150 doentes a fazerem SO.

Em conclusão, este estudo permite confirmar a elevada percentagem de efeitos adversos que estes fármacos provocam, mas igualmente a sua relativa benignidade e reversibilidade em muitos casos. Não observámos nenhum caso letal.

Os estudos da Imunogenética poderão abrir novas perspectivas na selecção de doentes susceptíveis de contraírem efeitos adversos com os fármacos de fundo.

16. AVALIAÇÃO MÉDICO - SOCIAL E DO TIPO DE PERSONALIDADE DO DOENTE REUMATÓIDE

Luísa Ramos, Domingos Araújo, A. Pacheco Palha e A. Lopes Vaz

Serviço de Psiquiatria e Departamento de Reumatologia. H. S. João – Porto

Foi feito um estudo clínico, psicométrico e social a 35 doentes com patologia reumática.

Aplicou-se um protocolo clínico onde se registaram os dados referentes à história familiar e pessoal, bem como do estado actual.

Utilizamos no estudo psicométrico o Questionário Hospitalar de Middlesex, a escala de Hamilton para a depressão e o Inventário de Personalidade E. P. J.

Além disso foram registados em folha especial os dados de natureza social.

Os autores apresentam os resultados de investigação até este momento, comparando os dados dos doentes de um grupo com Artrite Reumatóide (20 casos), com um outro, heterogéneo, com patologias reumáticas variadas.

17. ARTRITE REUMATÓIDE INFANTIL. REVISÃO DE 73 CASOS

A. Albino Teixeira, M. José Vieira, M. E. Paiva, Sara Freitas, A. Lopes Vaz

Departamento de Reumatologia, H. S. João, Porto

Estudaram-se 73 doentes, 28 do sexo masculino e 45 do sexo feminino de idades entre os 3 e os 37 anos seguidos nas consultas de Pediatria Reumatológica e Reumatologia do H. S. J., com o diagnóstico de artrite reumatóide infantil. O modo de início foi poliarticular em 7 doentes (6 do sexo feminino), sistémico em 20 (atingindo igualmente ambos os sexos) e oliarticular em 46 (29 do sexo feminino e 17 do sexo masculino). Em 21 doentes procedeu-se ao estudo ecocardiográfico o qual revelou alterações compatíveis com derrame pericárdico em 2. Três doentes manifestaram hepatite de provável etiologia iatrogénica. Registaram-se complicações oculares atribuíveis à doença em 4 doentes. Cinco manifestaram complicações renais significativas, 4 por amiloidose secundária e 1 insuficiência renal aguda. A biópsia renal efectuada em 3 demonstrou depósitos glomerulares de material hialino com características tintoriais de substância amiloide, apresentando um glomerulonefrite membranosa e outro mesangioproliferativa. O terceiro exame histológico apresentava lesões sugestivas de coexistência de doença lúpica com nefropatia por

sais de ouro. O estudo do líquido articular revelou um número médio de células de 9541 ± 6789 sendo a percentagem média de rágócitos de $17,25 \pm 7,9$. A média dos valores plasmáticos de CH 50 foi de $56,81 \pm 10,98$ enquanto a dos doseamentos no líquido articular foi de $9,64 \pm 9,46$. O exame histológico da sinovial efectuado em 12 doentes demonstrou aumento marcado da angiogénese, escleroinaliciação do eixo conjuntivo das vilosidades e infiltrado inflamatório histioplasmocitário pouco intenso, sem disposição nodular em nenhum dos casos. A tipagem do Locus DR mostrou menor frequência dos antígenos DR₂ e DR₃, tendo ocorrido com maior frequência DR₄ e DR₇. O DR₅ pouco diferiu da população control. O risco relativo da doença calculado em relação aos antígenos DR₄ e DR₇ foi de 2,37 e 3,21 respectivamente.

18. REPERCUSSÕES CARDÍACAS DA ARTRITE CRÓNICA JUVENIL (ACJ)

J. A. Melo Gomes, António Brandão, Mário G. Lopes e M. Viana Queirós

Núcleo de Reumatologia e Unidade de Cardiologia do Serviço de Medicina IV do Hospital de Santa Maria. Lisboa – Portugal

Embora reconhecidas desde o trabalho inicial de George Frederic Still em 1897, as repercussões cardíacas da ACJ são raras e, na maioria dos casos, sub-clínicas. A pericardite é de todas a mais frequente, estando também descritos alguns casos de miocardite, e mesmo de endocardite, com envolvimento valvular.

A ecocardiografia, método incruento e muito sensível, permite um estudo das manifestações cardíacas da doença bastante mais profundo que os métodos anteriormente disponíveis. A controvérsia existente entre estudos ecocardiográficos previamente publicados levou-nos a estudar um grupo de 31 doentes com ACJ, divididos quanto à forma de início em: Sistémico – 9 casos; Poliarticular – 8 casos; Oligoarticular – 14 casos; 17 do sexo feminino e 14 do masculino, com idades de início da doença de 6 anos (Média; Limites: 1-15 anos) e, na altura em que foi efectuado o ecocardiograma módulo M, de 14 anos (Média; Limites: 5-59 anos).

Vinte e cinco doentes tinham ecocardiograma inteiramente normal $25/31 = 81\%$. Quatro doentes $(4/31 = 13\%)$ tinham pequeno derrame/espessamento pericárdico – 3 com início sistémico (33% dos doentes com esta forma de início) e 1 com início poliarticular.

Três doentes $(3/31 = 10\%)$ tinham discreto prolapso da válvula mitral – em 1 caso associado a derrame pericárdico, e em 2 como lesão isolada.

Confirmámos pois a raridade do envolvimento cardíaco na ACJ, tendo sido o derrame pericárdico assintomático o achado mais frequente, com predomínio nítido nos doentes com início sistémico.

A prevalência do prolapso da válvula mitral é idêntica à da população em geral.

19. LUPUS ERITEMATOSO DISSEMINADO (LED). REVISÃO DE UMA CASUÍSTICA DE 54 CASOS. (I)

AA: J. A. Pereira da Silva, A. C. Alves de Matos e M. Viana Queirós

Núcleo de Reumatologia do Serviço de Medicina IV do H. S. Maria

Temos vindo a estudar prospectivamente as manifestações clínicas e laboratoriais dos doentes com LED da consulta de Reumatologia do H. S. Maria. Apresentamos os resultados preliminares da revisão de uma casuística dos primeiros 54 doentes diagnosticados segundo os critérios da ARA (1981).

A idade de início da doença situou-se entre os 15 e os 30 em 60% dos casos e entre os 30 e os 55 em 24%. 8,5% dos casos tiveram o seu início antes dos 15 anos, tendo-se registado igual percentagem de casos iniciados após os 55 anos. Para cada indivíduo do sexo masculino verificámos a existência de 5 mulheres.

As queixas ósteo-articulares isoladas constituíram em 48% dos casos o quadro inaugural da doença, e que as mesmas queixas, associadas quer a alterações cutâneas, quer a serosites, constituíram em mais 18% o quadro inicial do LED. Apenas em 2 doentes não se registaram queixas articulares no curso da doença. A poliartrite foi o quadro reumático que afectou mais frequentemente os doentes estudados (80%). Seguiram-se-lhes as mialgias (39%), as tenossinovites e as necroses assépticas da cabeça do fémur (ambas em 6%) e as deformações mimetizando AR em 7%.

Das outras manifestações clínicas frequentes no LED, a queda de cabelo e a fotossensibilidade cutânea surgiram em 52% dos doentes, o fenómeno de Raynaud em 37%, o rash em asa de borboleta em 36%, a vasculite cutânea em 24%, as úlceras das pernas em 4% e as tromboflebite em 8%. A pleurisia surgiu em 26% dos doentes e a pericardite em 20%. Detectámos hepatomegalia em 6% e esplenomegalia em 3%.

O envolvimento do sistema nervoso verificou-se em 28 doentes (51%). A depressão e a psicose surgiram em 12 doentes (22%), e o défice da memória, da capacidade de cálculo e da atenção em 18%. Registaram-se 3 casos de convulsões.

(continua)

20. LUPUS ERITEMATOSO DISSEMINADO (LED). REVISÃO DE UMA CASUÍSTICA DE 54 CASOS. (II)

(continuação)

AA: J. A. Pereira da Silva, A. C. Alves de Matos, M. Viana Queirós

Núcleo de Reumatologia do H. S. Maria

O coma ocorreu em 2 doentes. Obsevámos um caso de cada uma das situações seguintes: mono-neurite múltipla, mononeurite periférica, paralisia facial, miocrinia, anisocoria, meningite asséptica e infecçosa e hemiparésia d. (AVC).

Dezasseis doentes (29%) apresentaram alterações da função renal que obrigaram a biopsar o rim. Destes 16 doentes, 8 tinham glomerulonefrite (GN) proliferativa focal, 4 GN proliferativa difusa, 2 GN mesangial e 1 GN membranosa. Detectámos, ainda, 2 casos de nefrite intersticial e 1 de amiloidose renal.

Do estudo laboratorial efectuado verificámos que a anemia hemolítica surgiu em 18% dos casos, a leucopénia em 41%, a linfocitopénia em 48%, a trombocitopénia em 14%, as falsas reacções para a sífilis em 3%, a hipocomplementémia em 48%, os factores reumatóides em 31%, as células LE em 59%, os anticorpos antinucleares em 84% e o anticorpo anti-DNA em 93%.

21. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO – REVISÃO CLÍNICA DE 65 CASOS

Manuela Fernandes, Lisete Cardoso e A. Lopes Vaz

Departamento de Reumatologia – Hospital de S. João – Porto

Os autores fizeram um estudo prospectivo de 65 doentes com Lupus Eritematoso Sistémico (LES), do ponto de vista clínico e laboratorial.

Comprovaram a alta incidência desta patologia no sexo feminino e durante a 2.^a e 3.^a décadas. Constataram serem as manifestações articulares as mais precoces (77%) e constantes (93,8%). As manifestações cutâneas são referidas não só como sintoma inicial (32%) mas também durante a evolução da doença (76,9%). As alterações renais representando 46,1 dos casos, são uma das primeiras causas de morte; pleurite foi registada em 33,8% dos doentes e a pericardite verificou-se em 18,4%.

O envolvimento neuropsiquiátrico, de baixa incidência (9,2%), neste estudo, e, atendendo ao lugar que representa no prognóstico e orientação da doença lúpica, levou a concluir da necessidade de uma observação, mais atenta e contínua, no respeitante a este foro, para uma melhor valorização de pequenos dados.

Do ponto de vista laboratorial chamamos, uma especial, atenção para os anticorpos antinucleares, e, mais especificamente os anticorpos anti-ADN para um diagnóstico mais seguro da doença, dada a sua presença quase invariavelmente constante, segundo alguns autores.

22. A FUNÇÃO RESPIRATÓRIA NO LUPUS ERITEMATOSO DISSEMINADO

J. Espírito Santo, M. Costa e Silva, M. Viana Queirós e A. Couto.

Núcleo de Reumatologia e Serviço de Doenças Pulmonares do Hospital de Santa Maria–Lisboa

Estudamos a Função Respiratória em 30 doentes com Lupus Eritematoso Disseminado (4 ♂ e 26 ♀ com idades médias, respectivamente, de 33 ± 19 e 36 ± 14).

Em 12 doentes foram encontradas alterações no radiograma do torax: 10 com alterações pleurais e 2 com alterações difusas do retículo. Em 18 doentes o radiograma do torax era normal.

Detectamos alterações ventilatórias em 22 doentes (73%): 15 (68%) do tipo restritivo, 3 (14%) do tipo misto e 1 (5%) do tipo obstrutivo; nos restantes 3 doentes apenas observamos diminuição da compliance estática.

Em 7 doentes (23%) observamos diminuição da difusão do CO: 6 com alteração ventilatória do tipo restritivo e o outro do tipo obstrutivo.

6 dos 18 doentes sem compromisso radiológico do torax (33%) apresentaram alteração ventilatória do tipo restritivo.

23. O COMPROMISSO OCULAR NO LUPUS ERITEMATOSO DISSEMINADO (LED)

AA: A. C. Alves de Matos, J. A. Melo Goems, J. A. Pereira da Silva, J. P. Almeida Jorge, P. Sousa Ramalho, M. Viana Queirós

Núcleo de Reumatologia e Serviço de Oftalmologia do Hospital de Santa Maria

Estudámos sob o ponto de vista oftalmológico, um grupo de 32 doentes com LED diagnosticado segundo os critérios da ARA (1981), tendo detectado alterações em 22 doentes (69%), 6 das quais iatrogénicas.

Verificámos que o teste de Schirmer era anormal em 10 doentes, dos quais 7 tinham ceratoconjuntivite seca.

Observámos 2 casos de episclerite ligeiras e fugazes. Não detectámos nenhum caso de esclerite.

Verificámos existirem sinais de uveíte anterior em actividade em 2 doentes, qualquer deles com queixas compatíveis. Um deles apresentava também sinais de coroidite difusa e o outro de *pars planitis*.

