

Janeiro-Março 1992



**ACTA**

**REUMATOLÓGICA**

**PORTUGUESA**

**Vol. XVII**

**1**

**ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA**

NEM TODOS OS AINEs  
SÃO IGUAIS PARA O CONDRÓCITO



ESTUDOS RECENTES PROVAM QUE  
ALGUNS AINEs AFECTAM NEGATIVAMENTE  
O METABOLISMO DO CONDRÓCITO E A CARTILAGEM

# Feldene

PIROXICAM®

## RESPEITA O CONDRÓCITO

PIROXICAM®  
**Feldene IM**

O TRATAMENTO DE ATAQUE

RÁPIDO E ENÉRGICO.

PIROXICAM®  
**Feldene 20** Comprimidos  
Dispensíveis

O TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO

EFICAZ, POTENTE E  
EXCELENTEMENTE  
TOLERADO.

V.P.	ESTADO	UTENTE	C.M.T.D.	S.N.S.
7\$00	622\$00	155\$00	155\$40	31\$08

V.P.	ESTADO	UTENTE	C.M.T.D.	S.N.S.
2737\$00	2190\$00	547\$00	91\$20	18\$20



Laboratórios Pfizer, S.A.  
Apartado 1402 — 1012 LISBOA CODEX

Para mais informações sobre o produto, nomeadamente as precauções, as contra-indicações e os efeitos secundários, é favor consultar o Modo de Emprego que será enviado a pedido.  
Sede: Porto Zemouto, Coína Seixal • Capital Social: Escudos 850 000 000 • Conserv. Reg. Seixal - Matricula NR 775



# ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

(TRIMESTRAL)

VOLUME XVII — TOMO 1

1992 — JANEIRO-MARÇO

N.º 62

## Sumário

### EDITORIAL

- A Beleza da Reumatologia: Medicina,  
Biomecânica, Cinesiologia,  
Exercício e Cirurgia Ortopédica  
*A.C. Alves de Matos* ..... 1

### ARTIGOS ORIGINAIS

- O Tratamento Cirúrgico da Artrite Reumatóide  
— Revisão da Literatura  
*Fernando Saraiva, Armando Malcata,  
J. de Salis Amaral, M. Viana de Queiroz* ..... 3
- Artrite Psoriática  
nos Sexos Masculino e Feminino  
*Luis Gaião, A. Faustino, A. Marques, E. Simões  
Miranda Rosa, J. Figueirinhas, M. Viana de Queiroz* ..... 15

### CASO CLÍNICO

- Mieloma Múltiplo não Secretor Revelado  
por Osteoporose Rapidamente Progressiva  
*Paulo Clemente Coelho, Armando Malcata,  
J. Canas da Silva, Rui André Santos,  
José Carlos Romeu, M. Viana de Queiroz* ..... 29

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 —  
Telefs. 57 23 26 - 4 07 64.

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO: Publicações Ciência e Vida, Lda. — Rua Victor Cordon, n.º 24 - 1.º Dt.º — 1200 Lisboa —  
Telefs. 342 05 65 - 342 79 89.

Esta publicação é subsidiada por:  
Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica  
Instituto Nacional de Investigação Científica

## Sommaire

<b>EDITORIAL</b>	
— La Beauté de la Rhumatologie: Medicine Biomécanique, Cinesiologie, Exercice et Chirurgie Orthopedique <i>A. C. Alves de Matos</i>	1
<b>MEMOIRES ORIGINAUX</b>	
— Le Traitement Chirurgical de la Polyarthrite Rhumatoide - Revision de la Litterature <i>Fernando Saraiva, Armando Malcata, J. de Salis Amaral, M. Viana de Queiroz</i>	3
— La Polyarthrite Psoriatique dans les Sex Masculin et Féminin <i>Luis Gaião, A. Faustino, A. Marques, E. Simões, Miranda Rosa, J. Figueirinhas, M. Viana de Queiroz</i>	15
<b>CAS CLINIQUES</b>	
— Myeloma Multiple non Secreteur Revelé par Osteoporose Rapidement Progressive <i>Paulo Clemente Coelho, Armando Malcata, J. Canas da Silva, Rui André Santos, José Carlos Romeu, M. Viana de Queiroz</i>	29

## Contents

<b>FOREWORD</b>	
— The beauty of Rheumatology: Medicine, Biomechanics, Cinesiologie, Exercise and Orthopedic Sargery <i>A. C. Alves de Matos</i>	1
<b>ORIGINAL PAPERS</b>	
— The Surgery of Rheumatoid Arthritis — Revision of Literature <i>Fernando Saraiva, Armando Malcata, J. de Salis Amaral, M. Viana de Queiroz</i>	3
— Psoriatic Arthritis in Males and Females <i>Luis Gaião, Carlos Rosa, Jorge Silva, M. Viana de Queiroz</i>	15
<b>CASE REPORT</b>	
— Non secretory Multiple Myeloma Presenting as Rapidly Progressive Osteoporosis <i>Paulo Clemente Coelho, Armando Malcata, J. Canas da Silva, Rui André Santos, José Carlos Romeu, M. Viana de Queiroz</i>	29

## FICHA TÉCNICA:

DIRECTOR: Aurora Marques. REDACTOR-CHEFE: Prof. M. Viana Queiroz.

REDACTORES: Drs. Adriano Neto, A. C. Alves Matos, António Vilar, Aurora Marques, C. Miranda Rosa, Jaime C. Branco, João Ramos, J. F. Ribeiro da Silva, J. Espírito Santo, J. Canas da Silva, J.A. Melo Gomes, J. Teixeira da Costa, M.<sup>a</sup> Cristina Catita e Mário Bexiga.

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 a 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:

- A Redacção aceita trabalhos clínicos ou de investigação da especialidade ou a ela ligados. reserva-se o direito de só aceitar artigos ainda inéditos.
- 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, noutras publicações.
- A doutrina dos artigos publicados é da exclusiva responsabilidade dos autores.
- Os artigos podem ser redigidos em português, francês, inglês ou espanhol, dactilografados a dois espaços, numa só face do papel, com margens largas e em duplicado.
- 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.
- O texto deve ser precedido de um resumo sucinto, curto mas suficientemente esclarecedor, em português, francês e inglês (facultativamente, em espanhol e/ou alemão).
- Cada artigo tem direito até cinco gravuras; além deste número a Redacção reserva-se o direito de as debitar pelo custo. As fotografias devem ter nitidez suficiente para dar reprodução e os gráficos e desenhos a tinta preta e em papel branco ou vegetal; em folhas separadas, anotadas no verso, a respectiva legenda, dactilografada, e a ordem numérica.
- As referências bibliográficas, conforme o index medicus: apelido (maiúsculas), nome e pronome do(s) autor(es); título, nome da publicação ou editor; localidade; volume; página; ano. Deve observar-se a ordem alfabética do último nome do autor (ou do 1.<sup>o</sup> autor).
- Cada autor tem direito a 25 separatas. Para além deste número, serão debitadas pelo preço de custo, se forem requisitadas com a devida antecedência.
- É da competência e responsabilidade da Redacção, a revisão das provas.

## **A BELEZA DA REUMATOLOGIA: MEDICINA, BIOMECÂNICA, CINESIOLOGIA, EXERCÍCIO E CIRURGIA ORTOPÉDICA**

A.C. ALVES DE MATOS\*

É opinião comum que a cirurgia protésica reumatológica iniciada por Charnley há 30 anos atrás (1), foi o passo mais importante para a reintegração dos doentes reumáticos na vida de relação. É, talvez, uma asserção abusiva. Ao lado da cirurgia ortopédica reumatológica devemos colocar, também, a individualização da Reumatologia como disciplina médica autónoma que se tem vindo a desenvolver nos últimos 40 anos e que, apoiada nos seus métodos de intervenção farmacológica e física, de validação aturada (2,3), tem ganho cada vez maior importância no tratamento dos doentes do aparelho locomotor.

Potencialmente, toda a articulação atingida por uma doença é uma candidata à intervenção cirúrgica, mas esta é quase sempre uma solução de recurso, sendo raros os casos em que a cirurgia se apresenta como o procedimento de primeira linha na terapêutica de uma afecção primitiva articular (como é exemplo a epifisiólise da cabeça femoral).

Se por um lado devem ser do conhecimento dos reumatologistas as indicações e as modalidades de intervenção cirúrgica, tão brilhantemente expostas neste número da Acta por F. Saraiva e col., devemos-nos também lembrar que todo o acto que proteja a articulação e preserve a sua função é um auxílio precioso para o doente, protelando e evitando a maioria das vezes, dentro de limites estreitos, uma solução de recurso. Esta atitude deve ser assumida desde o início da doença e estar sempre presente ao longo do seu curso. Sem ela não tratamos o doente nem auxiliamos o cirurgião.

Assim, a intervenção do reumatologista deve estabelecer-se logo nos primeiros tempos da inflamação articular ou da degenerescência cartilágnea, utilizando a vária índole de meios hoje colocados ao seu serviço, desde a

---

\* Reumatologista, interno do Hospital de Santa Maria, graduado em Julho de 1987, ainda não provido.

intervenção farmacológica sistémica ou local até às técnicas de reabilitação. Estas pressupõem conhecimentos biomecânicos, artrocinesiológicos e de fisiologia do exercício que, ao lado dos conhecimentos etiopatogénicos da inflamação e da artrose, os reumatologistas precisam de valorizar se não querem levantar falsas esperanças aos doentes e enfiar às entidades pagadoras.

Uma vez compreendidos os mecanismos biomecânicos do funcionamento de uma articulação e o controle neuromuscular dos seus movimentos e tendo presentes os conhecimentos médicos referentes à patologia em presença, estamos em condições de ajudar os doentes e os cirurgiões no pré e no pós operatório reumatológico, pensando que o período pré-operatório pode e deve alongar-se por anos.

O Reumatologista é o guardião da saúde articular do doente reumático e como tal deve saber valer-se de todo o arsenal terapêutico disponível, tanto farmacológico como reabilitativo.

Ao promovermos a nossa competência para o tratamento médico *global* das doenças do aparelho locomotor, promovemos a nossa independência e a nossa diferenciação, ao mesmo tempo que impedimos definitivamente as confusões com os “especialistas em medicina interna com perfil em reumatologia” (4). Na minha opinião, temos que ser um bom bocado mais que isso...

É nesta perspectiva bastante mais ampla e aliciante que se tem de fundamentar a Reumatologia, particularmente em Portugal, onde ainda se está na fase de fundação e definição dos Serviços Hospitalares.

Apelo aos nossos graduados para realizarem um esforço mais se querem continuar a ser verdadeiros reumatologistas, fruindo a beleza da Reumatologia, que é dar cada vez mais “liberdade cinesiológica” aos nossos doentes.

Uma última palavra para os mais novos: nunca é tarde para recomeçar.

## BIBLIOGRAFIA

1. CHARNLEY, J.: Arthroplasty of the hip: A new operation. *Lancet* 1:1129, 1961.
2. LEQUESNE, M. E WILHELM, F.: *Méthodologie pour le clinicien. Précis et glossaire.* Editions EULAR Publishers, Basileia, 1989.
3. HELEWA A., GOLDSMITH C.H., LEE P., BOMBARDIER C., HANES B., SMYTH H.A. E TUGWELL P.: Effects of occupational therapy home service on patients with rheumatoid arthritis. *Lancet* 337:1453, 1991.
4. Diário da República, II série, 230:9891 de 7/10/91 e II série, 31:1413 de 6 2 '92.