Em 3 doentes verificámos a presença de "corpos citóides" (manchas algodonosas). Dois destes doentes encontravam-se em pleno surto de actividade lúpica com síndrome cerebral orgânico; o outro doente veio a desenvolver um síndrome semelhante 3 meses depois da observação das manchas algodonosas.

Quinze doentes encontravam-se sob terapêutica com anti-palúdicos de síntese (Amodiaquina). Deste sub-grupo, 4 doentes apresentavam lesões retinianas atribuíveis a estes fármacos, tendo num deles sido detectada uma ceratopatia cloroquinica.

Foram diagnosticadas cataratas sub-capsulares posteriores em 2 doentes. Ambas tinham feito terapêutica corticosteróide intensa e prolongada.

Os resultados preliminares deste trabalho sugerem:

- ser frequente o envolvimento ocular no LED;
- a existência de manchas algodonosas poderá, eventualmente, vir a constituir um marcador útil de doença cerebral lúpica;
- que os riscos iatrogénicos não são desprezíveis, impondo, por isso, vigilância clínica apertada.

(Já publicado Acta Reuma. Port. X(2):89-94, 1985)

24. AMILOIDOSE E LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

A. Gomes da Costa, J. A. Canas da Silva, J. A. Pereira da Silva, A. Alves de Matos e M. Viana Queirós

Núcleo de Reumatologia do Serviço de Medicina IV e Unidade de Nefrologia do Serviço de Medicina III, Hospital Universitário de Santa Maria, Lisboa, Portugal

A ocorrência de Amiloidose é uma complicação reconhecida de várias doenças inflamatórias crónicas, incluindo as doenças difusas do conectivo. No entanto, o desenvolvimento da Amiloidose numa dessas doenças, o Lupus Eritematoso Sistémico (LES), é muito raro. Os Autores apresentam aqui o 5.º caso clínico de que têm conhecimento a nível mundial de uma doente com LES e que desenvolveu uma Amiloidose.

Caso clínico: A.M.S.R., 34 anos de idade, sexo feminino.

- Janeiro 1975: Poliartrite aguda sem febre com envolvimento dos punhos, MCF, IFP das mãos, ombros e joelhos. Medicada com Prednisolona melhora. Factores reumatóides negativos. Sem queixas de outros órgãos ou sistemas.
- Abril 1975: Novo surto de Poliartrite aguda sem febre. Medicada com Prednisolona melhora.
- Agosto 1975: Agravamento progressivo das suas queixas. Observada nos Hospital Cochin (Paris), medicada com Indometacina e Prednisolona.
- Até Janeiro 1977: Mantém queixas articulares (artrites) com rigidez matinal, queda progressiva do estado geral. Prednisolona 7,5 mg/dia.
- Julho 1977: Observada de novo no Hospital Cochin (Paris). Diagnóstico feito: Artrite Reumatóide, e instituída terapêutica com Sais de Ouro, que *não chega a iniciar* por proteinúria de 4 g/24 h, sem deterioração da função renal.
- Outubro 1977: Observada no Núcleo de Reumatologia do Hospital de Santa Maria. Mantém proteinúria entre 1-2 g/24 h.
- Abril 1978: Enviada para observação e eventual B. R. à Unidade de Nefrologia do Hospital de Santa Maria (Dr. Gomes da Costa), faz B. R.: *Amiloidose Renal*.
- Abril 1978: ANAS positivos (padrão mosqueado); Anti-DNA positivo; Células LE positivas.

Conclusão: Lupus complicado de Amiloidose.

25. ASSOCIAÇÃO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO COM SÍNDROME DE DUPLO ÚTERO COM HEMIVAGINA OBSTRUÍDA E AGENÉSIA RENAL HOMOLATERAL

J. A. Canas da Silva, J. C. Branco, J. Zammit, A. Quintino e M. Viana Queirós

Núcleo de Reumatologia e Serviço de Medicina IV, Hospital Universitário de Santa Maria, Lisboa e Serviço de Medicina I, Hospital Distrital de Santarém

Os autores apresentam um caso clínico em que coexistem um LES e um Síndrome de duplo útero associado a hemivagina obstruída e agenésia renal homolateral. Este caso constitui, tanto quanto sabemos, a primeira descrição a nível internacional da associação de um LES com este síndrome uro-genital.

Caso clínico: M. L. L., 17 anos, sexo feminino. Menarca aos 15 anos. Menstruações irregulares, fluxos de quantidade variável, côr chocolate com aspectos de borras, sempre com dismenorria.

- Março 1981: crescimento progressivo de “tumor” na fossa, ilíaca esquerda (FIE) com dor permanente agravada nos períodos menstruais.
- Abril 1981: “tumor” vulvar e tenesmo. Aparecimento de fenómeno de Raynaud.
- Maio 1981: extensão do “tumor” à fossa ilíaca direita (FID).
- Agosto 1981: episódios de fenómeno de Raynaud mais intensos e mais frequentes.
- Outubro 1981: internada no Hospital Distrital de Santarém onde a sua situação ginecológica é esclarecida. Aparecimento de dor retro-esternal e poliartrite das interfalângicas proximais (IFP) de ambas as mãos e cotovelos, derrame pleural, febre e poliadenopatias. É enviada ao Núcleo de Reumatologia do Hospital de Santa Maria onde, no decurso do internamento, é feito o diagnóstico de LES, tendo iniciado terapêutica com corticosteróides e anti-inflamatórios com acentuada melhoria do quadro sistémico.

26. LUPUS INDUZIDO METILDOPA

J. A. Melo Gomes e M. Viana Queirós. Consulta de Reumatologia do Hospital Militar Principal e Núcleo de Reumatologia do Serviço de Med. IV do Hospital de Santa Maria. Lisboa – Portugal

Os medicamentos anti-hipertensivos encontram-se entre aos que com maior frequência desencadeiam lupus induzido por drogas. Embora a α -metildopa se associe a positividade dos anticorpos anti-nucleares (AAN) em cerca de 15% dos doentes tratados, apenas 3 casos bem documentados de lupus induzido pela metildopa se encontram descritos.

Caso Clínico

M. F. M., sexo feminino, 50 anos, casada, professora do ensino secundário, foi saudável até Out/82, altura em que lhe foi detectada hipertensão arterial, tendo sido medicada com metildopa (500 mg/dia). Em Março/83 refere o aparecimento de poliartrite, envolvendo as pequenas articulações das mãos (MCFs e IFPs), punhos, ombros, e metatarso-falângicas. Observada por nós a 23/Jun/84, mantinha poliartrite ligeira envolvendo as articulações referidas, a TA era de 190/110 mmHg, sendo o restante exame objectivo normal. Medicada com Ibuprofen (1200 mg/dia), houve melhoria das queixas articulares.

A 20/Jul/83 teve episódio de dor precordial forte, sendo ouvida um atrito pericárdico, e tendo o diagnóstico de pericardite sido confirmado ecocardiograficamente. Medicada com Indometacina (100 mg/dia), houve diminuição acentuada da dor precordial ao fim de 4 dias, e desaparecimento do derrame pericárdico ao fim de 1 semana. Das análises então efectuadas eram valorizáveis uma VS de 86 mm, AAN + (> 1/40), anticorpos anti-DNA negativos, C₃ e C₄ normais, e imunocomplexos circulantes positivos. Posta a hipótese a hipótese de lupus induzido por metildopa suspendemos este fármaco, tendo havido melhoria progressiva da poliartrite, a qual veio a desaparecer completamente em Nov/83.

A doente retomou a sua actividade profissional normal em Dez/83, e em Jan/84 continuava assintomática, sendo a VS de 5 mm e os AAN fracamente positivos (1/20).

(Já publicado na Acta Reuma. Port. X(3):123-134, 1985)

27. DOIS CASOS DE PERIARTERITE NODOSA (PAN) COM ENVOLVIMENTO EXCLUSIVAMENTE CUTÂNEO-ARTICULAR

AA: A. C. Alves de Matos, J. Espírito Santo e M. Viana de Queirós

Núcleo de Reumatologia do Hospital de Santa Maria

O envolvimento cutâneo-articular da PAN surge, no quadro inicial da doença, em cerca de 60% dos casos. Uma vez que se apresente isolado sem se enquadrar num compromisso sistémico inaugural, o seu prognóstico é relativamente bom quanto à sobrevivência.

Apresentamos 2 casos de PAN cutâneo-articular confirmados por biópsia cutânea.

Caso 1: JFC, de 28 anos de idade, do sexo masculino, que desde os 17 anos sofre de poliartralgias intensas ao nível das grandes articulações dos membros, evoluindo por surtos, com intervalos livres de queixas e, esporadicamente, acompanhadas de ligeiros sinais inflamatórios articulares. Desde há cerca de 2 anos que, conjuntamente com as artralgias, refere mialgias marcadas dos gêmeos e músculos das coxas, agravadas pelo ortostatismo e concomitantes com o desenvolvimento de nódulos sub-cutâneos purpúreo-eritematoso, confluentes, migratórios, dolorosos e, nalguns casos, pulsáteis, nas pernas. Os estudos laboratoriais sanguíneos e urinários efectuados nada revelaram de anormal, incluindo a pesquisa

do AgHBs negativa. A biópsia de um nódulo mostrou as lesões características dos PAN (infiltrado perivascular com zonas de necrose).

Caso 2: AA de 59 anos e do sexo masculino que refere o início da sua doença 10 meses antes, altura em que se desencadeia um síndrome poliartrálgico, atingindo as articulações dos membros associado a mialgias intensas dos gêmeos e agravadas pelo ortostatismo. Nos 2 meses precedentes, o doente notou o aparecimento de máculas eritematosas, confluentes e com irradiações periféricas, ao nível da face, tronco e dos membros inferiores. Do ex. objectivo destacava-se: o estado geral mantido, apirético, livedo reticular intenso dos membros e hepatomegalia. Dos ex. laboratoriais: VS 140; anmia normocrómica; hipergamaglobulinémea marcada; AgHBs-negativo. Bp. hepática: hepatite alcoólica; Bp. da pele: infiltrado e necrose vascular. Aortografia abdominal: ausência de aneurismas.

28. UM CASO DE DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO (DMTC) COM 7 ANOS DE EVOLUÇÃO E COMPLICADA DE AMILOIDOSE

AA: J. A. Pereira da Silva, A. C. Alves de Matos e M. Viana Queiróz

Núcleo de Reumatologia do Hospital de Santa Maria

A DMTC é um síndrome descrito há cerca de 12 anos e que integra características clínicas e laboratoriais de vária conectivites.

Que seja do nosso conhecimento este é o primeiro caso descrito de DMTC complicada de amiloidose.

Caso Clínico: QB, de 56 anos, do sexo feminino, que iniciou a sua doença em 1977 por artralgias dos joelhos, ombros e tumefacção difusa e dolorosa das mãos juntamente com fenómeno de Raynaud. Seis meses depois desenvolve febre, astenia e anorexia com tosse e expectoração hemoptóica. No Rx de torax evidenciam-se infiltrados heterogéneos e de limites imprecisos. A biópsia pulmonar revelou um processo fibrótico intenso. Em 1981 tem novo agravamento do estado geral com fadiga e falta de força muscular, sinais inflamatórios em várias articulações e disfagia com dispepsia e regurgitação, pelo que é internada.

Ao ex. objectivo, observou-se uma doente com as mãos difusamente tumefactas com esclerodactilia e dedos em fuso, adenopatias generalizadas, fervores de ambas as bases pulmonares e tumefacção e movimentos dolorosos de ambos os joelhos. Úlceras nasais e bucais.

Dos ex. laboratoriais ressaltamos uma anemia hipocrómica e microcítica; creatino-fosfoquinase: 400 mg/dl; hipergamaglobulinémea marcada de base larga; factores reumatóides positivos; anticorpos antinucleares positivos (200 U/ml) e anticorpos anti-DNA igualmente positivos (66 U/ml); anticorpo anti-RNP: 1/200.

Rx do esófago com hipomotilidade dos 2/3 inferiores com refluxo.

Electromiograma revelando a presença de potenciais polifásicos repetidos e de pequena amplitude em repouso.

No decurso de uma rectosigmoidoscopia de rotina efectuou-se uma biópsia rectal, cujo estudo histológico mostrou depósitos de substância amiloide.

29. UM CASO DE ESCLEROSE SISTÉMICA PROGRESSIVA COM ENVOLVIMENTO ARTICULAR ATÍPICO, CARDIOPULMONAR GRAVE E COM ALGUNS ASPECTOS SUGESTIVOS DE LUPUS ERITEMATOSO DISSEMINADO

AA: A. C. Alves de Matos, C. Miranda Rosa e M. Viana Queiróz

Núcleo de Reumatologia do Serviço de Medicina IV, Hospital de Santa Maria – Lisboa

A artropatia da esclerodermia tem sido objecto de numerosas comunicações na literatura reumatológica dos últimos anos denotando-se a extrema diversidade dos achados. O envolvimento pulmonar desta conectivite é considerado, através do estudo de grandes séries, como sendo de curso lento e progressivo. A associação de esclerodermia e lupus, não enquadrável no síndrome de Sharp, é conhecida mas pouco frequente. Descreve-se um caso em que tanto o compromisso articular, como o curso rápido das lesões pulmonares, como ainda a associação com alguns aspectos sugestivos de lupus o tornam invulgar.

Caso Clínico: MGP de 40 anos do sexo feminino, sofrendo de esclerodermia com 10 anos de evolução e envolvimento articular simétrico grave, com deformações das articulações dos dedos das mãos. Os radiogramas mostravam erosões. Dos exames laboratoriais destacavam-se a leucopénia com linfopénia, a creatino-fosfoquinase em concentrações elevadas no soro, com electromiograma com alterações compatíveis com polimiosite. A pesquisa de anticorpos antinucleares foi positiva sendo de tipo mosqueado. Anticorpos anti-DNA a 66 U/ml e anti-RNP a 1:32. Factores reumatóides positivos.

Entre Setembro e Outubro de 83 a doente desenvolve sinais de hipertensão arterial pulmonar grave e resistente à terapêutica com Nifedipina e O₂. As provas da função respiratória mostraram a existência de uma diminuição acentuada de transferência alveolo-capilar e a análise do líquido do lavado bronquico mostrou uma alveolite linfocitária muito activa. Três semanas antes do falecimento da doente, desenca-

deia-se uma pericardite aguda sem sinais de tamponamento que o exame necrópsico revelou ser fibrinosa com corpos hematxilínicos. O exame histológico pulmonar mostrou fibrose em favo e marcado compromisso vascular com lesões de endarterite em camadas concêntricas.

30. ESPONDILARTRITE ANQUILOSANTE (REVISÃO DE 75 CASOS)

J. Espírito Santo, J. Teixeira da Costa e M. Viana Queirós

Núcleo de Reumatologia do Hospital de Santa Maria – Lisboa

Foram estudados 75 doentes com formas definidas de EA (61 ♂ e 14 ♀) com idade de 37 ± 12 anos e idade de início da doença de 24 ± 9 . Mais de metade dos doentes – 42 (56%) iniciou a EA entre os 17 e os 29 anos, 17 (23%) iniciaram-se antes dos 16 anos e nenhum doente iniciou a doença para além dos 50 anos.

Lombalgias e/ou dor na região glútea, surgidas em 41 doentes (55%), foram a forma de início mais frequente em ambos os sexos (49% no sexo ♂ e 79% no sexo ♀). No sexo ♂ vêm a seguir: ciática atípica – 13%, compromisso das coxo-femorais – 11% e talalgias – 10% (as duas últimas apenas nos ♂), e, no sexo ♀, cervicalgias – 14% e compromisso dos joelhos – 14%.

O compromisso articular periférico, na forma de estado da doença, incidiu no sexo ♂ no envolvimento dos pés – 61%, joelhos – 39%, coxo-femorais – 38% e tibio-tarsicas – 23%; e, no sexo ♀, joelhos – 64%, tibio-tarsicas – 43% e pés, punhos e mãos com uma percentagem de 36%.

O compromisso radiológico da coluna foi mais frequente na coluna lombar no sexo ♂ (72%) e igualmente frequente na coluna cervical e lombar no sexo ♀ (36%). 16% dos doentes, todos do sexo ♂, apresentaram coluna de bambu e 23% dos doentes não apresentaram compromisso radiológico da coluna.

24 doentes (32%) apresentaram problemas oculares: uveítes anteriores em 16, conjuntivites em 7 e episclerite em 1 doente.

A velocidade de sedimentação foi inferior a 20 mm à 1.^a hora em 23 doentes (31%) e superior a 100 mm apenas em 3 (4%). O RA teste foi positivo em 4% dos doentes, os A. A. N. em 7%, os imunocomplexos circulantes em 33% e o HLA-B27 em 68%. Nos doentes com uveíte anterior a percentagem de positividade do HLA-B27 foi de 86%.

31. ALTERAÇÕES CARDÍACAS NA ESPONDILARTRITE ANQUILOSANTE — RESULTADOS PRELIMINARES

J. Espírito Santo, Mário Garcia, M. Viana Queirós e Macieira Coelho

Núcleos de Reumatologia e de Cardiologia do Serviço de Medicina IV do Hospital de Santa Maria – Lisboa

Dezoito doentes com EA (16 ♂ e 2 ♀) com idade média de 39 ± 12 anos foram submetidos a um protocolo de investigação cardiológica que incluiu: história e observação clínica, radiograma do torax, E. C. G. e ecocardiograma.

Dez doentes referiram palpitações, 6 vertigens, 4 dispneia de esforço, 4 fadiga de esforço e 2 lipotímias.

A auscultação cardíaca foi normal em todos os doentes com excepção de um que apresentava sinais esteto-acústicos de insuficiência aórtica. Cinco doentes tinham hipertensão.

Nos Rx do torax detectamos, em 4 doentes, acentuação do arco aórtico.

No E. C. G. 6 doentes tinham bradicardia com frequência variando entre 37 e 60 p. m., havendo em 2, simultaneamente, arritmia sinusal. Tinham encurtamento da condução aurículo-ventricular ($PQ < 0,12$) 3 doentes, um dos quais apresentava hemi-bloqueio anterior esquerdo confirmado vectocardiograficamente.

Verificamos alterações no ecocardiograma de 4 doentes: um com prolapso da válvula mitral, um com espessamento acentuado do septo, outro simultaneamente com espessamento do septo e aurícula esquerda aumentada e, por último, um doente com ectasia da aorta associada à valvula aórtica bicuspidada e valvula mitral com folheto hipomovel.

32. UM CASO DE LINFOMA NÃO HODGKIN APRESENTANDO-SE COMO ESPONDILITE ANQUILOSANTE JUVENIL

Pereira da Silva, Viana Queirós

Núcleo de Reumatologia, Serviço de Medicina IV, Hospital de Santa Maria – Lisboa

Embora as queixas articulares acompanhem frequentemente as doenças linfo-proliferativas estão descritos muito poucos casos na literatura internacional de linfoma não-Hodgkin iniciados por queixas articulares. Descrevemos um caso de um rapaz de 16 anos em que durante 17 meses prevaleceu o

quadro clínico de uma poliartrite atípica simulando uma Espondilite Anquilosante e em que o compromisso clínico dos gânglios linfáticos, do fígado e do baço ocorreu apenas no último mês de vida.

33. ASPECTOS MÉDICO-SOCIAIS DA ESPONDILARTRITE ANQUILOSANTE

J. Espírito e M. Viana Queirós

Núcleo de Reumatologia do Hospital de Santa Maria – Lisboa

Elaborámos um inquérito destinado aos doentes com Espondilartrite Anquilosante, versando os seguintes temas: Actividade Profissional, Vida Familiar e Social, Actividade Física e Problemas Financeiros.

Apresentamos os resultados referentes aos primeiros 30 doentes (25 ♂ e 5 ♀).

ACTIVIDADE PROFISSIONAL: têm dificuldades na realização das tarefas profissionais – 27 (90 %); faltam com frequência ao emprego – 16 (53 %); queixam-se de incompreensão por parte da entidade patronal – 16 (53 %); referem ser mal aceites pelos colegas – 11 (37 %); foram reclassificados – 7 (23 %); estão reformados – 4 (13 %); perderem hipóteses de promoção – 15 (50 %); têm dificuldades em deslocar-se para o emprego – 20 (67 %).

VIDA FAMILIAR: viram-se obrigados a alterar os hábitos de preenchimento de tempos livres – 23 (77 %); sentem-se afectados no relacionamento social – 15 (50 %); queixam-se de incompreensão por parte dos familiares – 3 (10 %); consideram-se afectados psicologicamente pela doença – 8 (27 %); têm por vezes dificuldades na execução da higiene pessoal – 24 (80 %); necessitam de ajuda de outrem na realização da higiene pessoal – 12 (40 %); referem problemas sexuais – 24 (80 %).

ACTIVIDADE FÍSICA: praticavam desporto – 6 (20 %); abandonaram a actividade desportiva – 4 (13 %); fazem regularmente ginástica – 15 (50 %); praticam natação – 8 (27 %); não nadam por inexistência de piscina acessível – 15 (50 %).

PROBLEMAS FINANCEIROS: sentem-se afectados financeiramente pela doença – 19 (63 %); nenhum doente recebe ajudas oficiais; consideram ter direito a elas – 12 (40 %).

34. RETINOIDES E ARTRITE PSORIÁSICA

A. Aroso Dias, C. Resende, M. Guimarães, A. Lopes Vaz

Departamento de Reumatologia e Serviço de Dermatologia do Hospital de São João – Porto

Um doente com forma mista de Artrite Psoriásica, com 13 anos de evolução, caracterizada por poliartrite periférica erosiva e destrutiva e acentuado envolvimento axial, cursando com persistentes e intensos sinais inflamatórios apresenta simultaneamente uma Psoríase vulgar estendendo-se a 50 % da área corporal e com um PASI de 13,0.

Atendendo à gravidade e intensidade das manifestações cutâneas e articulares e à falta de resposta terapêutica aos tratamentos clássicos, decidimos iniciar e ensaiar tratamento com derivado retinoide RO-10.9359 (Etretinato).

Para avaliação dos resultados baseámo-nos no Índice Articular de Lansbury, no PASI, na necessidade percentual diária de AINES e na quantificação dos efeitos colaterais, sendo a administração e vigilância terapêutica efectuada segundo protocolo préviamente estabelecido.

Os resultados obtidos neste doente, permite-nos pensar que os retinoides possam constituir em casos seleccionados de Artropatia Psoriásica grave e apesar dos frequentes efeitos colaterais, uma real contrapartida para terapêuticas potencialmente mais agressivas.

35. PSORÍASE E ARTRITE. CLÍNICA E PATOGENIA

D. Araújo, A. Albino Teixeira, C. Resende, J. M. Mesquita Guimarães e A. Lopes Vaz

Departamento de Reumatologia e Serviço de Dermatologia do Hospital de São João – Porto

Estudaram-se 80 doentes psoriáticos, 54 homens e 26 mulheres, de idade entre os 12 e os 76 anos (idade média de 39,6 anos). Registou-se a data de aparecimento das lesões, o tipo da psoríase e a severidade das lesões (PASI/psoriasis area and severity index). Na avaliação articular utilizou-se a observação clínica e exames radiográfico e cintigráfico. O protocolo incluiu, ainda, estudo analítico, imunológico e imunogenético e, em alguns casos, o estudo morfológico e com fluorescência da sinovial do joelho.

Em 50 % dos doentes as lesões cutâneas iniciaram-se antes dos 20 anos de idade e a intensidade segundo a fórmula do PASI variou de 1,1 a 64,4 correspondendo o 1.º valor a uma forma muito discreta de psoríase vulgar e o 2.º a uma psoríase eritrodérmica extremamente grave.

Diagnosticou-se artrite psoriática em 33 doentes (23 homens e 10 mulheres) com a seguinte distribuição pelos grupos de Moll e Wright: grupo 1 – 3 doentes; grupo 2 – nenhum doente; grupo 3 – 7 doentes; grupo 4 – 7 doentes; grupo 5 – 16 doentes. As lesões cutâneas precederam as queixas articulares em 91 % dos casos. Nos doentes com artrite a incidência familiar de psoríase foi mais elevada do

que nos sem artrite. O estudo cintigráfico confirmou as alterações observadas clínica e radiograficamente e evidenciou alguns casos, hiperfixação em articulações doentes sem manifestações radiográficas e noutras assintomáticas. Analiticamente constatamos seronegatividade para o F. R.; aumento moderado da velocidade de sedimentação, hiperuricemia em 10 % dos psoriáticos s/ artrite e em 20 % nos doentes c/ artrite; elevação do IgA e da actividade do complemento total, diminuição dos linfócitos B e T. Os resultados da tipagem HLA revelaram aumento significativo dos antígenos A₁, B₁₃, B₁₇, B₂₁, BW₃₈ e DR₇ e diminuição dos antígenos B₁₂, DR₁ e DR₂.

Nos fragmentos de sinovial verificou-se hipertrofia do mesotélio, infiltrado inflamatório de linfócitos e plasmócitos em redor dos vasos de parede espessada e rodeados por áreas de densificação fibrosa. A imunofluorescência demonstrou a presença de depósitos granulares e IgG perivasculares. Não se observaram depósitos de complemento.

36. ARTRITE PSORIÁSICA E AMILOIDOSE: CASO CLÍNICO

L. Campos, J. Afonso Guimarães, A. Sales Luis.

Hospital Egas Moniz – Lisboa

A Amiloidose é uma complicação conhecida de alguns reumatismos inflamatórios crónicos. Aparece em cerca de um quarto das autópsias de doentes com Artrite Reumatóide e é diagnosticada em 4 % dos casos de Artrite Reumatóide Juvenil e Espondilite Anquilosante, segundo algumas séries. O aparecimento de Amiloidose na evolução da Artrite Psoriásica é no entanto rara, surgindo em dois dos 570 doentes de Roberts e Lambert e havendo alguns outros relatos esporádicos. A Amiloidose Sistémica Reactiva envolve preferencialmente o fígado, rim, baço e suprarrenal.