# viartril-S<sup>®</sup>

## Sulfato de Glucosamina



## Deter a Artrose Proteger a Articulação

A glucosamina é o componente principal do VIARTRIL-S. Esta substância tem actividade metabólica artrotrófica, estimulando o metabolismo anabólico dos tecidos osteocartilagíneos e melhora as propriedades lubrificantes do líquido sinovial. O VIARTRIL-S possui uma eficácia particular em todas as formas de doenças osteoarticulares degenerativas, como a artrose e a osteoartrite, tanto subaguda como crónica. O VIARTRIL-S proporciona um tratamento causal (e não sintomático) e os seus efeitos terapêuticos só se podem apreciar depois de uma semana após o seu início; assim, em casos de dor intensa, aconselha-se a associação de um medicamento anti-inflamatório, durante os primeiros dias da administração. **INDICAÇÕES:** Todas as formas de doença osteoarticular degenerativa. **POSOLOGIA MÉDIA:** A) quando a sintomatologia artrósica é leve ou moderada: 2 cápsulas de VIARTRIL-S duas vezes por dia, durante um mínimo de seis semanas. B) quando a sintomatologia artrósica é grave: **Terapêutica inicial:** recomenda-se um tratamento inicial de 8 semanas, segundo o esquema seguinte: 1. Uma ampola diária de VIARTRIL-S injectável por via intramuscular + 2 cápsulas de VIARTRIL-S duas vezes por dia, durante as primeiras duas semanas; seguir com uma terapêutica de manutenção com 2 cápsulas duas vezes por dia, durante seis semanas. 2. Em caso de contra-indicação da via parentérica, efectuar o tratamento com 2 cápsulas três vezes por dia, durante um período de mais de oito semanas. **Terapêutica de manutenção:** continuar durante 3-4 meses administrando 2 cápsulas duas vezes por dia, quinze minutos antes das refeições. O VIARTRIL-S oral pode ser utilizado em tratamentos de longa duração, visto não provocar quaisquer perturbações gástricas. O tratamento pode repetir-se de 6 em 6 meses. Este esquema posológico pode ser modificado segundo prescrição médica. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Não se conhecem contra-indicações para a glucosamina. A forma injectável, devido ao seu teor de lidocaína, deve ser utilizada com prudência nos doentes com perturbações cardíacas de condução e na descompensação cardíaca aguda e está contra-indicada nos doentes com hipersensibilidade à lidocaína. **EFEITOS COLATERAIS:** Não se conhecem efeitos colaterais provocados pela glucosamina. A forma injectável, devido ao seu teor de lidocaína, pode por vezes provocar náuseas e muito raramente também vômitos. **PRECAUÇÕES:** Deve evitar-se o emprego de ampolas nos primeiros meses de gravidez. **MODO DE APLICAÇÃO:** Antes do uso injectável, aspirar na mesma seringa o conteúdo da ampola A (amarela) que contém Sulfato de Glucosamina e Lidocaína, e o da ampola B (incolore) que contém a solução tampão diluente. Este medicamento contém lactose.

MEDICAMENTO	DENOMINAÇÃO COMUM	APRESENTAÇÕES	(P.V.P.) (Esc.)	C.M.T.D. (Esc.)			COMPAR-TICIPAÇÃO
				Total	Estado	Utente	
VIARTRIL-S	SULFATO DE GLUCOSAMINA	250 mg - 20 Cápsulas	857	171	137	34	80 %
		220 mg - 60 Cápsulas	2.088	139	111	28	
		5 Amp.	1.229	123	98	25	
		DUO-5 Amp. + 5 Amp. + 20 Cáps.	2.024	202	162	40	



Grupo Rotta Research

Contribuinte N.º 500 802 360 – Sociedade por quotas – Capital Social 100.000.000\$00 – Matric. na Conserv. do Reg. Comer. de Sintra sob o N.º 2317, fls. 192, L.º C 6

# A ARTROSE

não é uma fatalidade inevitável.

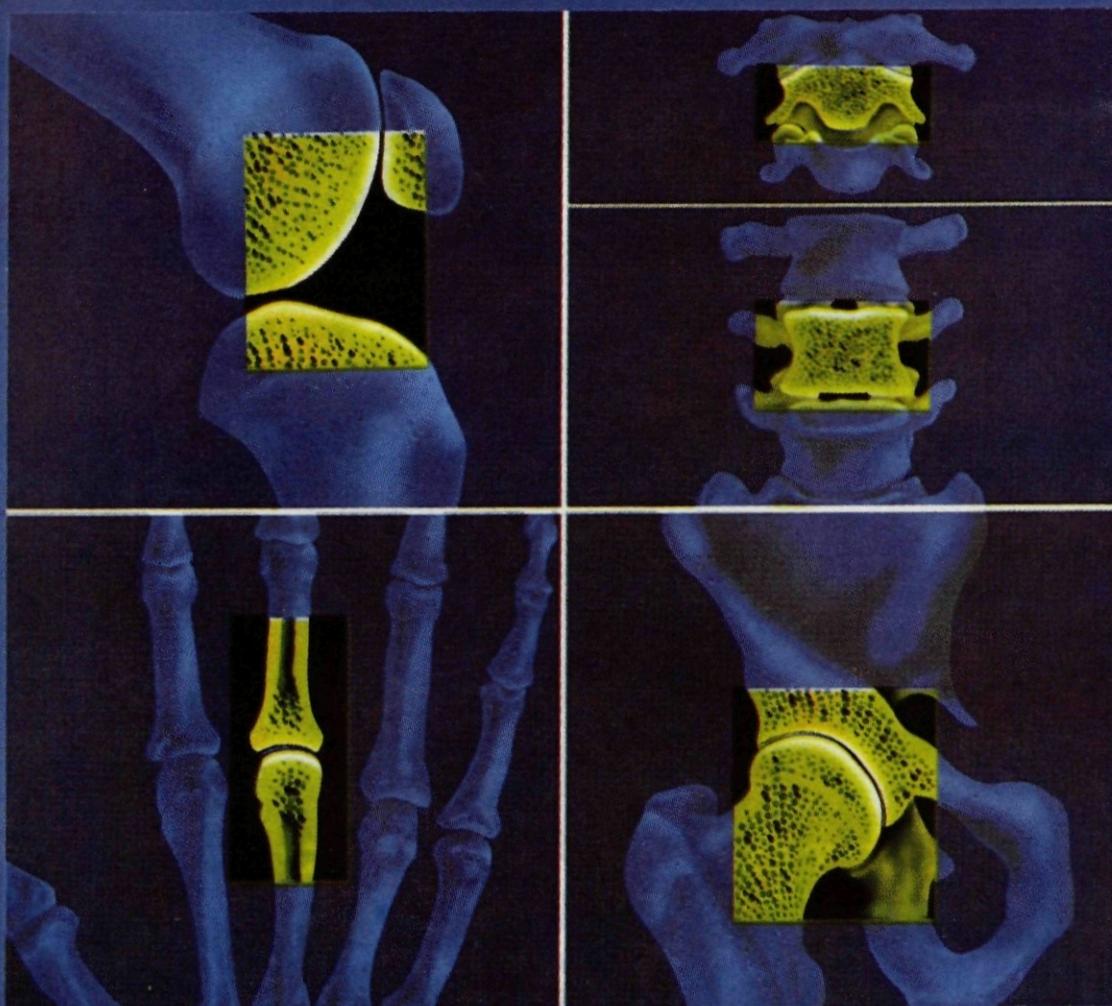
# Rumalon®

O seu diagnóstico e tratamento precoces são decisivos.

repara a cartilagem artrósica,\* contrariando eficazmente a progressão da artrose.\*\*

GP-C

Complexo de Glicosaminoglicanos Péptidos



# Rumalon®

Exerce uma acção determinante sobre a evolução da doença artrósica

\* Altman e Howell, U.S.A.; Franchimont e col., Bélgica; Burckhardt e col., Austrália.

\*\* Rejholec, Checoslováquia; Schacht, Suíça.

ROBAPHARM  
ROBAPHARM

## ROBAPHARM

Rua D. João V, 27, 2.º D.  
1200 LISBOA PORTUGAL  
Tel. 387 01 93 - 387 21 94  
387 24 76

Capital 500.000\$00  
Registo n.º 31422  
(C.R.C. - Lisboa)  
N. I. P. C. 500233144



Só pode vender-se mediante receita médica

**Apresentação e Preços:**  
Caixas com 6 ampolas de 2 ml

P.V.P.	ESTADO	UTENTE	COMPART.
1244\$00	996\$00	248\$00	80%

Os objectivos do tratamento cirúrgico da artrite reumatóide (AR) são: melhorar a função, aliviar a dor e, acessoriamente, beneficiar a aparência. Estes objectivos uma vez alcançados, não raramente repercutem-se favoravelmente a nível psicológico, familiar, económico e social.

A indicação cirúrgica só deverá ser definitiva, após a consideração de algumas variáveis, nomeadamente (1,2):

- 1) as necessidades do doente, sendo fundamental que tanto este como a família e o cirurgião sejam realistas quanto aos objectivos a atingir;
- 2) a repercussão local da doença, por forma a não inviabilizar nem o sucesso da cirurgia nem o da reabilitação;
- 3) a atitude previsível do doente face ao programa de reabilitação no pós-operatório (a fisioterapia é, de um modo geral, de grande importância, variando a sua necessidade com a articulação abordada, sendo menor para a anca e máxima para a mão);
- 4) a resposta da família às necessidades do doente operado;
- 5) as potencialidades de adaptação da arquitectura doméstica à nova situação;
- 6) as condições cirúrgicas gerais, levando em conta quer o estado geral de saúde, quer a necessidade de prossecução do tratamento médico ao longo do período operatório, quer as limitações que a própria doença impõe ao acto cirúrgico, começando pelas dificuldades anestésicas resultantes de uma artrite das temporo-mandibulares, ou passando pelo perigo eminente de luxação atloido-odontoideia;
- 7) a experiência e resultados operatórios prévios da equipa cirúrgica, não esquecendo que esta não se resume ao cirurgião, dado que inclui elementos de outras áreas profissionais, como é o caso das enfermeiras e terapêutas;
- 8) os resultados e eventuais complicações de cirurgia anterior no mesmo doente, tendo em conta que a melhor forma de lhe ganhar a confiança, é coroar de êxito o primeiro gesto cirúrgico, sendo o inverso também verdadeiro;
- 9) a taxa de sucessos e de complicações da intervenção em causa e as possibilidades restantes, em caso de insucesso ou de abstenção cirúrgica;
- 10) a extensão e gravidade da poliartrite, dado que poderá ser necessário dar precedência a uma intervenção nos membros superiores, em relação aos membros inferiores, por forma a possibilitar depois o uso de apoios na marcha, ou a passagem à posição de pé quando a mobilidade previsível ao nível dos últimos não for a melhor. Ou o inverso, ou seja, dotar os membros inferiores com mobilidade suficiente para minimizar a ajuda dos membros superiores. Perante o envolvimento simultâneo do pé, anca e joelho, a ordem recomendada das cirurgias depende do estado do membro contralateral, mas habitualmente é a citada (2). Por outro lado, face à necessidade de artroplastia total das duas ancas, é preferível fazê-lo em tempos operatórios diferentes, ainda que na mesma hospitalização, por forma a facilitar a recuperação (2). Sugere-se o mesmo quando do envolvimento dos 2 ombros. Já os joelhos podem ser operados na mesma sessão cirúrgica, dependendo sempre, como se

artroplastia total. A motivação mais comum da intervenção ortopédica é fundamentalmente a dor rebelde. Segue-se-lhe a limitação funcional e por último a instabilidade articular (56).

É ao nível do punho e cotovelo, que a sinovectomia cirúrgica proporciona maior número de resultados satisfatórios e para Simon (57), a última daquelas articulações, deverá mesmo constituir o alvo preferencial desta técnica. Ainda assim, esta intervenção não pode ser oferecida com o horizonte antecipado de efeitos garantidamente duradouros.

Constituem indicações para sinovectomia cirúrgica do cotovelo, as seguintes (56,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67):

- 1) sinovite resistente à terapêutica conservadora, particularmente se associada a alterações radiológicas "menor" do componente cubital da articulação;
- 2) perspectiva de ressecção da cabeça radial, perante incongruência óbvia (pode dizer-se que a associação desta ressecção à sinovectomia, é a regra);
- 3) existência de sinais de compressão local do nervo cubital;
- 4) evidência de compressão do ramo interósseo posterior do radial.

Segundo Mowat (46), a sinovectomia do cotovelo diminui a dor em 80% das intervenções. Quanto à mobilidade articular, esta não se altera em 50% dos casos, melhora em 30% e agrava-se em 20% (56).