Apresentamos o caso de um doente, N. L. A., de 45 anos, que iniciou aos 29 um quadro de Poliartrite Aditiva, assimétrica e envolvimento axial e das IFD, com uma evolução rápida e destrutiva. Aos 32 anos, surgem lesões psoriáticas que rapidamente se entenderam à quase totalidade do corpo. Melhorou com tratamento termal. Aos 40 anos é diagnosticada Hipertensão Arterial e aparece Hepatomegália. Dois anos depois, início de Insuficiência Renal e Anemia. Não havia antecedentes de Psoríase na família. O doente foi internado por polipo nasal de crescimento rápido. No exame objectivo destaca-se, para além do polipo nasal e da Hepatomegália, TA de 210/90 mmHG, rim direito aumentado de volume, lesões psoriáticas com distribuição característica e movimentos limitados de quase todas as articulações periféricas e coluna cervical com importantes deformações. Nos exames laboratoriais apresentava de mais relevante, anemia hipocrómica normocítica (Hb 6,7 gr.) V. S. 1.^a h. 145 mm, creatinina 3 mg/dl, hipergamaglobulinémia (2,8 gr/dl), Proteinúria das 24 h. – 6,8 grs, cilindros hialino-granulosos no sedimento, negativa a pesquisa de factores reumatóides e Waaler-Rose assim como a pesquisa de proteinúria de Bence-Jones. Dos restantes exames, destacamos a biópsia hepática que mostrou abundante amilóide, que só se traduzia por aumento da Fosfatase Alcalina (635 U/l), sem alteração dos restantes parâmetros. A biópsia rectal foi negativa. O exame da sinovial mostrou sinovite.

37. ARTRITE REUMATÓIDE INFANTIL E VASCULITE SISTÉMICA

A. Aroso Dias, A. Lopes Vaz

Departamento de Reumatologia do Hospital de São João – Porto

Doente ♀, 14 anos, inicia aos 7 anos poliartrite simétrica e aditiva de médias e pequenas articulações, evoluindo por crises e sem carácter erosivo nem deformante.

Aos 8 anos surge “Pancardite” e pouco tempo depois envolvimento renal e lesões oculares de escleroceratite bilateral.

Aos 11 apresenta erupção cutânea pápulo-purpúrica extensa com evolução úlcernecrotizante e simultaneamente agravamento do quadro articular e da lesões oculares com desenvolvimento de leucomas, ulcerações e perfurações corneanas espontâneas, e acentuando atingimento do estado geral.

38. ASSOCIAÇÃO DE MIASTENIA GRAVIS, ARTRITE REUMATÓIDE, SÍNDROME DE SJÖGREN E CARCINOMA DE TIROIDEIA

J. A. Canas da Silva, J. C. Branco e M. Viana Queirós.

Núcleo de Reumatologia, Serviço de Medicina IV, Hospital Universitário de Santa Maria – Lisboa

Apresenta-se um caso de uma doente de 41 anos de idade, sexo feminino, com uma associação de Miastenia Gravis (MG), Artrite Reumatóide (AR), Síndrome de Sjögren (SS) e posterior desenvolvimento de um Carcinoma da Tireoideia. A coexistência de MG com AR e/ou SS é rara mas conhecida. O desenvolvimento de carcinomas em doentes com MG é igualmente conhecido. Apesar da prévia irradiação da região tiroideia a que a doente foi submetida, a coexistência destas várias entidades clínicas “auto-ímmunes” numa

mesma doente, afigura-se-nos importante e de indiscutível interesse. Uma desregulação do sistema imunitário ligando estas várias entidades clínicas poderá, eventualmente, justificar a sua associação.

Caso clínico: M. J. F. P., 41 anos de idade, doméstica, sexo feminino. Aos 14 anos refere astenia e adinamia intensas, disfagia e dispneia, sendo-lhe diagnóstica MG e instituída terapêutica com Brometo de Piridostigmina. Passa bem até aos 25 anos, data em que nota poliartrite das interfalângicas proximais (IFP) de ambas as mãos, cotovelos, tibio-társicas e punhos. Rigidez matinal de 1 a 2 horas e emagrecimento de 6 Kg em 6 meses. É-lhe então feito o diagnóstico de AR, e é medicada com ácido acetilsalicílico. Aos 30 anos de idade, após agravamento do quadro miastênico e tomografia do mediastino, evidenciou massa "sugestiva de timoma", é sujeita a irradiações do mediastino anterior. Aos 39 anos de idade nota o aparecimento de nódulo duro na região tiroideia sendo feita intervenção cirúrgica no IPOFG que permitiu extirpar um carcinoma da tiroideia.

39. ACNE CONGLOBATA E REUMATISMO. A PROPÓSITO DE UM CASO.

A. Lopes Vaz, Wilhelm Osswald e Fernando Ribas.

Departamento de Reumatologia e Serviço de Dermatologia do Hospital de São João – Porto

É descrito um caso clínico em que lesões extensas de acne por todo o dorso, se associavam-se a fenómenos articulares inflamatórios dos punhos, tornozelos e Joelho direito.

Todos os exames laboratoriais, incluindo o antígeno B27 foram normais ou negativos (com excepção da sedimentação globular moderadamente aumentada).

Verificou-se em alguns surtos relação evidente entre o agravamento das lesões cutâneas e articulares.

O estudo radiológico articular revelou apenas porose juxta-articular e a radiografia das sacroilíacas eram normais.

40. NODULITE REUMATÓIDE. A PROPÓSITO DE UM CASO.

A. Lopes Vaz, Wilhelm Osswald e A. Azenha

Departamento de Reumatologia e Serviço de Dermatologia do Hospital São João – Porto

Os autores descrevem um caso de nodulite reumatóide uma doente de 28 anos que desde os 12 anos apresenta poliartralgias de predomínio nocturno e desde os 15 nódulos subcutâneos, que se iniciaram pela face anterior do Joelho esquerdo e depois se distribuíram também pelos pés e face dorsal do dedo médio da mão direita.

O estudo radiológico não revelou lesões articulares osteocartilagíneas mas demonstrou a presença de pseudocistos nos ossos do corpo e do tarso.

Apesar da seronegatividade o estudo histológico de 3 nódulos biopsiados evidenciou aspectos típicos de nodulite reumatóide.

41. A URICOPATIA COMO FACTOR DE RISCO

Robert Pereira Martins e Luís Lima Faleiro.

I. P. R., Lisboa

RESUMO: Os autores apresentam a uricopatia como um factor de risco, estabelecem as relações entre a dismetabolia e outras existentes com determinadas situações patológicas e defendem que se deve considerar como um síndrome de manifestações multiformes; terminam com o esquema que estão a seguir em dois grupos, um com uricopatia e outro testemunho e cujos resultados não lhe parecem ainda estatisticamente válidos.

42. TRATAMENTO DA CRISE AGUDA DE GOTA COM PIROXICAM

M. Viana de Queirós

Núcleo de Reumatologia. Serviço de Medicina IV. Hospital de Santa Maria – Lisboa

Com o objectivo de estudar a eficácia e a tolerância do Piroxicam no tratamento da crise aguda de gota, 15 doentes do sexo masculino, de idades compreendidas entre os 37 e os 65 anos, sendo a média das idades de 48 ± 12.4 , foram submetidos a tratamento com o Piroxicam.

O fármaco foi administrado na dose de 40 mg de uma só vez no 1.º dia, e 40 mg fraccionados em duas doses de 20 mg nos dias seguintes.

Constituíram parâmetros de avaliação da eficácia da droga, a intensidade da dor espontânea e da dor à pressão, medidas com uma escala analógica visual, o perímetro articular, a amplitude de movimentos e o número de horas decorrido entre o início da crise aguda e o alívio nítido dos sintomas.

Em oito doentes houve desaparecimento dos sinais inflamatórios em 72 horas, com alívio das dores ao fim de 12 horas, em média. Em seis doentes a crise foi debelada em uma semana, e em um doente o fármaco revelou-se ineficaz. Dois doentes interromperam o tratamento por epigastralgias.

Os resultados obtidos sugerem poder o Piroxicam constituir uma alternativa terapêutica na crise aguda de gota, afigurando-se-nos necessários, para obter conclusões mais precisas, ensaios comparativos em duplo anonimato.

43. SÍNDROME DAS MÃOS DO DIABÉTICO

J. A. Melo Gomes, Jaime C. Branco, Odete André, Pedro E. Lisboa, e M. Viana Queirós

Núcleo de Reumatologia e Unidade de Diabetologia do Serviço de Medicina IV do Hospital de Santa Maria – Portugal

O síndrome das mãos do diabético é uma alteração osteo-articular e cutânea recentemente reconhecida, que se associa à diabetes mellitus tipo I. Caracteriza-se clinicamente pela existência de limitação da mobilidade articular – mais frequentemente das pequenas articulações das mãos – associada por vezes a aumento da espessura e diminuição da elasticidade da pele das mãos e, mais raramente, a baixa estatura.

A deficiente compensação da diabetes mellitus, com consequente glicosilação do colagénio e formação de pontes entre as suas fibras, é actualmente considerada patogenicamente responsável por este síndrome.

CASOS CLÍNICOS

Nome	Idade	Início da diabetes	Altura	Peso	Articulações limitadas	Início	Outras alterações
CMN	17 anos	4 anos	1,48 m	50 Kg	IFP e IFD	9 anos	S. Canal cárpico
FJV	24 anos	6 anos	1,54 m	50 Kg	IFD	15 anos	Dedo “em ressalto”

O quadro resume as características comuns de 2 jovens do sexo masculino, com diabetes mellitus tipo I de longa duração, em que estavam presentes as manifestações cutâneas e articulares características deste síndrome, nomeadamente a baixa estatura, a incapacidade de fazer a extensão completa das articulações interfalângicas proximais (1 caso) e distais (2 casos) das 2 mãos, bem como o aumento da espessura e a diminuição da elasticidade da pele das mãos (mais acentuadas ao nível dos dedos) que ambos apresentavam.

Um dos doentes tinha também síndrome do canal cárpico, confirmado por EMC, que melhorou bastante após infiltração local com corticosteroides; o outro doente tinha uma tendinite que não melhorou com o mesmo tipo de terapêutica.

(Já publicado na Acta Reuma. Port. X(1):51-58, 1985)

44. ESPONDILODISCITE BRUCÉLICA ACOMPANHADA DE ABCESSOS OSSIFLUENTES BILATERAIS

AA: J. C. Teixeira da Costa, A. C. Alves de Matos, Olavo Lobo e M. Viana Queirós

Núcleo de Reumatologia e Serviço de Infecto-Contagiosas do Hospital de Santa Maria

A localização osteoarticular é a focalização mais frequente no decurso duma brucelose. Dentro dessas focalizações a vertebral é a mais usual, numa percentagem que oscila entre os 45 e os 55 %. Contudo, é rara a presença de abscessos parvertebrais ossifluentes que classicamente se descrevem como tendo uma etiologia exclusivamente tuberculosa.

Caso clínico: LSEN, de 27 anos do sexo feminino. Junho 81: início de lombalgias nocturnas com irradiação às regiões glúteas, negando febre quantificada. Nove meses depois, juntamente com o agravamento destas queixas, nota o aparecimento de febre e emagrecimento de 11 Kg. Referia a ingestão de queijos frescos. Negava a T. P. ou doenças febris prolongadas nos seus antecedentes pessoais.

No exame objectivo sobressaíam a palpação, na fossa ilíaca esquerda (FIE), de uma massa de consistência elástica e esplenomegalia de 2 cm.

Dos ex. laboratoriais há a ressaltar: hemo – e mielo – culturas negativas; VS: 60; R, de fixação do C¹ para a brucela: 1/16; R. de imunofluorescência para a brucela 1/80; R. de Rosa de Bengala: positiva; R. de Wright: 1/40 Mantoux negativa. Rx: lesões osteolíticas de L3 e diminuição do espaço L2-L3. TAC: presença de abscessos parvertebrais bilaterais, o esquerdo mais volumoso e alongado. pronunciou-se a

massa quística na FIE com drenagem de pus e injeção de contraste que revelou um trajecto fistuloso até aos corpos de L2 e L3. O exame bacteriológico do líquido drenado foi negativo para a brucela, BK ou outros agentes piogénicos.

Apesar de não ter sido possível isolar o agente infeccioso e de biopsar o corpo vertebral, a história epidemiológica, a prova tuberculínica e a positividade de serologia para a fase crónica da brucelose, militavam a favor de uma infecção crónica em actividade.

Após um curso terapêutico com rifampicina e doxiciclina acompanhado de repetidas punções evacuadoras, houve regressão completa dos abscessos, remineralização das lesões e normalização da serologia.

45. ERITEMA NODOSO E BRUCELOSE: UM CASO CLÍNICO

J. A. Melo Gomes e M. Viana Queirós

Núcleo de Reumatologia, Hospital de Santa Maria. Lisboa – Portugal

O eritema nodoso é uma entidade clínica que pode ser um sinal cutâneo de doenças sistémicas de etiologia desconhecida, doenças infecciosas e hipersensibilidade medicamentosa.

A sua associação com brucelose foi raras vezes relatada e não é mencionada nos principais livros de texto de medicina.

CASO CLÍNICO: (13/11/83) MJMP, mulher de 54 anos de idade natural e residente em Penedono – Viseu, queixava-se de dor e rigidez da coluna cervical. Foi saudável até Agosto/83, altura em que refere um surto de eritema nodoso (*vários nódulos eritematosos na superfície de extensão dos membros inferiores, acompanhados de febre e artralgias/artrites das tíbio-társicas e joelhos*). Teve vários surtos idênticos durante os meses de Ag., Set. e Out/83, começando a notar, desde 10/X/83, dores e rigidez da coluna cervical, de intensidade crescente, e acompanhadas de febre baixa (37,2-37,8°C).

No Exame Objectivo era observável um nódulo indolor, de coloração acastanhada, na face anterior da perna direita. A coluna cervical tinha os movimentos muito limitados e dolorosos. O restante exame objectivo era anormal.

Nos Exames Laboratoriais salientava-se um hemograma normal, VS de 30 mm, r. de Huddleson + > 1/320. A prova de Mantoux (1/1000) era negativa. O Radiograma de torax PA era normal, e o da Coluna Cervical revelava espondilodiscite C₅-C₆.

Em 17/1/84 a doente iniciou terapêutica com Tetraciclina (2 g/dia) + Rifampicina (600 mg/dia durante 1 mês), tendo ficado assintomática a partir do 10.º dia de tratamento.

O presente caso clínico permite-nos chamar a atenção para uma associação rara mas possível do eritema nodoso, importante de reconhecer num país como Portugal, em que tuberculose e brucelose são frequentes, devendo, em nosso entender, o serodiagnóstico da brucelose ser pedido em todos os doentes com eritema nodoso "idiopático".

46. AS MALFORMAÇÕES DAS CHARNEIRAS VERTEBRAIS E O SEU PAPEL NA ARTROSE DA COLUNA

Robert Pereira Martins.

I. P. R., Lisboa

O Autor começa por fazer uma análise sucinta das charneiras vertebrais e do seu papel; descreve as principais malformações que nelas se podem encontrar e pretende justificar pelas consequências fisiopatológicas que podem determinar, o aparecimento de fenómenos articulares degenerativos; a finalizar apresenta-nos os resultados de uma revisão clínico-radiológica de 2500 casos confirmando os factos expostos.

47. ENTESOPATIAS. NOTA PRÉVIA.

Robert Pereira Martins.

I. P. R., Lisboa

RESUMO: O Autor depois de uma introdução explicativa, faz o estudo das entesopatias, as correlações clínico-radiológicas e descreve-as no grupo das espondilartropatias sero-negativas, a nível periférico e axial; aceita a doutrina da analogia com as algodistrofias e alude a um estudo de revisão que está a fazer.

48. OSTEODISTROFIA RENAL SECUNDÁRIA A URETERO-SIGMOIDOSTOMIA

J. C. Branco, J. A. Melo Gomes, J. Canas da Silva, Viviana Tavares e M. Viana Queirós

Núcleo de Reumatologia do Serviço de Medicina IV do Hospital de Santa Maria, Lisboa

A uretero-sigmoidostomia complica-se frequentemente de acidose metabólica hiperclorémica. A acidose crónica condiciona alterações ósseas metabólicas, como a osteomalácea, o raquitismo e o hiperparatiroidismo secundário, que coexistem no mesmo doente e se manifestam de forma diferente conforme a sua idade. Os sinais clínicos, radiológicos e histológicos desta situação não apresentam particularidades específicas, embora o seu tratamento tenham aspectos particulares.

Caso clínico: L. M. E. A., sexo feminino, 13 anos. Aos 5 anos diagnóstico de tuberculose renal, que originou nefrectomia direita, cistectomia e uretero-sigmoidostomia esquerda. Fez tuberculostáticos até aos 9 anos, idade a partir da qual não fez terapêutica alcalinizante. Há 1 ano começa com fraqueza muscular, principalmente da cintura pélvica, dores ósseas, joelhos valgos e artralgias, predominando nos membros inferiores, queixas que se agravaram até que há 6 meses a doente deixou de poder andar, iniciando fisioterapia.

Recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital Santa Maria a 8/3/84, por estado estuporoso, com polipneia e batipneia, iniciado 24 horas antes. Posto o diagnóstico de acidose metabólica hiperclorémica (pH -6,96; Bicarb. -2,5; Cloretos -122) e de doença óssea metabólica, resultante da derivação ureteral, a doente foi medicada com bicarbonato de sódio, 1,25 (OH)₂ D₃ cálcio, fósforo, e fisioterapia, melhorando de forma notória, embora resultados mais significativos e duradouros apenas sejam possíveis a médio e longo prazo.

(Já publicado na Acta Reuma. Port. X(3):123-134, 1985)

49. OSTEOPOIQUILIA. A PROPÓSITO DE 3 CASOS. (NOTA PRÉVIA)

J. F. Ribeiro da Silva e Robert Pereira Martins

RESUMO: Três observações de osteopoiquilia, pertencendo dois casos à mesma família, permitem sublinhar o carácter hereditário e familiar desta afecção. Elas correspondem aos dados clássicos tanto sobre o aspecto clínico como radiográfico, apresentando ainda associações com outras entidades patológicas.

Assim, o conhecimento da existência de osteopoiquilia chama a atenção para outras situações que têm sido descritas em associação com esta entidade.

(Já publicado na Acta Reuma. Port. IX(4): 193-198, 1984)

50. A PICNODISOSTOSE E SUA INFLUÊNCIA NA VIDA E OBRA DE TOULOUSE LAUTREC

Robert Pereira Martins

I. P. R., Lisboa

O Autor integra a picnodisostose nas osteocondrodysplasias; descreve o quadro clínico e radiológico da doença; traça a biografia de Toulouse-Lautrec e analisa o papel que a doença desempenhou, directa e indirectamente, na sua obra e na sua vida.

51. DOENÇA EXOSTOSANTE. A PROPÓSITO DA EVOLUÇÃO DE CASOS CLÍNICOS.

Robert Pereira Martins e Aurora Marques.

I. P. R., Lisboa

Os Autores descrevem a doença que se integra no grupo das osteocondrodysplasias com desenvolvimento anárquico da cartilagem e dos componentes fibrosos do esqueleto; fazem a análise da evolução clínica e radiológica de casos clínicos que seguiram durante vários anos.

52. EXOSTOSE MÚLTIPLA FAMILIAR.

J. A. Melo Gomes e M. Viana Queirós.

Núcleo de Reumatologia do Hospital Santa Maria. Lisboa – Portugal

A exostose múltipla familiar é uma afecção hereditária transmitida de forma autosómica dominante, que se caracteriza pela formação de múltiplas exostoses (osteochondromas) na zona metafisária dos ossos longos.

Relatamos o caso clínico de uma doente que faz parte da descendência de um indivíduo provavelmente homocigótico relativamente ao gene causador da doença.

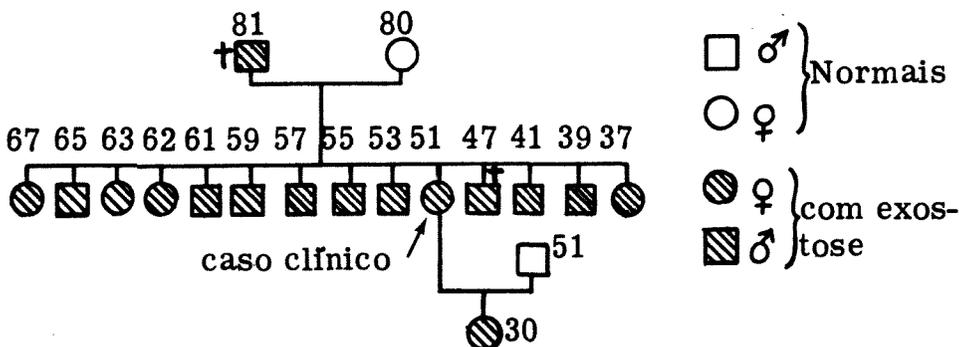
Caso clínico: CLO, sexo feminino, 51 anos, natural da ilha de S. Miguel-Açores, onde reside, recorreu à consulta por espondilalgias cervicais com ritmo mecânico, iniciadas aos 47 anos. Não referia outras

queixas e tinha antecedentes pessoais irrelevantes. Antecedentes Familiares – Pai e 13 irmãos com tumefacções ósseas junto aos punhos e joelhos (ver abaixo).

Exame Objectivo – Dores aos movimentos extremos da coluna cervical; tumefacções de dureza óssea ao nível dos 2 punhos e dos 2 joelhos (cerca de 5 cm acima e abaixo das interlinhas fémuro-tibiais). Restante exame objectivo normal.

Radiogramas: cervicartrose moderada; exostose múltipla ao nível das zonas metafisárias dos rádios, femures, tíbias e peróneos (bilateralmente)

A doente refere ainda a existência de exostose em vários sobrinhos (todos os que conhece com idade adulta), cujo número total e idades desconhece por se encontrarem emigrados noutros países.



53. PATOLOGIA DA SINOVIAL NA ARTRITE CRÓNICA JUVENIL

Maria Odete Almeida, J. A. Melo Gomes, J. Teixeira da Costa, J. Bravo Pimentão, e M. Viana Queirós.

Núcleo de Reumatologia do Serviço de Medicina IV e Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Santa Maria. Lisboa – Portugal

A biópsia da sinovial constitui um valioso exame complementar de diagnóstico, quer para a exclusão de algumas patologias que podem simular a ACJ, quer para a confirmação do diagnóstico de algumas formas mono ou oligoarticulares, quer ainda para o diagnóstico de artrite infecciosa em doentes com ACJ.

Efectuámos um estudo comparativo da patologia da sinovial entre um grupo de 20 doentes com ACJ e outro com igual número com Artrite Reumatoide (AR) adulto. Todas as biópsias foram realizadas com a técnica de Parker e Pearson. Foram consideradas indicações para biópsia na ACJ:

a) formas mono ou oligoarticulares em que subsistiam dúvidas no diagnóstico (19 casos – 2 excluídos: 1 por monoartrite tuberculosa + 1 por rotura dos ligamentos cruzados), b) outras formas de início, quando a inflamação desproporcionada de uma articulação levantava a suspeita de artrite infecciosa (3 casos).

No grupo com ACJ as articulações biopsadas foram o joelho (16 casos), a tibio-társica (2), o ombro e a astragalo-calcaneana (1 cada). No grupo com AR do adulto o joelho foi a articulação biopsada em todos os casos.

Apreciados os vários aspectos das alterações histopatológicas da membrana sinovial nos 2 grupos de doentes, fizemos uma avaliação semi-quantitativa e comparativa de 17 dos seus principais parâmetros. Observámos uma marcada semelhança de alterações, em regra mais frequentes e quantitativamente mais graves, na AR do adulto (nomeadamente: hiperplasia e hipertrofia das células de revestimento, depósitos de fibrina, depósitos de hemossiderina, número de focos linfo-plasmocitários, alterações vasculares).

Na ACJ são nitidamente mais intensas a hiperémia e as alterações de estrutura.

54. A NECROSE ASSÉPTICA DA CABEÇA DO FÉMUR NO HIPERCORTISOLISMO ENDOGÉNO

Marieta Rebelo, L. Campos, M. Pires, A. Sales Luís.

Hospital Egas Moniz, Lisboa

A necrose asséptica associada ao hipercortisolismo endógeno é conhecida desde 1964 quando MADELL e FREEMAN publicaram os dois primeiros casos, sete anos depois de PIETROGRANDI e MASTROMARIO a terem relacionado com o hipercortisolismo iatrogénico. É uma associação muito rara, mas não deixa de ser importante reconhecê-la.

A etiopatogenia da necrose femoral nesta situação é ainda indeterminada, continuando-se a estudar as hipóteses de embolismo gordo ou da acumulação da microfacturas que resultariam numa espécie de fractura de fadiga, como explicações mais prováveis.

Apresentamos três casos de Síndrome de Cushing hipofiso-dependente cuja complicação comum é a necrose asséptica da cabeça do fémur.

Caso 1 – Sexo fem., 44 anos. Dor na articulação coxo-femoral dt.^o. Suprarenalectomia bilateral. Terapêutica de substituição (Hidrocortone 20 mg). Diagnóstico de necrose asséptica da cabeça do fémur dt.^o. Artroplastia.

Caso 2 – Sexo masc., 33 anos. Suprarenalectomia bilateral. Terapêutica de substituição (Hidrocortone 20 mg). Diagnóstico de necrose asséptica da cabeça do fémur bilateral. Artroplastia à dt.^a.

Caso 3 – Sexo masc., 47 anos. Necrose asséptica da cabeça do fémur esq. Artroplastia à esq. Osteoporose. Aos 38 anos – diagnóstico de Síndrome de Cushing.

Discutem-se os aspectos clínicos e possível etiopatogenia da osteonecrose comparando-os com os referidos na literatura.

55. SÍNDROME DE WEGENER INICIADO POR POLIARTRITE FEBRIL: QUATRO ANOS DE EVOLUÇÃO

Pereira da Silva, Viana Queirós.