A maioria das artroplastias totais do cotovelo, utiliza próteses de tipo restrictivo, de charneira. Os modelos iniciais — Dee, Shiers, McKee — são próteses de charneira de metal em metal, fixas ao osso por cimento (68,69). Modelos de charneira mais recentes, são os de Mayo, Conrad, Schlein (metal em polietileno) e o de GSB (metal em metal) (70).

Embora escasseiem resultados a longo prazo das próteses restrictivas, a principal causa de insucesso parece advir do descolamento dos implantes (71). Para obviar a este problema, desenvolveram-se próteses semi-restrictivas. Estas, possuem um apoio solto de metal em plástico, entre os componentes, o que confere mobilidade adicional além da flexão-extensão. São exemplos as próteses de Pritchard-Walker, Triaxial e GSB Mark III (72,73). A prótese capitelo-epicondilar de Ewald, também semi-restrictiva, consiste num componente humeral metálico e num componente cubital de polietileno de alta densidade. Estas próteses semi-restrictivas, têm uma taxa de descolamento inferior às de charneira (74,75). Todavia, pode ocorrer luxação dos componentes e fracturas do olecrâneo (71,72,75,76).

As próteses de revestimento, estão concebidas para remover uma porção mínima de osso e para replicarem a anatomia do humero distal e cúbito proximal e por isso são consideradas opções "conservadoras" (77,78,79,80,81, 82,83,84).

As próteses semi-restrictivas oferecem uma estabilidade óbvia e permitem alguma rotação axial e jogo varus-valgo, razão da diminuição das taxas de descolamento comparativamente com as próteses restrictivas mais antigas.

A opção final entre artroplastia de revestimento e artroplastia semi-restrictiva, deverá depender da experiência do ortopedista, uma vez que não está demonstrada uma superioridade clara de um tipo de prótese em relação ao outro (76,77,78,79,82,83,84,85,86,87,88).

disse, do estado das articulações vizinhas. Quanto à planificação de intervenções múltiplas no membro superior, ela deve seguir a ordem das articulações mais dolorosas e que mais comprometam as actividades da vida diária. Por outro lado, dado que cerca de 10% das próteses articulares necessitam de revisão cirúrgica nos 10 anos que se seguem à intervenção e mais 10%, apesar dos doentes apresentarem queixas minor, beneficiariam do mesmo, ascendendo já a 25%, nalguns centros, as taxas de revisão cirúrgica (3), recomenda-se grande cuidado na selecção dos doentes, abstenção de actividades físicas excessivas o contra-procedentes, no pós-operatório e o desenvolvimento de sub-especialidades ortopédicas.

Ultrapassados estes pontos e erradicadas todas as possíveis fontes de infecção, o doente deve ser posto nas condições médicas ideais e, caso esteja a tomar corticóides numa dose mínima de manutenção, esta deve ser aumentada num período curto, pré-operatório, para obviar o stress da cirurgia no doente córtico-dependente.

### **Cirurgia da mão e punho**

Vamo-nos agora debruçar sobre o tratamento cirúrgico segmentar, começando pela mão e punho. A este nível utilizam-se tenorrafias, transferências tendinosas, tenossinovectomias, sinovectomias, artrodeses e artroplastias e realizam-se descompressões nervosas (na sua grande maioria nos canais cárpicos).

As tenorrafias e transferências de tendões, utilizam-se na correcção do desvio cubital dos dedos e na reparação de rupturas tendinosas. Estas, são geralmente consequência do atrito em eminências ósseas (razão porque, por vezes, é necessário complementar a cirurgia reconstrutiva tendinosa com fixações articulares ou remoção de saliências), ou de digestão enzimática, ambas no contexto de tenossinovites (4,5,6). Estão mais propensos à ruptura tendinosa, os doentes com: doença progressiva que não responde à terapêutica médica; ruptura tendinosa prévia; massa sinovial de progressão rápida (7,8). Qualquer tendão pode romper, mas os que o fazem mais comumente são os extensores do 4.º e 5.º dedos e o longo extensor do polegar. Dado que a ruptura de um tendão é frequentemente seguida pela de outros e que os resultados (piores nos flexores do que nos extensores) da transferência tendinosa, são inversamente proporcionais ao número de tendões rotos, o diagnóstico e tratamento precoces da tenossinovite são fundamentais. Esta, inicialmente, tem terapêutica conservadora. Caso não resulte, deve ser posta a indicação de tenossinovectomia (7,8,9,10,11,12,13), a qual apresenta uma taxa de sucessos gratificante, variando entre 95% na tenossinovectomia dorsal e 70% na tenossinovectomia dos flexores (14,15).

Contrastando com a tenossinovectomia, que é um método estabelecido, a sinovectomia cirúrgica, em geral, tem indicações mal definidas e limitadas, face à inexistência de dados que comprovem uma melhoria significativa na história natural da doença com este procedimento. Tem sido mais usada nas articulações dos dedos das mãos, nos punhos e cotovelos do adulto com artrite

particular. São elas a deformação em botoeira e em colo de cisne. A terapêutica cirúrgica depende da gravidade da deformação e do grau de correcção passiva, variando entre a sinovectomia com reparação tendinosa nos casos precoces e a artroplastia ou artrodese nas situações mais avançadas. Os resultados da cirurgia são geralmente menos brilhantes na correcção da deformação em botoeira (45,46).

No 1.º dedo, o envolvimento da inter-falângica trata-se por artrodese. Na metacarpo-falângica, pode optar-se entre a artroplastia (a preferir se se vai também operar a inter-falângica) e a artrodese (a contemplar no caso de lesão isolada desta articulação).

No que respeita às inter-falângicas distais, a artrodese é o procedimento de eleição.

A cirurgia do punho reumatóide, além da sinovectomia, de que já falámos, utiliza a artrodese parcial ou total e a artroplastia (45). A escolha, depende da condição do aparelho músculo-tendinoso, do grau de reabsorção óssea no carpo, do status da mão, do punho oposto e da situação dos membros inferiores.

A artrodese total permite eliminar a dor, confere estabilidade para a função da mão, restaura o alinhamento e conserva os movimentos de pronação-supinação. É a técnica de eleição quando o doente, por má condição dos membros inferiores, necessita de apoios para a marcha.

Nos doentes com desvio cubital do carpo, em relação ao escafoide, que permanece na posição original, a técnica indicada consiste numa artrodese radio-semi-lunar, a qual restaura o alinhamento e preserva a mobilidade global em cerca de 50%. Se a radio-escafo-semi-lunar está destruída, pode ser fundida, também com apreciável preservação da mobilidade.

Existem várias alternativas à ressecção "standard" do cúbito distal (técnica de Darrach), em caso de luxação da rádio-cubital inferior (47,48,49,50,51,52,53,54): artrodese desta articulação com osteotomia proximal, para permitir as rotações (técnica de Lauenstein); ressecção da superfície articular do cúbito e interposição capsular (técnica de Bowers); reconstrução da fibrocartilagem triangular.

Se há uma boa reserva óssea, um canal intra-medular adequado ao nível do 3.º metacarpo, tendões extensores funcionantes e envolvimento do punho oposto, pode-se considerar a hipótese de artroplastia. Todavia, dado que a longo prazo cerca de 20% destas próteses fracturam, estão contra-indicadas nos doentes que as submetem a tensões consideráveis, como decorre do uso de bengalas, andarilhos e canadianas sem apoio para os antebraços (45). Recentemente, têm vindo a ser testadas próteses constituídas por outros materiais, cujo interesse terá de ser demonstrado (55). Em resumo, à excepção dos doentes com as qualificações acima referidas, a artrodese parcial ou total, é o procedimento de escolha no punho reumatóide.

### **Cirurgia do cotovelo**

A cirurgia do cotovelo na AR, inclui a sinovectomia, a artrodese e a

**ARTIGO ORIGINAL**

**O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTRITE  
REUMATÓIDE — REVISÃO DA LITERATURA**

**PARTE I**

FERNANDO SARAIVA\*, ARMANDO MALCATA\*\*, J. DE SALIS AMARAL\*\*\*  
E M. VIANA DE QUEIROZ\*\*\*\*

**RESUMO**

Os autores fazem uma revisão extensa e actual da bibliografia, focando os aspectos gerais mais importantes do tratamento cirúrgico da artrite reumatóide, considerados à luz da sua experiência pessoal.

**ABSTRACT**

**The surgery of rheumatoid arthritis — revision of literature**

Surgery as part of a multidisciplinary team work, plays an important role in the treatment of rheumatoid arthritis. In this article the surgical treatment of this connectivitis is focussed in a comprehensive and updated review of the literature. Topics from the authors experience are added.

---

\* Interno do Complementar de Reumatologia do H.S.M.

\*\* Especialista de Reumatologia

\*\*\* Prof. Associado de Ortopedia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.  
Director do Serviço de Ortopedia do Hospital Ortopédico de Sant'Ana — Parede

\*\*\*\* Prof. Associado de Reumatologia da Faculdade de Medicina de Lisboa — Chefe de Serviço de Reumatologia do H.S.M.

Constituem contra-indicações para artroplastia total do cotovelo: infecção activa de qualquer localização ou sequelas regionais de osteomielite; contracatura ou paralisia da musculatura flexora ou extensora; artrodese ou anquilose em posição satisfatória; não cooperação do doente.

Os resultados das artroplastias totais do cotovelo revelam que, quer com um, quer com o outro tipo de prótese, em 90% dos doentes ocorre uma virtualmente completa desapareção da dor (56); quanto à mobilidade, a extensão apresenta-se geralmente mais limitada com as próteses de reconstrução de superfície, do que com as semi-restrictivas (no entanto, a mobilidade pós-operatória correlaciona-se mais com o estado pré-operatório dos tecidos moles); no que respeita à força, assinala-se uma recuperação de aproximadamente 75% em média, após a cirurgia (89), excepto na força de extensão, a qual geralmente não melhora.

As complicações da artroplastia total do cotovelo atingem cerca de 59% dos doentes, excluindo o descolamento (88):

- 1) infecção;
- 2) lesão do nervo cubital;
- 3) insuficiência tricipital;
- 4) dificuldade na cicatrização de feridas (3 a 5% dos casos) (56);
- 5) fracturas intra ou pós-operatórias;
- 6) descolamento da prótese (5% de ocorrências ao fim de 3 anos, com os dispositivos mais modernos (90);
- 7) instabilidade e luxação dos componentes (essencialmente nas próteses de revestimento; as sub-luxações ocorrem em 5 a 10% dos casos) (76,77,79, 80,82,83,84). A artrodese do cotovelo só ocasionalmente estará indicada e apenas nos casos em que as restantes articulações do membro tenham boa mobilidade.

## Cirurgia do ombro

Na cirurgia do ombro reumatóide deve privilegiar-se a artroplastia. A sinovectomia apenas ocasionalmente deverá ser considerada e a artrodese só raramente.

A dor é a motivação mais frequente da cirurgia, mas a dotação da capacidade de realização de tarefas básicas, como a higiene pessoal e a alimentação, reveste-se de um significado que não pode ser subestimado. De facto, a cirurgia do ombro reumatóide deve ser considerada, quando a proliferação sinovial ou a destruição articular assumem proporções, que tornam inviável o controlo da dor e o restabelecimento da função através de medidas conservadoras. Por outro lado, a cirurgia não deve ser adiada até que a coifa dos rotadores seja envolvida (mais de 90% das lesões da coifa, são devidas ao seu desgaste entre o acrómio e a cabeça humeral, frequentemente elevado, desempenhando os traumatismos um papel secundário) (91,92,93,94,95,96,97) e o osso significativamente destruído, situação em que a artroplastia total se torna difícil.

As dificuldades técnicas de acesso, a frequência de alterações péri-articulares, os resultados prévios da técnica e o perigo potencial de capsulite adesiva

(comum a outras intervenções na articulação), explicam a baixa popularidade da sinovectomia cirúrgica do ombro, particularmente enquanto procedimento isolado, dirigido ao tratamento da sinovite. No entanto, pode ser utilizada nas bursites sub-acrómio-deltaideias e nos ombros congelados intratáveis, com superfícies articulares poupadas, associada a bursectomia e a libertação de aderências.

Face aos resultados proporcionados pela artroplastia total, várias técnicas são agora raramente utilizadas na cirurgia do ombro reumatóide. É o caso da artrodese, a admitir apenas se o doente tiver boa mobilidade ao nível da escápula e cotovelo (98). Acontece o mesmo com a glenoidectomia (99,100), com a dupla osteotomia da glenóide e humero proximal e com a acromionectomia radical (46,101,102). É ainda o caso da ressecção da cabeça humeral (97), dado que a glenóide está também geralmente afectada e porque a estabilidade proporcionada pela artroplastia total, permite uma melhor reabilitação. Todavia, o componente glenoideu poderá ser omitido, quando uma grande destruição da glenóide impedir uma fixação adequada (102). Raramente utilizadas são também as artroplastias de charneira (93,103,104,105,106,107,108,109,110).

A estabilidade da gleno-humeral é em grande parte proporcionada pela cápsula articular e coifa dos rotadores, estruturas que se encontram frequentemente lesadas nos ombros reumatóides. Desta forma, ou esta função é reconstituída durante a artroplastia, ou é a própria prótese que a reproduz. Assim, utilizam-se essencialmente 3 tipos de próteses (111): as que substituem apenas as superfícies articulares (Neer II); as que substituem as superfícies articulares e proporcionam alguma estabilidade adicional; as que substituem as superfícies articulares e a função de contenção das partes moles (próteses de Stanmore e de Michael Reese).

A prótese de Neer II é das mais usadas. Consiste num componente humeral de crómio-cobalto e num componente glenoideu de polietileno de alta densidade, fixo à glenóide com ou sem cimento. Presentemente existe também um modelo "biológico" (a fixação faz-se por crescimento intra-ósseo numa superfície porosa). Quando o humero já deformou o acrómio, a artroplastia combina-se com uma acromioplastia.

Complicações da artroplastia total do ombro (112):

- 1) deslocamento;
- 2) sub-luxação do componente humeral;
- 3) formação óssea heterotópica péri-articular;
- 4) descolamento do componente glenoideu ou humeral;
- 5) infecção;
- 6) fractura óssea.

A única contra-indicação absoluta para a realização de artroplastia total do ombro, é a presença de infecção.

Os resultados desta cirurgia, nomeadamente com a prótese de Neer II, dependem em grande parte da preservação ou reconstrução da coifa dos rotadores e da função do deltóide e duma reabilitação correcta (113, 114,115,116).

## Cirurgia da coluna cervical

A sub-luxação atloido-odontoideia (SAO), ocorre em 43 a 86% de todos os doentes com AR (117).

A variedade anterior é a mais frequente, interessando 11 a 46% dos casos de necrópsia (118,119,120,121) e, consoante os estudos, 19 a 71% dos casos in vivo (122,123,124,125,126,127). O seu diagnóstico é feito perante uma distância atloido-odontoideia superior a 3,5mm, no adulto.

A SAO posterior é menos comum — 6,7% numa série (128) e provavelmente é mais benigna, embora também possa originar compressão medular (129, 130, 131, 132, 133, 134, 135).

A SAO lateral, define-se como um deslocamento superior a 2mm entre C1 e C2, na horizontal e a sua incidência é provavelmente subestimada. Numa série, correspondeu a 21% de todas as SAO (128) e tem sido encontrada mais vezes num contexto de mielopatia compressiva, do que na sua ausência (136).

A SAO vertical, ocorre em 5 a 32% de todos os doentes com AR (124,136,137,138) e corresponderá a cerca de 22% de todas as SAO (128). O deslocamento vertical pode ser medido através da linha de McGregor — anormal, quando a subida da apófise odontoideia é superior a 4,5mm acima desta linha — (128), pelo índole de Ranawat (139), pelo método de Redlund-Johnell (138), ou pela linha de Metzger-Fishgold (140).

As sub-luxações, também podem afectar a coluna cervical sub-axoideia e fazem-no em 10 a 20% dos casos (141,142,143). Podem ser sub-luxações anteriores usuais e sub-luxações sob fusões altas. Podem ainda ocorrer: espondilodiscites anteriores com compressão medular; compressões por granulomas reumatóides epidurais; hiperlordose sub-axoideia aparente. Estes quadros, podem estar na origem de paquimeningites e aracnoidites, além da compressão medular.

Os factores que se correlacionam com a progressão da SAO, são: sexo masculino, doença articular erosiva e mutilante, terapêutica com corticóides e seropositividade para os factores reumatóides (118,122,128,144,145). Os factores que mais predispõem ao envolvimento neurológico, são: sexo masculino, SAO anterior superior a 9mm e presença de SAO vertical (128).

Progressão radiológica da SAO tem sido documentada em 39 a 80% das ocorrências (128,137,145,146), verificando-se agravamento neurológico em 2 a 36% de todos os casos (137,146,147). A compressão medular fatal, atinge 10% das SAO (148). Numa série, todos os doentes com SAO e mielopatia compressiva que não foram tratados cirurgicamente, morreram, falecendo metade daqueles que só foram tratados com colar cervical (149).

A presença de SAO, não constitui, por si só, uma indicação para a cirurgia. Já a dor rebelde, o défice neurológico e a instabilidade cervical, são-no (137,146). Salienta-se que o grau de recuperação neurológica no pós-operatório, é função da gravidade do quadro na altura da cirurgia, daí a importância da indicação cirúrgica precoce nestes doentes, logo que o défice neurológico seja detectado (150).

A maioria dos autores, recomenda uma tracção esquelética contínua no pré-operatório, por forma a diminuir a sub-luxação e as alterações mielopáticas (139,148,150,151,152).

A cirurgia da SAO consiste numa estabilização cervical por artrodese, geralmente por via posterior. Utiliza-se a fixação interna com diversos dispositivos, desde o arame às placas. A descompressão por via transoral, tem sido advogada na SAO irredutível e em determinadas situações em que o pannus causa uma compressão persistente (153,154,155,156,157). No caso de envolvimento sub-axoideu, o tratamento consiste ainda numa fixação, combinada ou não com laminectomia (131,150,158,159).

Complicações das fusões cervicais (de qualquer tipo): infecção (até 25% dos casos) (117); deiscência da ferida; quadriplegia; sub-luxação sub-axoideia tardia.

A mortalidade pós-operatória varia entre 0 e 33%, sendo inferior a 10% nos relatos mais recentes (139,150,151,160,161,162,163,164,165,166).

Melhoria neurológica ocorre em 42 a 100% dos doentes (139,150, 151, 161, 162, 163, 166) e a diminuição da dor é a regra.

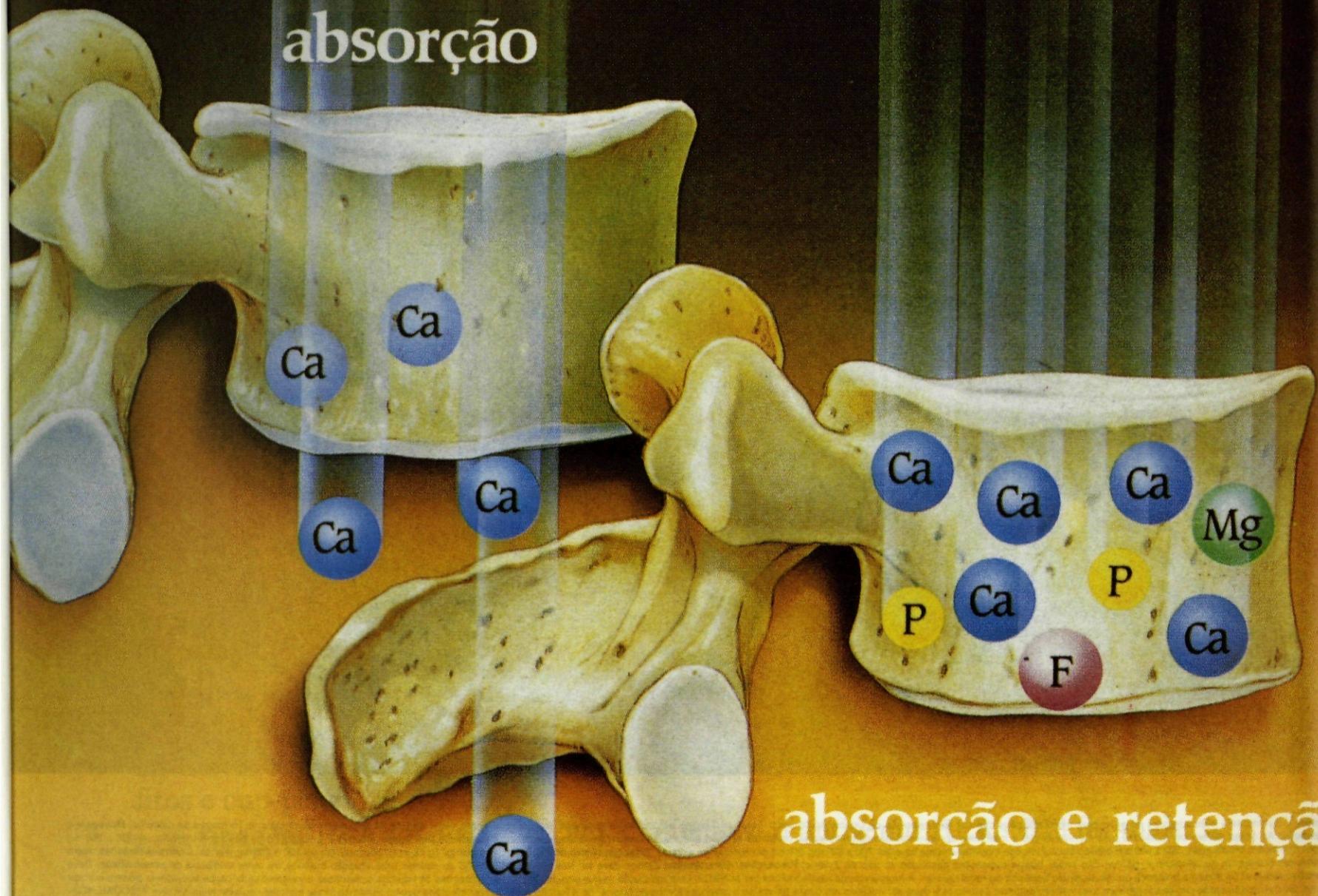
nos processos de desmineralização óssea

# OSSOPAN®

Complexo de Osseína - Hidroxiapatite (COH)

OSSOPAN®

absorção



absorção e retenção

**Composição:** 1 dragela contém: complexo de Osseína - Hidroxiapatite (COH) 200mg, correspondente a 42,8mg de cálcio e 19,8mg de fósforo, 54mg de colagénio, 16mg de outras proteínas. 1g de pó contém: complexo de Osseína - Hidroxiapatite (COH) 820mg, correspondente a 175,5mg de cálcio, 81,2mg de fósforo, 221,4mg de colagénio, 65,6mg de outras proteínas. **Indicações:** Défice mineral da gestação, lombalgia, onicorreia, alopecia. Crianças distróficas atraso no crescimento e peso do lactente e da criança. Fracturas e osteopatias relacionadas, atraso da consolidação óssea, pseudo-arthrose, osteoporose, transtornos do metabolismo mineral. **Posologia:** Dragéias: 2 dragéias, 3 vezes por dia, antes das refeições. Pó: Meia medida (aprox. 3g) ou 1-2 colheres de chá por dia, bem misturado nas papas ou legumes.