Núcleo de Reumatologia, Serviço de Medicina IV do Hospital de Santa Maria – Lisboa

Descrevemos o caso de um homem de 36 anos que em princípios de 1980 adoeceu com uma poliartrite febril após um quadro de sinusite. Posteriormente verificou-se o aparecimento de vasculite cutânea e glomerulonefrite com insuficiência renal. O diagnóstico foi confirmado por biópsia nasal e renal. Medicado com prednisona e ciclofosfamida verificou-se recuperação notável, não tendo contudo sido possível suspender a ciclofosfamida por recidiva do quadro renal.

56. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS MÉTODOS DE MEDIÇÃO DA DOR NAS DOENÇAS REUMÁTICAS

A. Albino Teixeira, Domingos Araújo, A. Lopes Vaz

Departamento de Reumatologia, Hospital de São João – Porto

A dor é uma experiência puramente subjectiva de difícil definição e expressão. Contudo, a sua importância é inquestionável e o seu controlo um dos objectivos da terapêutica e aspiração premente dos doentes. Têm sido ensaiados múltiplos métodos para a sua quantificação, os quais sofrem das limitações decorrentes do facto de se ignorar a natureza e intensidade do estímulo doloroso. Os métodos designados como “objectivos” (provas funcionais, excreção de catecolaminas) são indirectos e não inteiramente correlacionáveis com a dor a avaliar. O uso de escalas descritivas simples ou numérica (métodos percentuais e fraccionais) é criticável por não serem suficientemente sensíveis.

As escalas visuais analógicas quando aferidas e correctamente empregues têm permitido avaliações sensíveis e reprodutíveis em 95% dos doentes.

Para a avaliação da dor articular foram projectados vários apetrechos, palpmetro de Hollander, palpmetro de Steinbrocker e dolorímetro de Mckarty que têm tido aplicação restrita. A valorização da dor por pressão digital e mobilização (índice de Ritchie) ganhou utilização mais alargada.

É necessário proceder à avaliação da sensibilidade e reprodutibilidade na população Portuguesa dos métodos consagrados internacionalmente porquanto se têm demonstrado variações culturais na aplicação da escala visual analógica.

57. BIÓPSIA DA SINOVIAL DAS GRANDES E PEQUENAS ARTICULAÇÕES

J. M. Bravo Pimentão e M. Viana Queirós

Núcleo de Reumatologia. Serv. de Med. IV. H. S. Maria – Lisboa

A realização da biópsia sinovial fechada não cirúrgica, constitui uma importante contribuição diagnóstica em reumatologia. Realizada em regimen ambulatório é mais económica para o doente e a comunidade, evitando o internamento hospitalar e reduzindo o absentismo ao trabalho, visto os doentes poderem retomar as suas actividades de vida diária dois dias após a realização do exame. Uma outra vantagem destas biópsias fechadas é a ausência de rigidez articular que se verifica na biópsia cirúrgica, não necessitando por isso o doente de reabilitação.

A biópsia do joelho, sem dúvida a articulação mais fácil de abordar, não necessita da utilização de intensificador de imagem, ao contrário do que acontece com as biópsias de outras articulações como a coxo-femoral, o ombro, o cotovelo, o punho, os dedos, a tibiotársica e as articulações do tarso. O material a utilizar varia com a articulação a biopsar. Assim utiliza-se o trocater de Parquer e Pearson de maiores

dimensões para o joelho e o trocater do mesmo nome, mas de reduzidas dimensões, para as outras articulações mais pequenas. Para a coxo-femural utiliza-se um trocater com mandril ponteagudo e pinça articulada.

58. BIÓPSIA FECHADA DA SINOVAL — EXPERIÊNCIA DO NÚCLEO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA NOS ÚLTIMOS TRÊS ANOS

J. Teixeira da Costa, M. Odete Almeida, J. A. Melo Gomes, J. Pimentão e M. Viana Queirós

Núcleo de Reumatologia. Serviço de Medicina IV. Hospital de Santa Maria. Lisboa

É apresentada uma série de 124 biópsias sinoviais fechadas realizadas em 119 doentes. A agulha de biópsia utilizada foi a de Parker e Pearson. Na maioria dos doentes o diagnóstico permanecia indeterminado na altura da biópsia. Foram realizadas biópsias das seguintes articulações: joelho, tibiotársica, punho, ombro, cotovelo e coxofemural. A percentagem de casos em que se obteve material adequado para exame histopatológico foi de 87% sendo o joelho a articulação mais vezes biopsada e aquela em que se obteve maior taxa de sucessos. Nas biópsias efectuadas não se registaram quaisquer complicações.

São referidos os aspectos histopatológicos encontrados no material estudado.

Considerou-se ter sido o método de utilidade diagnóstica em 41% dos casos, tendo fornecido por si só o diagnóstico em cerca de 11% (casos de gota úrica, artrite tuberculosa e artrite piogénica) e tendo contribuído significativamente para o mesmo, em conjugação com os dados clínicos e dos restantes exames complementares nos restantes 30%.

Este estudo permitiu concluir que a biópsia sinovial fechada é um método praticamente inócuo com considerável valor diagnóstico na doença articular.

59. ARTROGRAFIA — SEU INTERESSE DIAGNÓSTICO

J. M. Bravo Pimentão e M. Viana Queirós

Núcleo de Reumatologia. Serv. de Med. IV. H. S. Maria – Lisboa

A Artrografia é utilizada em reumatologia em diversas situações de que se destacam a ruptura da coifa dos rotadores e da cápsula articular do ombro, a capsulite retráctil desta articulação, a confirmação diagnóstica de quisto de Baker e da sua eventual ruptura. É igualmente útil na avaliação do grau de sinovite de uma articulação, quer através do número de vilosidades, quer, ainda, demonstrando a comunicação entre si de várias articulações por ruptura de cápsula articular, nomeadamente ao nível do carpo e do tarso.

As sinovites podem ser classificadas artrograficamente em três estadios de apreciável interesse clínico, a saber:

Estádio I – Espaço articular conservado com presença de escassas vilosidades.

Estádio II – Aumento do número de vilosidades com múltiplas irregularidades.

Estádio III – Presença do estágio II + ruptura capsular.

Esta técnica realiza-se por punção articular introduzindo uma substância opaca ao Rx, com ulterior visualização dinâmica das articulações por intermédio de um intensificador de imagem.

60. ARTROSCOPIA

J. M. Bravo Pimentão e M. Viana Queirós.

Núcleo de Reumatologia. Serv. de Med. IV. H. S. Maria – Lisboa

A Artroscopia foi introduzida pela primeira vez em 1918 por Takagi de Tóquio utilizando um citoscópio. Mais tarde, em 1957, Watanabe publicou o seu Atlas de Artroscopia e introduziu em 1960 o artroscópio n.º 21, que se tornou o instrumento de escolha dos artroscopistas de todo o mundo durante uma década. Surgiram posteriormente várias modificações deste artroscópio que permitiram novos avanços desta técnica.

Mais recentemente a artroscopia tem sido utilizada por alguns artroscopistas para efectuar cirurgia endoscópica. Não obstante não efectuarmos cirurgia endoscópica, temos colaborado com cirurgiões ortopédicos na visualização prévia da cavidade articular em doentes suspeitos de possuírem patologia de índole cirúrgica.

No nosso grupo de trabalho a artroscopia tem sido fundamentalmente utilizada na visualização directa da cavidade articular, particularmente em doentes com monoartrites de etiologia não esclarecida, e na realização de biópsias sinoviais dirigidas. Apresentamos um filme ilustrativo das etapas fundamentais desta técnica.

IIc) Resumos dos POSTERES expostos.

61. TERAPÊUTICA DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO NA ARTRITE REUMATÓIDE. EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO.

Catita, M. C.; Neto, A. M.; Roberto, J. M.; Capitão, J. G.;

Os autores fazem um estudo das terapêuticas de Medicina Física e de reabilitação prescritas a 40 doentes com o diagnóstico de Artrite Reumatóide, observados durante o ano de 1983 no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital Curry Cabral.

Começam por uma avaliação das condições do Serviço e uma introdução teórica destes tratamentos na Artrite Reumatóide, para compreensão do tipo de tratamentos efectuados na prática e que são apresentados seguidamente, com quadros explicativos.

(Já publicado na Acta Reuma. Port. IX(4):225-232, 1984)

62. CITOLOGIA DO LÍQUIDO ARTICULAR.

F. Simões Ventura e A. Lopez Vaz.

Departamento de Reumatologia do Hospital de São João — Porto

O exame a fresco de uma gota do sedimento articular permitiu verificar a presença de inclusões (1 a 15 por célula).

Na coloração de esfregaços pelo método de Wright estas inclusões não apareciam coradas com excepção algumas, raras e volumosas que continham material nuclear resultantes da fagocitose de um polinuclear por um macrófago.

O estudo conjugado morfológico e citoquímico em microscópio de luz e electrónico demonstrou que algumas inclusões tinham unidade de membrana limitante e apresentavam actividade de fosfatase ácida enquanto outras estavam desprovidas de membrana e constituídas por material lipídico.

Não havia diferença significativa quanto ao número de inclusões lipídicas entre a artrite reumatóide sero positiva e sero negativa, mas nesta última as inclusões com actividade de fosfatase ácida eram mais raras.

Cristais em barra ou em agulha foram identificados em microscopia de polarização e o seu estudo em microscopia electrónica revelou alterações diversas na membrana que envolvia cada um daqueles tipos de cristais.

Nos exsudados articulares do lupus eritematoso sistémico (LES) foi encontrado um maior número de linfócitos, alguns dos quais apresentavam maiores dimensões, aumento da basofilia e da proporção citoplasma/núcleo correspondendo provavelmente a células em actividade imunológica (imunoblastos).

Também no LES foram encontradas inclusões "vírus-like" em células mononucleadas do exsudado articular.

Fenómenos de comunicação celular identificada morfológicamente foram também detectados nos derrames lúpicos.

63. DISPLASIA, DIAFISÁRIA DE ENGELMANN

A. Lopes Vaz, Simões Ventura e David Martins

Departamento de Reumatologia do Hospital de São João – Porto

São apresentados 2 casos de displasia de Engelmann na mesma família (mãe e filho).

Os fémures e as tíbias foram os ossos atingidos nestes dois casos. Num deles coexistia uma artrite psoriásica.

A observação ao longo de 8 anos permitiu testemunhar a estabilização das lesões ósseas.

É discutido o diagnóstico diferencial com outras entidades.

64. EFEITO DA CALCITONINA SOBRE A DOR NA ARTRITE REUMATÓIDE

F. Simões Ventura, David Martins e A. Lopes Vaz

Departamento de Reumatologia do Hospital de São João – Porto

A administração durante 3 meses, em dias alternados de 100 Unidades de Calcitonina de salmão e de um anti-inflamatório propiónico em 9 doentes com artrite reumatóide, em confronto com 6 doentes que recebiam apenas o anti-inflamatório, produziu no 1.º grupo de doentes uma redução mais marcada da dor que se verificou logo pela 3.ª semana.

A semelhança dos resultados do teste da Calcitonina nos 2 grupos de doentes leva a pensar que o efeito antiálgico de calcitonina não se deve à sua acção sobre a actividade osteoclástica.

65. ARTRITE REUMATÓIDE INFANTIL. EXAME HISTOLÓGICO DA SINOVIAL DO JOELHO

A. Albino Teixeira, M. José Vieira, M. E. Paiva, Sara Freitas e A. Lopes Vaz

Departamento de Reumatologia, Hospital de São João – Porto

A sinovite da artrite reumatóide infantil tem sido pouco estudada do ponto de vista morfológico. O seu conhecimento afigura-se importante quer para o diagnóstico diferencial no caso das monoartrites quer, quando conjugado com os resultados dos estudos clínicos e imunogenéticos, para o melhor entendimento nosológico dos vários subgrupos.

Em 12 casos de artrite reumatóide infantil procedeu-se ao estudo da sinovial do joelho colhida por biópsia no fundo de saco subquadrípital. O tecido fixado em líquido de Bougin e corado pela hematoxilina-eosina foi observado em microscopia óptica.

Observaram-se alterações distintas das verificadas na artrite reumatóide de adulto, não se encontrando infiltrados inflamatórios em toalha ou nodulares.

Assim, observou-se marcado aumento da angiogénese, descrição do infiltrado inflamatório histioplasmocitário, em geral de distribuição perivascular e em alguns casos com leve acumulação submesotelial. Os aspectos de esclerohialinização do eixo vilositário eram frequentes. O revestimento mesotelial estava discretamente hipertrofiado em alguns casos enquanto noutros revelava zonas de exulceração ou se apresentava constituído por apenas uma assentada da células.