APRESENTAÇÃO	FVP	ESTADO	UTENTE	COMP.
Caixas com 20 drag.	185\$00	93\$00	92\$00	50%
Caixas com 60 drag.	471\$00	236\$00	235\$00	50%
Frascos c/ 50g de pó	954\$00	477\$00	477\$00	50%

Só pode vender-se mediante receita médica

**Robapharm Portuguesa, Lda.**

Rua D. João V, 27-2.º Dt.º  
1200 Lisboa — Tels. 387 01 93/21 94/24 76

Capital Social 500.000\$00 - Registo N.º 31422 (C.R.C. Lisboa) - N.I.P.C. 500233144

ROBAPHARM  
PORTUGUESA

ARTIGO ORIGINAL

## ARTRITE PSORIÁTICA NOS SEXOS MASCULINO E FEMININO

LUIS GAIÃO\*, A. FAUSTINO\*\*, A. MARQUES\*\*\*, E. SIMÕES\*\*,  
MIRANDA ROSA\*\*\*, J. FIGUEIRINHAS\*\*\*\*, M. VIANA DE QUEIROZ\*\*\*\*\*

### RESUMO

Estudámos 143 doentes com o diagnóstico de artrite psoriática (AP) (75 doentes do sexo masculino e 68 do sexo feminino) com o objectivo de analisar os aspectos clínicos, laboratoriais e radiológicos da doença nos 2 sexos.

O início da psoríase foi mais precoce nas mulheres (29.4 vs 37.2 (anos);  $p < 0.01$ ); o período entre o início da psoríase e o da artropatia foi maior no sexo feminino (14.5 vs 9.8 (anos)  $p < 0.02$ ); não houve diferenças nas idades de início da artropatia psoriática (39.5 anos nas mulheres e 42.6 anos nos homens).

A forma de início oligoarticular foi a preponderante nos dois sexos; o envolvimento monoarticular inicial foi mais frequente nos homens (26.7% vs 11.8%;  $p < 0.05$ ). A artropatia precedendo a psoríase foi mais frequente também nos homens (21.3% vs 7.4%;  $p < 0.05$ ).

Não houve outras diferenças sob o ponto de vista clínico (envolvimento do couro cabeludo ou ungueal, história familiar, padrão de compromisso articular e uveíte) e radiológico (erosões, sacroileíte, esporões calcaneanos, sindesmófitos e cup-pencil).

A tipagem HLA foi efectuada em 83 doentes; o antigénio HLA - B13 foi mais

---

\* Interno do Complementar de Reumatologia do H.S.M.

\*\* Interno do Complementar de Reumatologia do I.P.R.

\*\*\* Especialista de Reumatologia

\*\*\*\* Especialista de Reumatologia.

Director Clínico do I.P.R.

\*\*\*\*\* Chefe de Serviço de Reumatologia do H.S. Maria. Professor Associado com Agregação convidado de Reumatologia da Faculdade de Medicina de Lisboa.

prevalente nos homens e o HLA - B13 nas mulheres, ambos com diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0.05$ ).

**Conclusões:** O início da psoríase foi mais precoce nas mulheres; o período entre o início da psoríase e o da artropatia foi mais dilatado também nas mulheres. A forma de início monoarticular e a artropatia precedendo a psoríase foram mais frequentes nos homens. O antígeno HLA B12 foi mais comum nos homens e o HLA B13 nas mulheres.

## ABSTRACT

A retrospective study of disease expression of psoriatic arthritis (PA) in males and females was made. 143 PA patients diagnosed in accordance with Moll and Wright criteria were studied.

68 female patients with PA (mean age at onset = 39.5 years and at review = 49.2 years) were compared with 75 male patients (mean age at onset = 42.6 years and at review = 53.0 years) matched for disease duration (9.8 years and 10.4 years respectively).

Psoriasis was detected earlier in females (29.4 vs 37.2 (yrs);  $p < 0.01$ ) with a duration of skin disease longer than in male group (20.6 vs 15.8 (yrs);  $p < 0.05$ ); there were no differences in mean age at onset and mean duration of arthritis between two sexes; the time period between the onset of psoriasis and the onset of arthritis was longer in females (14.5 vs 9.8 (yrs);  $p < 0.02$ ).

Monoarticular involvement at disease onset (26.7% vs 11.8%;  $p < 0.05$ ) and arthritis preceding psoriasis (21.3% vs 7.4%;  $p < 0.05$ ) were found more frequently in men.

There were no differences in course of joint disease, clinically involved joints and X-ray changes in male and female groups.

HLA B12 antigen was more frequent in men (35.6% vs 15.8%;  $p < 0.05$ ) and HLA B13 in women (28.9% vs 11.1%;  $p < 0.05$ ).

## INTRODUÇÃO

A associação entre a psoríase e a artrite tem sido descrita desde os primórdios do século XIX.

Alibert (1818) estabeleceu a relação da psoríase com a artropatia inflamatória e Bazin (1860) introduziu a noção de artrite psoriática.

No entanto o conceito de artrite psoriática como entidade distinta da artrite reumatóide e não uma mera associação casual desta doença com a psoríase, só ganhou aceitação a partir da década de 50, com a identificação dos factores reumatóides no soro dos doentes com artrite reumatóide e a consequente divisão entre poliartrites seropositivas e seronegativas, estas reconhecidamente associadas com a psoríase.

Moll e Wright (1973) definiram a artrite psoriática como uma artropatia inflamatória crónica geralmente seronegativa (factores reumatóides Ig M), associada com a psoríase da pele, unhas ou couro cabeludo e individualizaram-

envolvimento axial exigiria a presença de sacroileíte radiológica de grau II ou superior, de acordo com os critérios de Nova York ou ainda de raquialgias inflamatórias associadas à presença de sindesmófitos na coluna.

A avaliação radiológica incluiu radiogramas das mãos, pés, coluna cervical, dorsal e lombar, bacia, com visualização das sacroilíacas tendo sido usados os critérios de Nova York (1966) para a avaliação do compromisso radiológico das sacroilíacas; para além da sacroileíte e das erosões foram analisados outros aspectos radiológicos como a presença de “cup-pencil”, de sindesmófitos e de esporões ósseos.

A avaliação laboratorial incluiu a determinação dos antígenos HLA das classes I e II em todos os doentes em que foi efectuada (83 doentes), pelo método de microlinfocitotoxicidade.

### Análise estatística

A análise estatística foi feita utilizando os testes do  $\lambda^2$  para variáveis dependentes e t de Student para grupos independentes.

Como estatisticamente significativos foram considerados os valores de  $p < 0.05$ .

### RESULTADOS

Foram, estudados 143 doentes com o diagnóstico de artrite psoriática, com idade média de 51.7 anos; 68 d. (48%) eram do sexo feminino e 75 d. (52%) do sexo masculino (Quadro I).

QUADRO I

I — Dados demográficos	
N	143
Idade (anos)	51.7 ± 11.8
F / M	68 (48%) / 75 (52%)

Os doentes do sexo masculino tinham uma idade média de 53.0 anos, sendo a idade média de início da psoríase de 37.2 anos e a da artrite de 42.6 anos.

A duração da psoríase foi, em média, de 15.8 anos e a da artrite de 10.4 anos.

O intervalo entre o início da psoríase e o da artropatia foi nos homens de 9.8 anos.

-na no grupo das espondilartropatias seronegativas atendendo à prevalência do envolvimento espondilítico entre os doentes com artrite psoriática e à existência de características epidemiológicas, genéticas e clínicas comuns com o síndrome de Reiter, a espondilartrite anquilosante e as doenças inflamatórias crónicas do intestino.

A artrite psoriática afecta cerca de 5 a 10% dos doentes com psoríase e é mais frequente depois dos 40 anos de idade. Não existe preponderância em qualquer dos sexos ao invés da predominância masculina observada na espondilartrite anquilosante e da feminina na artrite reumatóide.

A distribuição por sexos é reconhecidamente um dos factores que pode influenciar a expressão clínica das doenças sendo conhecida a existência de subgrupos clínicos, simile EA e simile AR na artrite psoriática pelo que nos pareceu pertinente a análise do comportamento da doença nos sexos masculino e feminino através de um estudo retrospectivo dos parâmetros clínico, genéticos e radiológicos de 143 doentes com o diagnóstico de artrite psoriática.

## MATERIAL E MÉTODOS

### 1 — População

Foram seleccionados os processos clínicos de 143 doentes com o diagnóstico de Artrite Psoriática, de acordo com a definição de Moll e Wright (1973), observados nas consultas de Reumatologia do Hospital de Santa Maria e do Instituto Português de Reumatologia.

A idade média da população estudada foi de  $51.7 \pm 11.8$  anos com idades limites de 30 e 80 anos, sendo 75 d. (52.4%) do sexo masculino e 68 d. (47.6%) do sexo feminino.

### Parâmetros Estudados

O estudo destes doentes incluiu a anamnese, o exame objectivo, a avaliação laboratorial e a radiológica.

Além dos dados referentes à idade dos doentes, à idade de início da psoríase e da artropatia, à duração da psoríase e da artrite, foram também estudadas a história familiar de psoríase ou de espondilartropatia seronegativa, o envolvimento ungueal e do couro cabeludo bem como a relação temporal entre as manifestações cutâneas e as articulares.

Sob o ponto de vista articular foram analisadas a forma de início, as articulações afectadas e os padrões de compromisso articular definidos de acordo com os critérios propostos por Kammer (58).

Segundo esses critérios foram considerados 3 subgrupos clínicos baseados no padrão do envolvimento articular.

Dois subgrupos com envolvimento articular periférico, sendo uma forma simétrica e outra assimétrica, e um subgrupo de envolvimento axial associado ou não a envolvimento periférico constituindo um padrão misto; o padrão de

Nas mulheres a idade média foi de 49.2 anos, sendo a idade média de início da psoríase de 29.4 anos e a da artrite de 39.5 anos.

A duração da psoríase foi, em média, de 20.6 anos e a da artrite de 9.8 anos.

O intervalo entre o início de psoríase e o da artropatia foi nas mulheres de 14.5 anos.

As mulheres iniciaram a psoríase mais precocemente (29.4 vs 37.2 anos;  $p < 0.01$ ) sendo a duração da psoríase também maior (20.6 vs 15.8 anos;  $p < 0.05$ ). Não houve diferença na idade de início e duração da artropatia nos dois sexos.

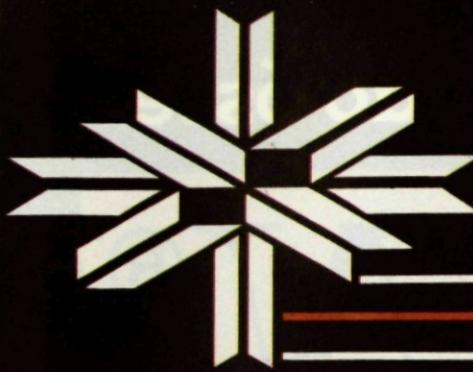
O intervalo entre o início da psoríase e o da artropatia foi também superior nas mulheres (14.5 vs 9.8 anos;  $p < 0.02$ ) (Quadro II).

## QUADRO II

2) Dados clínicos			
	Homens n = 75	Mulheres n = 68	P
Idade (anos)	53.0 ± 12.5	49.2 ± 10.8	
Idade início psoríase (anos)	37.2 ± 15.0	29.4 ± 15.1	$p < 0.01$
Idade início artrite (anos)	42.6 ± 12.7	39.5 ± 11.1	NS
Duração psoríase (anos)	15.8 ± 12.6	20.6 ± 15.3	$p < 0.05$
Duração artrite (anos)	10.4 ± 9.6	9.8 ± 8.2	NS
Intervalo entre psoríase e artrite (anos)	9.8 ± 8.1	14.5 ± 11.7	$p < 0.02$

Doze doentes de cada sexo tiveram história familiar de psoríase ou de espondilartropatia seronegativa.

O envolvimento ungueal surgiu em 62.7% dos homens e em 50% das mulheres; a psoríase do couro cabeludo surgiu em 66.7% dos homens e em 61.8% das mulheres.



# Zyloric - 300

## allopurinol

CONTROLA A HIPERURICEMIA E PREVINE AS SUAS COMPLICAÇÕES:

- ARTRITE GOTOSA
- LITÍASE RENAL
- NEFROPATIA ÚRICA

**Indicações:** o Zyloric está indicado para as principais manifestações clínicas da deposição de uratos/ácido úrico. Estas são artrite gotosa, tofos cutâneos e/ou envolvimento renal através da deposição de cristais ou formação de cálculos. **Dosagem e Administração:** As doses devem ser ajustadas pela monitorização a intervalos apropriados das concentrações de uratos séricos e níveis de uratos/ácido úrico urinários; **Frequência das Doses:** Adultos 2 a 10 mg/kg de peso corporal/dia, ou 100 a 200 mg diários em condições moderadas; 300 a 600 mg diários em condições moderadamente severas; 700 a 900 mg diários em condições severas; **Crianças abaixo dos 15 anos:** 10 a 20 mg/kg de peso corporal/dia ou 100 a 400 mg diários; **Contra-indicações:** Além da intolerância conhecida ao allopurinol, parece não haver contra-indicações absolutas ao uso de Zyloric; **Precauções/Advertências:** Zyloric deve ser retirado de IMEDIATO se ocorrer uma erupção cutânea ou outra evidência de sensibilidade. Deve considerar-se redução de dose na presença de insuficiência hepática ou renal severas. A hiperuricemia assintomática per si NÃO é uma indicação para o uso de Zyloric. Modificações de líquidos e dietéticas e tratamento da causa subjacente podem corrigir a situação. Se outras situações clínicas sugerirem uma necessidade de Zyloric este deve ser iniciado em doses baixas se a resposta for insatisfatória. Se a função renal estiver afectada devem tomar-se ainda maiores precauções (veja também "RECOMENDAÇÕES DE DOSAGEM RENAL"). Zyloric deve ser retirado IMEDIATA E PERMANENTEMENTE aos primeiros sinais de intolerância; **Gravidez:** As evidências de segurança de Zyloric na gravidez humana são inadequadas, apesar de estar em uso há longos anos aparentemente sem consequências sérias. Usar na gravidez apenas quando não há outra alternativa mais segura e quando a própria doença faz correr riscos à mãe ou à criança; **Lactação:** Baseados em dados fornecidos por um único doente, foram detectadas concentrações de oxipurinol (126 micromol/l, 19,2 microgramas/ml), allopurinol (4,4 micromol/0,6 microgramas/ml e allopurinol) ribosídeo (5,6 micromol/1,15 microgramas/ml) em leite humano, quatro horas após administração de uma dose única de allopurinol 300 mg. Não há dados a respeito dos efeitos destes metabolitos no bebé a amamentar-se; **Reacções Adversas:** Reacções adversas com o Zyloric são raras no global da população tratada e, na maior parte, de natureza menor. A incidência é maior na presença de doença renal e/ou hepática. **Reacções cutâneas:** São as reacções mais comuns e podem ocorrer em qualquer altura durante o tratamento. Podem ser pruriginosas, maculopapulares, por vezes descamativas, por vezes purpúricas e raramente esfoliativas. O Zyloric deve ser IMEDIATAMENTE retirado se ocorrerem tais reacções. **Hipersensibilidade generalizada:** Reacções cutâneas associadas a esfoliação, febre, linfadenopatias, artralgias e/ou eosinofilia, assemelhando-se aos síndromas de Stevens-Johnson e/ou Lyell's ocorrem raramente. Vasculite e resposta tecidual associada pode manifestar-se de várias incluindo, hepatite, nefrite intersticial e muito raramente epilepsia. Se tais reacções ocorrerem podem fazê-lo em qualquer altura do tratamento. O Zyloric deve ser retirado IMEDIATA E PERMANENTEMENTE; **Linfoadenopatia angioimunoblástica:** Tem sido descrita raramente uma linfoadenopatia angioimunoblástica, em biópsia de linfoadenopatia generalizada. Parece ser reversível com a retirada do Zyloric. **Sistema sanguíneo e linfático:** Tem havido registos ocasionais de trombocitopenia agranulocitose e anemia aplástica, particularmente em indivíduos com função renal reduzida, reforçando-se assim a necessidade de cuidado particular neste grupo de doentes — BQGT-87-16.

Comparticipação  
80%

ZYLORIC 300mg 60 COMP.

P.V.P.  
1.745\$

ESTADO  
1.396\$

UTENTE  
349\$



LABORATÓRIOS WELLCOME DE PORTUGAL, LDA.  
Sociedade p/quotas — C.R.C. Oeiras N.º 6.104 — Capital Social 250.000 contos  
Rua N. S. da Conceição - Carnaxide — 2795 LINDA-A-VELHA  
Rua Aires de Ornelas, 16. 1.º-C — 4000 PORTO

INFORMAÇÕES ADICIONAIS A PEDIDO

PRESCRIÇÃO MÉDICA OBRIGATORIA

Em 16 doentes do sexo masculino a artrite precedeu a psoríase; nas mulheres a artrite precedeu a psoríase apenas em 5 doentes; a diferença observada assumiu significado estatístico (21.3% vs 7.4%  $p < 0.05$ ).

Em nove doentes de cada sexo houve início simultâneo da psoríase e da artropatia.

A uveíte constituiu uma manifestação rara surgindo em 8% dos homens e em 5.9% das mulheres (Quadro III).

QUADRO III

3) Dados clínicos			
	Homens n = 75	Mulheres n = 68	P
História familiar	12 (16.0%)	12 (17.6%)	NS
Psoríase ungueal	47 (62.7%)	34 (50.0%)	NS
Psoríase couro cabeludo	50 (66.7%)	42 (61.8%)	NS
Artropatia pré-psoríase	16 (21.3%)	5 ( 7.4%)	$p < 0.05$
Início simultâneo psoríase e artrite	9 (12.0%)	9 (13.2%)	NS
Uveíte	6 (8.0%)	4 ( 5.9%)	NS

A forma oligoarticular inicial foi a preponderante nos dois sexos, 45.6% das mulheres e em 32% dos homens; o envolvimento axial inicial foi mais frequente nos homens (21.3% vs 17.6%) e o envolvimento poliarticular inicial nas mulheres (25% vs 20%).

O início da doença articular sob a forma monoarticular foi mais frequente nos homens (26.7% vs 11.8%;  $p < 0.05$ ).

As formas de envolvimento periférico (simétrico e assimétrico) predominaram nas mulheres e as formas de envolvimento axial exclusivo ou misto nos homens, não havendo contudo diferenças estatisticamente significativas (Quadro IV).

Nos doentes do sexo masculino as articulações mais frequentemente envolvidas foram os joelhos e as metacarpofalângicas (83.3%) seguindo-se as tibio-társicas (65%) e as interfalângicas proximais das mãos (61.1%).

## QUADRO VII

8) Tipagem HLA	Homens n = 45	Mulheres n = 38	P
B12	16 (35.6%)	6 (15.8%)	p < 0.05
B13)	5 (11.1%)	11 (28.9%)	p < 0.05

envolve preferencialmente o sexo masculino e da artrite reumatóide que é mais frequente nas mulheres.

Neste trabalho foi encontrada uma ligeira preponderância masculina (1.1:1); o envolvimento preferencial do sexo masculino também foi encontrado noutros estudos (4,20,21,38,41) em especial na espondilartropatia psoriática (12,24,27,37, 45,51,53); há no entanto trabalhos referindo um predomínio da artrite psoriática nas mulheres (1,10,22,26,40,47,49).

Gladman num estudo em 220 doentes com artrite psoriática, Leonard num estudo prospectivo em 30 doentes com artrite psoriática internados por psoríase na Mayo Clinic e Torre num estudo prospectivo em 180 doentes com artrite psoriática encontraram também uma ligeira preponderância masculina com uma relação igual à do nosso estudo, 1.1:1 nos dois primeiros trabalhos e de 1.2:1 no último (2,38,53).

Já uma colectânea de vários estudos aponta para uma ligeira preponderância feminina (1.04:1) (3).

Alguns estudos apontam a idade de início da psoríase entre os 20 e os 40 anos e a idade de início da artrite entre os 30 e os 50 anos (28) ou entre os 30 e os 55 anos (1).

No estudo de Gladman a idade de início da psoríase foi de 29 anos e a da artrite de 37 anos.

A duração da psoríase foi de 16.6 anos e a da artrite de 9 anos. Já num estudo nas ilhas Faroe a idade média de início da psoríase foi bem mais precoce, 13 anos nos homens e 12 anos nas mulheres (47).

No estudo de Torre (38) a idade média de início da psoríase foi de 32 anos nos homens e de 34 anos nas mulheres.

Resultados similares são os de Leonard com valores de 32 anos nos homens e 36 anos nas mulheres.

Num estudo norte-americano efectuado por Farber a idade média de início da psoríase foi de 29 anos nos homens e de 26 anos nas mulheres.

No nosso estudo também se verificou um início mais precoce da psoríase nas mulheres (29.4 anos nas mulheres e 37.2 anos nos homens) sendo a duração da psoríase também superior no sexo feminino (20.6 vs 15.8, anos) bem como o intervalo entre o início da psoríase e o início da artropatia (14.5 anos nas mulheres e 9.8 anos nos homens).

## QUADRO V

5) Articulações envolvidas	Homens n = 72	Mulheres n = 66	P
Ombros	31 (43.1%)	34 (51.5%)	NS
Cotovelos	28 (38.9%)	28 (42.4%)	NS
Punhos	41 (56.9%)	42 (63.6%)	NS
MCF's	60 (83.3%)	40 (60.6%)	NS
IFP's	44 (61.1%)	47 (71.2%)	NS
mãos			
IFD's	28 (38.9%)	36 (54.5%)	NS
mãos			
Ancas	38 (52.8%)	28 (42.4%)	NS
Joelhos	60 (83.3%)	40 (60.6%)	NS
Tíbio-társicas	47 (65.3%)	33 (50.0%)	NS
Tarso	19 (26.4%)	12 (18.2%)	NS
MTTF's	31 (43.1%)	38 (57.6%)	NS
IFP's	16 (22.2%)	20 (30.3%)	NS
pés			
IFD's	16 (22.2%)	24 (36.4%)	NS
pés			

## QUADRO VI

6) Dados radiológicos	Homens n = 75	Mulheres n = 68	P
Erosões	33 (44.0%)	26 (38.2%)	NS
Sacroileite	34 (45.3%)	22 (32.4%)	NS
unilateral	7	6	
bilateral	27	16	
Cup-pencil	5 ( 6.7%)	4 ( 5.9%)	NS
Esporão	12 (16.0%)	10 (14.7%)	NS
Sindesmófitos	21 (28.0%)	15 (22.1%)	NS

## QUADRO IV

4) Envolvimento articular			
Início	Homens n = 75	Mulheres n = 68	P
Axial	16 (21.3%)	12 (17.6%)	NS
Monoarticular	20 (26.7%)	8 (11.8%)	p < 0.05
Oligoarticular	24 (32.0%)	31 (45.6%)	NS
Poliarticular	15 (20.0%)	17 (25.0%)	NS
Subtipos			
Axial	3 ( 4.0%)	2 ( 2.9%)	NS
Periférico simétrico	15 (20.0%)	16 (23.5%)	NS
Periférico assimétrico	30 (40.0%)	31 (45.6%)	NS
Misto	27 (36.0%)	19 (27.9%)	NS

No que respeita ao sexo feminino as interfalângicas proximais das mãos foram as articulações mais afectadas (71.2%) seguindo-se os punhos (63.6%), os joelhos e as metacarpofalângicas (60.6%).

As diferenças observadas não assumiram significado estatístico (Quadro V).

A sacroileíte esteve presente em 45.3% dos homens e em 32.4% das mulheres; as erosões constituíram achados radiológicos em 44% dos homens e em 38.2% das mulheres.

A lesão radiológica de cup-pencil surgiu em 6.7% dos homens e em 5.9% das mulheres, o esporão calcaneano em 16% dos casos do sexo masculino e em 15% do feminino e os sindesmófitos em 28% dos homens e em 22.1% das mulheres.

Estas diferenças não atingiram valores estatisticamente significativos (Quadro VI).

O antígeno HLA B12 foi mais frequente no sexo masculino (35.6% vs 15.8%; p<0.05) enquanto que o antígeno HLA B13 foi prevalente nas mulheres (28.9% vs 11.1%; p<0.05) (Quadro VII).

Não houve outras diferenças, nomeadamente no locus DR.

## DISCUSSÃO

A artrite psoriática é considerada uma doença que afecta igualmente ambos os sexos (5,15,23,24,25,37,48) ao contrário da espondilartrite anquilosante que

Fehr refere um período de 10 anos entre o início da psoríase e o da artrite (28).