66. ARTRITE PSORIÁTICA ESTUDO MORFOLÓGICO E COM FLUORESCÊNCIA DA SINOVIAL DO JOELHO

A. Albino Teixeira, D. Araújo, C. Resende, J. Saleiro, J. Mesquita Guimarães, A. Lopes Vaz

Departamento de Reumatologia e Serviço de Dermatologia do Hospital de São João – Porto

Prosseguindo o estudo da patogenia da artrite psoriática procedeu-se ao exame histológico de fragmentos de sinovial, colhidos por biópsia com trocarte de Polley Byckel em 10 doentes. A sinovial foi processada para estudo morfológico em microscopia óptica e preparada para fluorescência pelo método de Dorsett e para detecção de IgG, C₃, e fibrinogénio pela técnica da imunoperoxidase. Efectuou-se estudo análogo em doentes com artrite reumatóide comparando-se os resultados obtidos bem como os referentes aos valores de complemento articular em ambas as situações.

Nos fragmentos de sinovial observados em microscopia óptica verificou-se hipertrofia do mesotélio e infiltrado inflamatório pouco intenso de linfócitos e plasmócitos, distribuídos preferencialmente em redor e na parede dos vasos. Muitos destes apresentavam espessamento da parede e eram circundados por áreas de densificação fibrosa.

A imunofluorescência directa efectuada em 5 casos demonstrou a presença de depósitos granulares de IgG perivasculares. Não se observaram depósitos de complemento (C₃), nem de fibrinogénio.

Procuram correlacionar-se estes resultados com os por nós obtidos nos estudos imunológicos dos doentes com artrite psoriática.

67. MANIFESTAÇÕES OCULARES DOS REUMATISMOS INFLAMATÓRIOS

D. Araújo, M. Gouveia de Almeida, A. Lopes Vaz

Departamento de Reumatologia, Hospital de São João – Porto

J. Palmares, J. Cardoso Vieira

Serviço de Oftalmologia (Director: Prof. J. Castro Correia) com a colaboração dos Gabinetes e Electrofisiologia, Angiografia, Campimetria e de Cores.

Num estudo retrospectivo de 138 doentes do foro reumatológico que frequentaram a consulta do Oftalmologia avaliou-se o tipo e a frequência de envolvimento ocular.

A distribuição da patologia ocular nos diferentes tipos de reumatismos inflamatórios foi a seguinte: artrite reumatóide, 19%, espondilartropatias seronegativas 50%, artrite reumatóide juvenil, 21%, lúpus eritematoso disseminado, 16% e no grupo heterogéneo "outros reumatismos", 29% (3 síndromes de Sjögren, 1 panarterite nodosa, 1 conectivite).

Verificou-se que 13% dos doentes sob terapêutica esteroide apresentavam manifestações oculares de provável causa iatrogénica, enquanto que em 19% dos doentes medicados com antipalúdicos de sintese se registaram Adaptoelectroretinogramas de fluorescência patológicos.

68. ESTUDO RADIOLÓGICO E POR CINTIGRAFIA QUANTITATIVA DAS ARTICULAÇÕES SACROÍLIACAS E DAS ENTESIS CALCANEANAS NAS ESPONDILARTRITES SERONEGATIVAS.

A. Aroso Dias, M.^a Alfredina Guedes, A. Lopes Vaz, I. Amaral.

Departamento de Reumatologia do H. S. João e Laboratório de Radioisótopos da Faculdade de Medicina do Porto

Avaliamos a fixação quantitativa dos pirofosfatos marcados pelo ^{99m}Tc a nível das articulações sacroilíacas e das entesis calcaneanas em 30 doentes com o diagnóstico definido ou suspeito de Espondilartrite Seronegativa (A) e em 25 controlos (B).

Os valores médios encontrados em relação às sacroilíacas $-\bar{M} = 1.57$ (A) e $\bar{M} = 1.33$ (B) e em relação às entesis calcaneanas $-\bar{M} = 1.51$ (A) e $\bar{M} = 1.15$ (B), permitem-nos sublinhar o interesse desta técnica radioisotópica como um método muito sensível embora inespecífico, na demonstração precoce de sacroileite e, ou de entesite sobretudo nas fases pré-radiológicas ou quando a radiologia é duvidosa como tantas vezes acontece a nível das sacroilíacas nos estádio radiológicos iniciais (graus I e II).

69. MANIFESTAÇÕES VASCULARES CUTÂNEAS NAS CONECTIVITES (EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO)

A. Aroso Dias, A. Lopes Vaz

Departamento de Reumatologia do H. S. João – Porto

As doenças imunes do tecido conjuntivo têm por base uma patogenia multifacetada, na qual participam factores imunológicos, genéticos, ambientais e hormonais.

A maior parte das manifestações cutâneas nas conectivites, têm origem vascular traduzindo vasculopatia orgânica demonstrada histologicamente ou por imunohistoquímica, ou pelo contrário resultam de fenómenos vasomotores da microcirculação comprovados pela pletismografia digital dinâmica e pela microcapilaroscopia.

Algumas destas reacções são relativamente características, podendo então constituir valioso contributo para o diagnóstico, e mesmo para a evolução e prognóstico dessas afecções.

III)

ÍNDICE DE AUTORES

A

Albino Teixeira A – 17, 35, 56, 65, 66
Almeida MO – 53, 58
Almeida RRM B – 4
Alves de Matos AC – 19, 20, 23, 24, 27, 28, 29, 44
Amaral I – 68
André O – 43
Araújo D – 16, 35, 56, 66, 67
Azenha A – 40

B

Branco JC – 11, 25, 38, 43, 48
Brandão A – 18

C

Campos L – 36, 54
Canas da Silva J – 14, 15, 24, 25, 38, 48
Capitão JG – 61
Cardoso L – 21
Catita MC – 61
Coelho M – 31
Costa AG – 24
Couto A – 22

D

Dias AA – 34, 37, 68, 69

E

Espírito Santo J – 13, 22, 27, 30, 31, 33

F

Faleiro LL – 41
Fernandes M – 21
Franco FAM – 9
Franco FM – 6, 7, 9
Freitas S – 17, 65

G

Galvão ML – 11
Garcia M – 31
Gomes L – 6, 8
Gouveia de Almeida M – 67
Guedes MA – 68
Guimarães JA – 36
Guimarães M – 34, 35, 66

H

I

J

Jorge JA – 12, 23

L

Lisboa PE – 43
Lobo O – 44
Lopes MG – 18
Lourenço I – 8
Luís AS – 36, 54

M

Martins D – 63, 64

Marques A – 51

Melo Gomes JA – 3, 11, 12, 13, 14, 18, 23, 26, 43, 45, 48, 52, 53, 58

N

Neto AM – 61

O

Osswald W – 39, 40

P

Paiva ME – 17, 65

Palha AP – 16

Pape E – 15

Partidário JA – 6, 7

Pereira Martins R – 41, 46, 47, 49, 50, 51

Pereira da Silva JA – 19, 20, 23, 24, 28, 32, 55

Pimentão JB – 53, 57, 58, 59, 60

Pinto CT – 6

Pires M – 54

Q

Queiróz MV – 1, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 38, 42, 43, 44, 45,
48, 52, 53, 55, 57, 58, 59, 60

Quintino A – 25

R

Ramalho PS – 12, 23

Ramos L – 16

Ramos MFR – 5

Rebelo M – 54

Resende C – 34, 35, 66

Ribas F – 39

Roberto JM – 61

Rosa CM – 29

Roseta M – 6

S

Saleiro J – 66

Salgueiro J – 6, 7, 8

Silva JFR – 49

Silva MC – 22

Sousa MC – 13

T

Tavares V – 48

Teixeira AA – 6, 7

Teixeira MA – 6, 7

Teixeira ML – 6

Teixeira da Costa JC – 2, 12, 13, 14, 30, 44, 53, 58

U

V

Vaz AL – 10, 16, 17, 21, 34, 35, 37, 39, 40, 56, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69

Ventura FS – 10, 62, 63, 64

Vieira MJ – 17, 65

Vilar A – 6

X

Z

Zammit J – 25

IV) ÍNDICE POR ASSUNTOS

A

Acne conglobata – 39
Amiloidose – 24, 36
Artrite crónica Juvenil – 3, 17, 18, 32, 37, 53, 65
Artrite psoriásica – 34, 35, 36, 66
Artrite reumatóide – 1, 11, 12, 14, 15, 16, 38, 61, 64
Artrografia – 59
Artropatias infecciosas – 44, 45
Artroscopia – 60
Artroses – 6, 7, 8, 9, 46
Aspectos médico-sociais e psicológicos – 4, 5, 16, 33

B

Brucelose – 64, 65

C

D

Doença mista do tecido conjuntivo – 28
Doenças ósseas hereditárias – 49, 50, 51, 52, 63
Doença óssea metabólica – 48, 54
Dor – 56, 64

E

Efeitos secundários medicamentosos – 14, 15, 26
Endocrinopatias – 38, 43, 54
Entesopatias – 47, 68
Esclerodermia – 29
Espondilite anquilosante – 30, 31, 33, 68

F

Função respiratória – 22

G

Gota úrica – 41, 42

H

I

J

K

L

Líquido sinovial – 10, 62
Lupus eritematoso – 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26

M

Medicina física e reabilitação – 61
Membrana sinovial – 53, 57, 58, 65, 66
Miastenia gravis – 14, 38

N

Neoplasias – 32, 38
Nódulos reumatóides benignos – 40

O

P

Poliarterite nodosa – 27

R

Repercussões cardíacas das doenças reumáticas – 18, 31

Repercussões oculares das doenças reumáticas – 12, 23, 38, 67

S

Síndrome de Sjögren – 2, 13, 38

T

Terapêutica – 42, 61, 64

U

V

Vasculites – 11, 27, 37, 45, 55, 69

X

Y

Z

V) ÍNDICE DE PARTICIPANTES

Adelino José de Carvalho Martins
Adriano José Moreira Neto
Albano Mendonça da Cruz
Alfredo Adão Pedro
Álvaro Durão
Américo Esteves
Ana Maria Assunção Teixeira
Ângelo Azenha
António Albino A. Teixeira
António Carlos Rocha Alves de Matos
António Lopes Vaz
António Meyrelles do Souto
António Pedro M. Resende Elvas
António Vilar
Aroso Dias
Aurora Pires Marques Pardal
Carlos António Pais Miranda Rosa
Carlos Jorge Costa Henriques
Domingos Pinto de Araújo
Duarte R. Sampaio e Melo Alonso
Eduardo Homero Faria Neves
Edwiges Gomes
Estevão Luís Vale e Azevedo de Pape
Evaristo Ferreira
Farida Banú
Fátima Maria F. Medeiros
Fernanda Passos Viegas
Fernando de Lacerda Melo Franco
Fernando Ribas
Filipe Gonçalves da Rocha
F. A. Partidário
Francisco A. Costa Simões Ventura
Francisco Jorge Cruz Dourado
Georgette Banet
Gomes da Costa
Hermenegildo Ant. da Silva Marques
Isabel Ramos
Italo Croce Rivera
J. Hargreaves
Jaime da Cunha Branco
João Carlos Ramalho Ramos
João Figueirinhas
João Francisco Ribeiro da Silva
João Pereira de Melo
Joaquim Abreu Loureiro
Joaquim A. Martins de Carvalho
Jorge Manuel M. do Espírito Santo
Jorge Melo Leite Oliveira
José A. M. Canas da Silva
José Alberto Pereira da Silva
José Almeida Rocha
José António de Melo Gomes
José Carlos Conceição T. da Costa
José Manuel G. P. Barbosa
José Manuel V. Osório de Amorim
José Maria Bravo Pimentão
José Santos Matos
Lídia Monteiro
Luís Lima Faleiro
Luís Manuel Barreto Campos
Luís Medina
Luís Monteiro Batista
Luís Rego
Manuel J. Assunção Teixeira
Manuel Ribeiro Raposo
Maria Augusta Pinto Pereira
Maria Cristina Nobre Catita
Maria Cristina Varela Silva Duarte
Maria da Conceição Ribeiro da Silva
Maria da Graça Carvalho Feio
Maria Emília Dias Ferreira
Maria Fernanda R. Ramos
Maria Isabel Barata
Maria Júlia Ferreira
Maria Luísa Assunção Teixeira
Maria Madalena Torres Levy
Maria Manuela B. C. Gonçalves
Maria Manuela Sousa Fernandes
Maria Nazaré Lourenço
Maria Regina Rivotti de Sousa Leal
Maria Sidónio Rocha Costa Martins
Mário Jorge Trol Bexiga
Mário Viana Queirós
Marina José O. P. Mendes Belo
P. Martins
Pier Franco
Regina Borges de Almeida
Robert Pereira Martins
T. Machado Caetano
Teresa de Jesus Afonso Bravo
Yolanda Vieira Guerra

RÈGLES DE PUBLICATION

1. La Rédaction reçoit des travaux cliniques ou de recherche de cette spécialité ou d'autres qui en soient liées. Elle se réserve le droit d'accepter seulement des articles encore inédits.
2. Les articles publiés et les textes des communications présentés aux séances scientifiques de la Société, ou organisés sous son patronage demeurent propriété de l'«Acta». La Rédaction se réserve le droit d'autoriser son insertion, totale ou partielle, dans d'autres publications.
3. Les opinions émises dans les articles signés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.
4. Les articles doivent être rédigés en portugais; ils peuvent encore être rédigés en français, anglais, ou espagnol, en trois exemplaires, dactylographiés double interligne, sur une seule face du papier, avec des marges larges.
5. Les titres seront présentés en portugais, français et anglais (ou espagnol, ou allemand); le(s) nom(s) de l'auteur (ou des auteurs) et leur(s) titre(s) académique(s) et professionnel(s); l'organisme d'où le travail est issu ou celui auquel l'auteur appartient et le nom de son directeur; localité et pays.
6. Le texte doit être précédé d'un résumé, bref mais précis en portugais, français et anglais (ou espagnol, ou allemand).
7. Chaque article donne droit à cinq figures au maximum; au-delà ce nombre la Rédaction se réserve le droit de les faire payer par son prix. Les photographies doivent être si nettes pour permettre la reproduction; les graphiques et les dessins, exécutés avec de l'encre noire sur du papier blanc, sur des feuilles séparées, notés à l'envers, la légende dactylographiée et l'ordre numérique.
8. Les références bibliographiques, selon l'*index medicus*: surnom (en majuscules), nom et prénom, de l'auteur (ou des auteurs); titre; nom de la publication ou de l'auteur; localité; volume; numéro; page; année. On doit respecter l'ordre alphabétique du dernier nom de l'auteur (ou du premier auteur).
9. Chaque auteur a le droit de 25 tirés à part gratuits. Au-delà ce nombre, elles seront débitées par son prix, si en sont demandées en avance.
10. La Rédaction se charge de la correction des épreuves.
11. Pour la citation bibliographique: *Acta Reuma. Port.*, volume, tome, page et année.
12. On demande l'échange. Exchange solicited. Se solicita el cambio. Man bitten um Austausch.