Leonard refere este intervalo como sendo de 13 anos nos homens e de 10 anos nas mulheres (2).

No mesmo estudo a idade média de início da artrite psoriática foi de 44 anos nos homens e de 46 anos nas mulheres (2).

No nosso estudo não houve diferenças significativas entre o início da artrite nos 2 sexos (43 anos nos homens e 40 anos nas mulheres); Wood e Torre referem também um início mais precoce nas mulheres (29,38).

Uma colectânea de vários estudos permite a quantificação das relações cronológicas entre a psoríase e a artrite: a artropatia precedendo a psoríase surge em 14.5% dos casos; o início simultâneo da psoríase e da artrite ocorre em 15.5% dos casos e a artropatia surgindo depois da psoríase em 70% dos doentes (1,7,26,33,45,46).

Dados similares são os do estudo de Gladman em que as manifestações cutâneas precedem as articulares em 68% dos doentes e as articulares precedem as cutâneas em 17% dos doentes ou os do estudo de Torre com valores de 73% e 15% respectivamente (38,53). Neste último estudo as manifestações cutâneas precederam as articulares em 71% dos homens e em 75% das mulheres, a artropatia precedendo a psoríase surgiu em 14% dos homens e em 15% das mulheres e o início simultâneo da psoríase e da artrite surgiu em 15% dos homens e em 10% das mulheres (38).

No nosso estudo um aspecto relevante foi o relacionado com a artropatia precedendo a psoríase, mais frequente nos homens (21.3% vs 7.4%); já o início simultâneo da psoríase e da artrite surgiu com valores similares nos 2 sexos, em 12% dos homens e em 13.2% das mulheres.

O envolvimento ungueal é um dado que se correlaciona com a artropatia psoriática; Wright refere uma incidência de 80% de envolvimento ungueal na artrite psoriática ao contrário de 20% na psoríase (10).

Baker destaca o envolvimento ungueal em 83% dos doentes com artrite psoriática (11).

Leonard considera o envolvimento ungueal quase universal (97%) reflectindo talvez a gravidade da psoríase em doentes internados (2).

No estudo de Torre a psoríase ungueal surgiu em 64% dos homens e em 41% das mulheres (38); no nosso estudo as lesões ungueais também foram mais frequentes nos homens (62.7% vs 50%) sem contudo haver diferenças significativas do ponto de vista estatístico.

A história familiar de psoríase e de espondilartropatias seronegativas é referida em 40% dos doentes do estudo de Gladman (53) e em 53% dos doentes do estudo de Leonard (2).

Um outro estudo compara a incidência da história familiar nos 2 sexos referindo valores de 44% nos homens e de 31% nas mulheres (38).

Percentagens bem inferiores foram encontradas no nosso estudo com valores de 16% nos homens e de 17.6% nas mulheres.

Quanto ao envolvimento ocular a uveíte surgiu com valores de 7% em algumas séries (13,53).

Dados similares são os referidos no nosso trabalho que refere 8% de casos de uveíte nos homens e 5.9% nas mulheres.

Quanto à forma de início do envolvimento articular Gladman destaca as manifestações poliarticulares como predominantes ( $\pm 40\%$ ) (53).

No nosso estudo as formas oligoarticulares foram preponderantes nos 2 sexos; no entanto o dado com maior significado resulta da maior frequência no sexo masculino da monoartrite como manifestação inicial.

Quanto aos padrões de compromisso articular e mesmo sem significado estatístico as formas periféricas foram mais frequentes nas mulheres e as formas axiais ou mistas nos homens.

Já um outro estudo referiu que o envolvimento axial ocorre principalmente nos homens com uma relação de 6:1 (12).

Torre (38) ao relacionar o sexo com os 5 tipos de artropatia reconhecidos por Moll e Wright verificou uma prevalência da poliartrite nas mulheres (46% vs 28%), do envolvimento axial nos homens (29% vs 13%) e igual frequência da oligoartrite nos 2 sexos (35%).

No nosso trabalho as formas periféricas assimétricas foram as mais frequentes nos 2 sexos o mesmo sucedendo no estudo de Moll e Wright que destaca este padrão articular em 70% dos doentes (3).

Lambert considera o envolvimento axial presente em 40% dos doentes (12) e Gladman em 35% dos doentes, quer isolado quer associado a formas periféricas; no nosso estudo as formas axiais e mistas surgiram em 40% dos homens e em 31% das mulheres, não havendo contudo diferenças significativas nos 2 sexos.

Em relação às articulações envolvidas os joelhos e as metacarpofalângicas foram as articulações mais afectadas nos homens e as interfalângicas proximais das mãos nas mulheres não havendo contudo diferenças significativas nos 2 sexos; um outro trabalho aponta para um envolvimento predominante das IFDs nos homens (5).

A espondilite e a sacroileíte psoriáticas são manifestações frequentes em doentes com artrite psoriática, surgindo em cerca de 20 a 40% dos doentes (2,12,14,53).

Jajic referência até 61% de casos de sacroileíte na sua população de doentes com artrite psoriática (39).

As erosões ósseas estiveram presentes em cerca de 70% dos doentes nas séries de Leonard e de Gladman (2,53).

No estudo de Gladman a sacroileíte surgiu em 27% dos doentes, os sindesmófitos em 26% e as erosões em 67% dos doentes (53).

Para Molin (34) a frequência da sacroileíte é semelhante nos 2 sexos (34).

Outros estudos também referem a ausência de diferenças nos 2 sexos do ponto de vista radiológico (10,15) o mesmo ocorrendo no nosso trabalho que apresenta dados bastante similares aos da maior parte dos estudos.

Em relação aos dados de tipagem HLA verificámos a associação do antigénio HLA B12 com o sexo masculino e do antigénio HLA B13 com o sexo feminino, aspecto que não temos visto referido noutros trabalhos.

**NOVO**  
AVANÇADO

# Calibral<sup>®</sup> Tenoxicam<sup>®</sup>

*Liberdade no Movimento 365 dias*

**TOMA ÚNICA DIÁRIA**

**SEM NECESSIDADE DE INTERRUPÇÃO NOS TRATAMENTOS A LONGO PRAZO**

**SEM NECESSIDADE DE AJUSTAR A DOSE EM DOENTES HEPÁTICOS, RENAIIS E IDOSOS**

**SEM FENÓMENOS DE ACUMULAÇÃO OU SOBREDOSAGEM**

	P.V.P.	EST.	UTN.
10 Comp.	1111\$00	889\$00	222\$00
50 Comp.	4093\$00	3274\$00	819\$00
10 Sup.	1064\$00	851\$00	213\$00

POSOLOGIA: 1 comprimido (20 mg) ou 1 supositório (20 mg) uma vez por dia sempre à mesma hora.

APRESENTAÇÃO: Embalagens de 10 e 50 comprimidos ranhurados.

Embalagens de 10 supositórios.

Esclarecimentos mais detalhados são fornecidos pelo Dep. de Informação Médica (Tel.: 893522)

Firma importadora: **QUIMIFAR, LDA.** – Av. E.U.A., 51, 4.º  
1700 LISBOA

Firma preparadora: Kali-Chemie Pharma GmbH Hannover  
Alemanha

Licença de:

**KALICHEMIE**

## CONCLUSÕES

A expressão clínica da artrite psoriática nos dois sexos assumiu características peculiares no referente à cronologia do início da psoríase e da artrite bem como a forma de início do envolvimento articular e ainda aos dados imunogenéticos ligados à tipagem HLA. O início da psoríase foi mais precoce nas mulheres; o período entre o início da psoríase e o da artropatia foi mais dilatado também nas mulheres.

Já a forma de início monoarticular e a artropatia precedendo a psoríase foram mais frequentes nos homens.

O antigénio HLA B12 foi mais prevalente nos homens e o HLA B13 nas mulheres.

Não houve outras diferenças do ponto de vista clínico nomeadamente em relação ao padrão de compromisso articular bem como relacionadas com os aspectos radiológicos em especial a presença de erosões ósseas e de sacroileíte.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — BAKER H., GOLDING N., THOMPSON M. — Psoriasis and arthritis. *Ann. Intern. Med.* 1963; 58:909-925.
- 2 — LEONARD D.G., O DUFFY J.D., ROGERS M.S. — Prospective analysis of psoriatic arthritis in patients hospitalized for psoriasis. *Mayo Clin. Proc.* 1978; 53:511-518.
- 3 — MOLL J.M.H., WRIGHT V. — Psoriatic arthritis. *Semin. Arthritis Rheum.* 1973; 3:55-78.
- 4 — REED W.B. — Psoriatic arthritis. A complete clinical study of 86 patients. *Acta Derm. Venereol. (Stockh.)* 1961; 41:396-403.
- 5 — MICHET C.J., CONN D.L. — Psoriatic arthritis. In: Kelley W.N., Harris E.D., Ruddy S., Sledge C.B. *Textbook Rheumatology*. Philadelphia: W.B. Saunders Company 1989:1053-1063.
- 6 — JEGHERS H., ROBINSON L.J. — Arthropathia psoriatica: Report of case and discussion of pathogenesis, diagnosis and treatment. *JAMA.* 1937; 108:949-952.
- 7 — VILANOVA X., PINOL J. — Psoriasis arthropathica. *Rheumatism.* 1951; 7:197-200.
- 8 — WRIGHT V. — *Progress in Clinical Rheumatology*. 1965. Churchill. London.
- 9 — ROBILLARD J. — *Le Rhumatisme Psoriasique (a propos de 53 observations)*. Doctoral Thesis. University of Lyon. France. 1968.
- 10 — WRIGHT V. — Psoriatic arthritis. A comparative radiographic of rheumatoid arthritis associated with psoriasis. *Ann. Rheum. Dis.* 1959; 20:123-132.
- 11 — BAKER H., GOLDING D.N., THOMPSON M. — The nails in psoriatic arthritis. *Br. J. Dermatol.* 1964; 76:549-554.
- 12 — LAMBERT J.R., WRIGHT V. — Psoriatic spondylitis: A clinical and radiological description of the spine in psoriatic arthritis. *Q. J. Med.* 1977; 46:411-425.
- 13 — LAMBERT J.R., WRIGHT V. — Eye inflammation in psoriatic arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 1976; 35:354-356.
- 14 — GREEN L., MEYERS O.L., GORDON W. e col. — Arthritis in psoriasis. *Ann. Rheum. Dis.* 1981; 40:366.
- 15 — WRIGHT V. — Psoriasis and arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 1956; 15:348.