NORMS OF PUBLICATION

1. The Editing Committee accepts scientific articles on clinical aspects or on research of this speciality or allied ones. It reserves the right to accept only inedit works.
2. Published articles and the texts of the papers presented during the scientific sessions of the Society or in those it organizes, are a property of the «Acta». The Editing Committee reserves the right of authorising their insertion, either partial or total in other publications.
3. The doctrine explained in published articles is of the exclusive responsibility of their authors.
4. The articles should be written in Portuguese; they may be written, however in French, English or Spanish, Typewriter in three copies with double spacing, on one side of the paper and with wide margins.
5. They should be referred with the title in Portuguese, French and English (or Spanish, or German); the author(s) name(s) and his (their) academic and professional titles; the institution where the work had been done or where the author works and of the director's name; place and country.
6. A brief abstract, in portuguese, french and english (or spanish, or german), must always precede the text.
7. Each article confers a right to five pictures, maximum; the further pictures will be paid by the author. Photographs must be neat enough to permit reproduction. Graphs and drawings should be made with black ink, on white paper; each picture on a separate sheet, marked on the back its clear typewriter legend and numbered.
8. Bibliographic reference, according the *index medicus*; name capital letters, author's(s) noun and pronoun; title; name of publication or editor; place; volume; number; page; year. Alphabetic order of author's list name (or that of the first author) should be observed.
9. 25 copies will be provided free to the author of each paper. Additional copies will be charged at cost price, if required soon enough.
10. The Editing Committee is responsible for correcting proofs.
11. For a bibliographic reference: *Acta Reuma. Port.*, volume, number, page and year.
12. Exchange solicited. On demande l'échange. Se solicita el cambio. Man bitten um Austausch.

Exmo.(s) Colega(s)/Senhor(es)

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia tem o prazer de vos enviar as suas publicações: «ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA» (revista de documentação médica reumatológica) e «BOLETIM INFORMATIVO» (noticiário de informação reumatológica, do País e do Estrangeiro).

São ambas publicadas trimestralmente (Março, Junho, Setembro e Dezembro) e distribuídas aos Membros da Sociedade e, tanto quanto possível, a Instituições médicas e científicas, nacionais e estrangeiras (Ligas e Centros de Reumatologia e afins; Faculdades de Medicina, Universidades e Centros de Investigação; Sociedades Médicas e Científicas; Hospitais e Serviços Clínicos; revistas e Jornais Médicos), com permuta de publicações e de planos de investigação e de actividade científica, clínica e social.

A Sociedade agradece os nomes e endereços de Instituições deste tipo existentes no País.

Cônsua de que os problemas criados pelas doenças reumáticas transcendem o âmbito médico e devem interessar toda a comunidade, a Sociedade distribui o seu «Boletim Informativo» também a Entidades oficiais e particulares, a Meios de Informação (Imprensa, TV e Rádio) e a Laboratórios de produtos químicos-farmacêuticos, em Portugal.

Gratos pela vossa cooperação, subscrevemo-nos com as mais cordiais saudações.

*

Cher(s) Collègue(s)/Monsieur (Messieurs)

La Société Portugaise de Rhumatologie est très heureuse de vous remettre ses publications: «ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA» (revue de documentation médicale rhumatologique) et le «BOLETIM INFORMATIVO» (bulletin d'information rhumatologique du Pays et de l'Étranger).

Ces deux publications trimestrielles (mars, juin, septembre e décembre) sont distribuées aux Membres de la Société et, tant que possible, à quelques Institutions médicales et scientifiques, du Pays et l'Étranger (Ligues et centres de Rhumatologie ou alliés; Écoles de Médecine; Universités et Centres de Recherche Scientifique; Sociétés médicales et Scientifiques; Hôpitaux et Services Cliniques; Revues et Journaux Médicaux), avec l'échange de publications et de plans de recherche et d'activité scientifique, médicale et sociale.

Nous serions très reconnaissants de nous faire parvenir les noms et les adresses de ces Institutions chez vous.

En vous remerciant d'avance votre coopération, nous vous prions d'agréer l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

*

Dear Colleague(s)/Sir(s)

The Portuguese Society of Rheumatology is very glad to send you the publications: The «ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA» (review of medical documentation) and the «BOLETIM INFORMATIVO» (bulletin on rheumatological information).

Both publications, appearing every three months (March, June, September and December) are distributed to the Members of the Society and, as much as possible, to the medical and scientific institutions from our own country or a foreign ones – Leagues and Centres of Rheumatology or allied ones; Medical Schools; Universities and Centres of Scientific Research; Medical and Scientific Societies; Hospitals and Clinical Units; Medical Reviews and Newspapers.

We intend to exchange publications and information about the plans of research and of scientific, medical and social activity or connected subjects. We will thank very much to your giving us the names and addresses of those Institutions in your Country.

Thanking you for your cooperation, with kind regards.

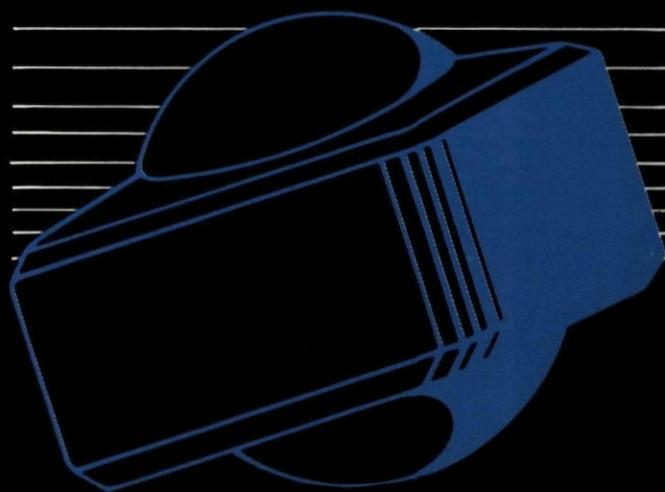
O Leader Mundial
dos antagonistas H₂

Tagamet[®]

A profilaxia das lesões induzidas
por anti-inflamatórios.

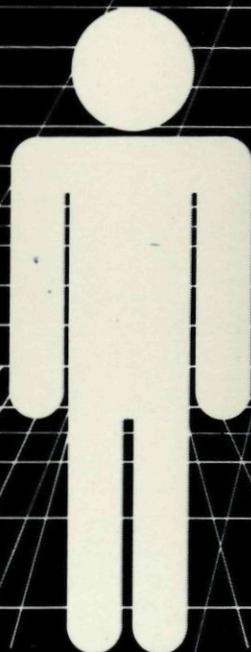
Ridaura®

O TRATAMENTO ESPECÍFICO DA ARTRITE REUMATÓIDE

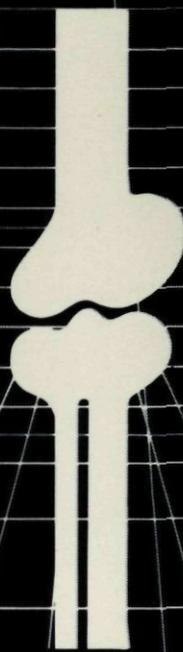


MELHORA OS PARÂMETROS

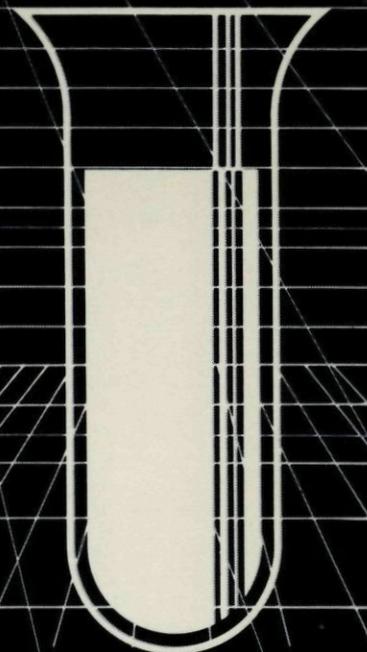
CLINICOS



RADIOLÓGICOS



LABORATORIAIS

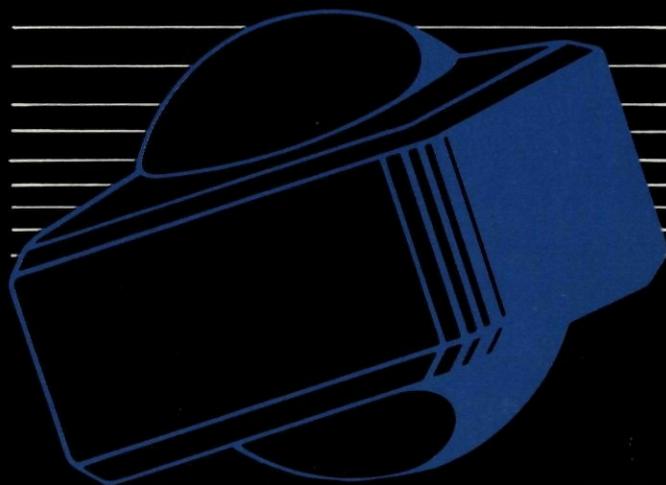


SK&F
uma companhia SmithKline

P. V. P. 60 comp. 4.355\$00 (S. N. S. 871\$00)
P. V. P. 100 comp. 6.650\$00 (S. N. S. 1330\$00)

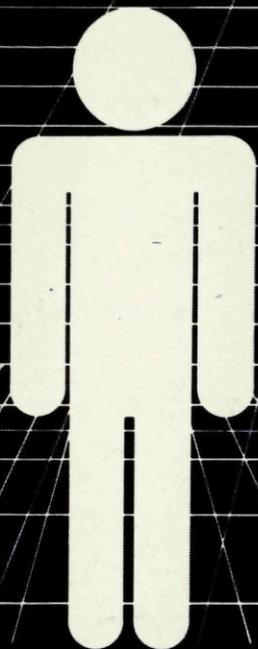
Ridaura®

O TRATAMENTO ESPECÍFICO DA ARTRITE REUMATÓIDE



MELHORA OS PARÂMETROS

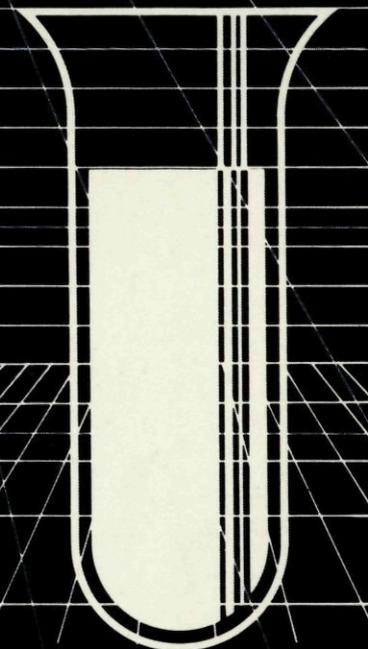
CLINICOS



RADIOLÓGICOS



LABORATORIAIS



SK&F
uma companhia SmithKline

P. V. P. 60 comp. 4.355\$00 (S. N. S. 871\$00)
P. V. P. 100 comp. 6.650\$00 (S. N. S. 1330\$00)

Aumenta os níveis
de prostaglandinas e débito sanguíneo
da mucosa gástrica.

M. Okada XII Congress International de Gastreenterologia, Lisboa 84

Tagamet[®]

“Razão porque reduz as lesões
da mucosa, induzidas por
anti-inflamatórios, esteróides
e não esteróides.”