- 16 — WRIGHT V., ROBERTS M.C., HILL A.G.S. — Dermatological manifestations in psoriatic arthritis: a follow-up study. *Acta Derm.* 1979; 59:235.
- 17 — SCARPA R., ORIENTE P., PUCION A. e col. — Psoriatic arthritis in psoriatic patients. *Br. J. Rheum.* 1984; 23:246.
- 18 — ALIBERT J.L. — *Precis theorique et pratique sur les maladies de la peau.* 1818. Vol. 2.21. Paris: Caille e Ravier.
- 19 — BAZIN P. — *Theoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et arthreux.* 1860. Delahay. Paris. 154-161.
- 20 — TIEDEMANN G. — Symptomatologie und Atiologie der Arthritis psoriatica im Blickpunkt der Vererbung und Umweltbeeinflussung. *Z. menschl. Vererbung-u. Konstitut. — Lehre.* 1951; 30:243.
- 21 — GERTLER W. — *Systematische Dermatologie und Grenzgebiete.* 1970. Bd. II. 813. VEB. Leipzig und Georg Thieme. Stuttgart.
- 22 — ARENDT W. — Die sog. Arthropathia psoriatica. *Zschr. Arztl. Fortbild.* 1966; 60 (16): 944-953.
- 23 — COSTE F., SOLNICA J. — La polyarthrite psoriasique. *Rev. Franc. etud. clin. biol.* 1966; 11:578-599.
- 24 — THEISS B., BONI A., WAGENHAUSER F.J. e col. — Psoriasis-Spondylarthritis. *Z. Rheumaforsch.* 1969. 28:93.
- 25 — ENGLEMAN E.P. — Psoriatic arthritis and Reiter s syndrome. *Postgraduate Medicine.* 1972; 51:79-84.
- 26 — MATHIES H. — Arthritis psoriatica. *Acta Med. Austriaca.* 1974; 1; 3-12.
- 27 — HOLZMANN H. — Neue Aspekte der Psoriasis-Krankheit. *Med. Welt.* 1976; 27:41.
- 28 — FEHR K. — Le Rheumatisme Psoriasique. *Folia Rheum.* 1967; 15: 7-16.
- 29 — WOOD P.H.N. — Age and rheumatic diseases. In: P.H. Bennet, P.H.N. Wood (eds.): *Population studies of the rheumatic diseases*, 26. Excerpta medica Foundation. International Congress Series. 1968; 148. Amsterdam.
- 30 — FEHR K., BONI A. — Die Psoriasis-Arthritis. *Praxis* 60. 1971:1322-1329.
- 31 — LOYAU G. — *La polyarthrite psoriasique.* These. 1958; Paris.
- 32 — MALDYKOWA H. — Die Arthritis psoriatica. *Notabl. Med.* 1977; 9:34-35.
- 33 — ROBERTS M.E.T., WRIGHT V., HILL A.G.S. e col. — Psoriatic athritis, follow up study. *Ann. Rheum. Dis.* 1976; 35:206.
- 34 — MOLIN L. — Psoriasis. *Acta Dermatologica-Venereologica.* 1973 V. 53 Suppl. 72 Stockholm.
- 35 — BOLLET A.J., TURNER R.A. — Psoriatic Arthritis. *Annals of the New York Academy of Science.* 1958; 73:1013.
- 36 — DIXON A.S.J., LIENCE E. — Sacroiliac joints in adult rheumatoid arthritis and psoriatic arthropathy. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 1961; 20:247.
- 37 — ESPINOSA L.R. — Psoriasis and Psoriatic arthritis. *Proceedings of the ILAR 89 Congress* 1989:185-187.
- 38 — TORRE J.C., RODRIGUEZ A., ARRIBA J.M. e col. — Artropatia psoriasica: estudios radiograficos, clinicos y de histocompatibilidad en 180 enfermos. Nueva classificacion. *Rev. Esp. Reumatol.* 1990; 17:127-130.
- 39 — JAJIC I. — Radiological changes in the sacroiliac joints and spine of patients with psoriatic arthritis and psoriasis. *Ann. Rheum. Dis.* 1968; 27:1-6.
- 40 — COHEN G.L. — Psoriatic arthritis. *Prog. Dermatol.* 1976; 10:5-8.
- 41 — KATZ W.A. — *Rheumatic Diseases: Diagnosis and Management.* Philadelphia J.B. Lippincott Company 1977:540.

- 42 — WRIGHT V. — Psoriatic arthritis. In: Scott J.T. Copeman's Textbook of the Rheumatic Diseases. Churchill Livingstone. 1986:775-786.
- 43 — BENNETT R.M. — Psoriatic arthritis. In: McCarty D.J. Arthritis and Allied Conditions. A Textbook of Rheumatology. Lea and Febiger. 1989:954-971.
- 44 — FARBER E.M., BRIGHT R.D., NALL M.L. — Psoriasis: a questionnaire survey of 2144 patients. Arch. Dermatol. 1968; 98:248-259.
- 45 — MOLL J.M.H., HASLOCK I., McRAE I. e col. — Associations between ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, Reiter's disease, the intestinal arthropathies and Behçet syndrome. Medicine (Baltimore) 1974; 53:343-364.
- 46 — WRIGHT V — Seronegative polyarthritis: a unified concept. Arthritis Rheum. 1978; 21:619-633.
- 47 — GLADMAN D.D., SHUCKETT R., RUSSELL M.L. e col. Psoriatic arthritis (PSA). An analysis of 220 patients. Q.J. Med. 1978; 62: 127-141.
- 48 — KONSTANTINOVIC M.S., J. FOUSSEREAU — Les caracteristiques de l'arthritisme psoriasique. Reunion de la Fil. du Sud-Ouest Bordeaux 1967. Reunion de Paris, seance du 11 Jan. 1968.
- 49 — CAZALIS P. — Le vrai visage du rhumatisme psoriasique. In: L'Actualite rhumatologique. Expansion scientifique (Paris). 1974; 20-30.
- 50 — DAWSON M.H., TYSON T.L.: Psoriasis arthropathica, with observations on certain features common to psoriasis and rheumatoid arthritis. Trans. Ass. Amer. Phys. 53, 303 (1936).
- 51 — COPEMAN W.S.C. In: Textbook of the Rheumatic Diseases. Ed. W.S.C.Copeman 4th ed. 12-18, Livingstone. Edinburgh and London (1970).
- 52 — LAMBERT J.R., ANSELL B.M., STEPHENSON E. e col. — Psoriatic arthritis in childhood. In: Clinics of Rheumatic Diseases Vol. 2 n.º 2 W.B. Saunders Co. Ltd. London, Philadelphia, Toronto (1976).
- 53 — GLADMAN D.D., SHUCKETT R., RUSSELL M.L. e col. — Psoriatic arthritis (PSA) — An analysis of 220 patients. Quarterly Journal of Medicine, New series 62, N.º 238 127-141. February 1987.
- 54 — MIEHLE W. — Rhumatisme psoriasique. Editions Eular Publishers. Bale Suisse 1980.
- 55 — FARBER E.M., PETERSON J.B. — Variations in the natural history of psoriasis. Calif. Med. 95:6-11, 1961.
- 56 — LOMHOLT G. — Psoriasis, prevalence, spontaneous course and genetics: A census study on the prevalence of skin diseases in the Faroe Islands. Copenhagen. G.E.C. Gad. 1963.
- 57 — WRIGHT V. — Psoriatic arthritis: A comparative study of rheumatoid arthritis and arthritis associated with psoriasis. Ann. Rheum. Dis. 20:123-131, 1961.
- 58 — KAMMER G.M., SOTER N.A., GIBSON DJ e cols.: Psoriatic arthritis: A clinical, immunologic and HLA study of 100 patients. Semin. Arthritis Rheum. 9:75-97, 1979.
- 59 — LITTLE H., HARVIE JN; LESTER MS: Psoriatic arthritis in severe psoriasis. Can. Med. Assoc. J. 112:317-319, 1975.
- 60 — HANLY J.G., RUSSELL M.L., GLADMAN D.D. — Psoriatic spondyloarthropathy: A long term prospective study. Ann. Rheum. Dis. 47:386-393, 1988.

## CASO CLÍNICO

# MIELOMA MÚLTIPLO NÃO SECRETOR REVELADO POR OSTEOPOROSE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA

PAULO CLEMENTE COELHO\*, ARMANDO MALCATA\*\*, J. CANAS DA SILVA\*\*\*,  
RUI ANDRÉ SANTOS\*, JOSÉ CARLOS ROMEU\*\*, M. VIANA DE QUEIROZ\*\*\*\*

## RESUMO

Os autores descrevem um caso clínico de Mieloma Múltiplo Não Secretor que se apresentou por um quadro de osteoporose rapidamente progressiva.

É chamada a atenção para as características especiais deste tipo de MM que podem fazer retardar o seu diagnóstico e a respectiva intervenção terapêutica.

Foca-se também o uso de novos métodos terapêuticos que poderão, a curto prazo, contribuir para o aumento de sobrevida destes doentes.

**Palavras-chave:** Mieloma Múltiplo, Mieloma Múltiplo Não Secretor, Osteoporose.

## SUMMARY

The authors describe a case of Nonsecretory Multiple Myeloma (MM) presenting as rapidly progressive osteoporosis.

---

Serviço de Medicina IV (Prof. Fernando de Pádua),  
Núcleo de Reumatologia (Prof. M. Viana de Queiroz),  
Hospital de Santa Maria, Lisboa.

\* Interno do Internato Complementar de Reumatologia.

\*\* Interno com o grau de Assistente Hospitalar de Reumatologia.

\*\*\* Assistente Hospitalar de Reumatologia.

\*\*\*\* Professor Associado com Agregação Convidado de Reumatologia da Faculdade de Medicina de Lisboa. Chefe de Serviço de Reumatologia do H.S. Maria.

A doente negava traumatismo, quedas, emagrecimento, anorexia, artralgias periféricas, febre, sudação nocturna, parestesias ou déficite de força dos membros inferiores, outras alterações de órgão e sistema, ingestão medicamentosa além da já referida.

*Antecedentes pessoais:* Vida sedentária. Alimentação variada com boa ingestão cálcica. Sem hábitos alcoólicos ou tabágicos. Menarca aos 14 anos com cataménios regulares. Gesta II, Para I. 1 PTD (cesariana por sofrimento fetal). 1 AE há 10 anos. Febre Tifóide aos 22 anos. A doente negava antecedentes de tuberculose, hipertensão arterial, diabetes mellitus, asma e alergias.

*Antecedentes familiares:* Pai falecido aos 62 anos por "morte súbita". Mãe falecida aos 85 anos por tumor do pâncreas. Um irmão com diabetes tipo II. Um irmão com "doença cardíaca". Negava outros antecedentes heredofamiliares.

*Exame objectivo:* Doente vigil, orientada e colaborante. Obesidade ligeira. Posição preferencial em decúbito dorsal. Marcha impossível por algia dorsal. Pulso: 78 ppm; Tensão arterial (braço direito): 130-70 mmHg; Frequência respiratória: 14 pm, ampla e regular. Temperatura axilar: 36,5 C. Pele e mucosas um pouco descoradas. Observação cardiopulmonar sem alterações. Abdómem sem alterações significativas. Pressão dolorosa (grau 1 a 2) das apófises espinhosas de D5 a D6, de grau 2 a 3 de D7 a D9. Dor à palpação das regiões paravertebrais adjacentes. Movimentos da coluna dorsal e lombar muito limitados. Exame neurológico sumário sem alterações.

### Exames complementares de diagnóstico:

Análises de rotina: Hg - 11,3 gr/dl (normocítica, normocrómica), VS (1.<sup>a</sup> hora) - 42 mm; Albumina - 4,02 gr/dl; Alfa2 - 0,896 gr/dl. Beta-globulinas - 1,023 gr/dl, Gama-globulinas - 0,423 gr/dl. Fosfatase alcalina - 102 UI (normal até 90), calcémia - 10,8 mg/dl - normal até 10,4). Restantes exames de rotina sem alterações.

Imunoelectroforese de soro e urina: sem alterações.

Pesquisa de proteinúria de Bence-Jones: negativa.

Beta2 microglobulina: 3,8 mg/dl (normal até 2).

Provas de função tiroideia: sem alterações.

PTH: 21,1 pg (normal de 10 a 65).

Radiografias do esqueleto: lesões líticas múltiplas disseminadas, predominando no crâneo, ossos da face e coluna, bem definidas e sem esclerose marginal. Diminuição difusa da densidade óssea. Colapso de múltiplos planaltos vertebrais com formação de vertebbras bicôncavas, havendo diminuição vertebral mais intensa a nível de D8, com vértebra plana, e de D12 com osteólise do pedículo direito (Figuras 1 e 2).

TAC da coluna (D7 a D10): Colapso patológico de D8 coexistindo com alterações difusas da densidade óssea e múltiplas áreas líticas envolvendo globalmente os diferentes elementos vertebrais visualizados e atingindo os corpos vertebrais e respectivos arcos posteriores (D7 a D10) (Figura 3).

They emphasized this MM particular characteristic who can delay it's diagnostic and therapeutic.

News treatments probably will be able, on a short time, to improve the patient's survival.

## I – INTRODUÇÃO

A forma “não secretora” do Mieloma Múltiplo (MM), além de rara, põe problemas acrescidos a nível do diagnóstico, fazendo perigar uma intervenção terapêutica precoce.

Os autores descrevem e comentam um caso clínico desta entidade patológica caracterizado por osteoporose rapidamente progressiva.

## II – CASO CLÍNICO

*Identificação:* F.A., do sexo feminino, de 51 anos de idade, raça caucasiana, casada, funcionária pública, natural de Alcochete e residente no Montijo.

*Data de internamento:* 13/4/91.

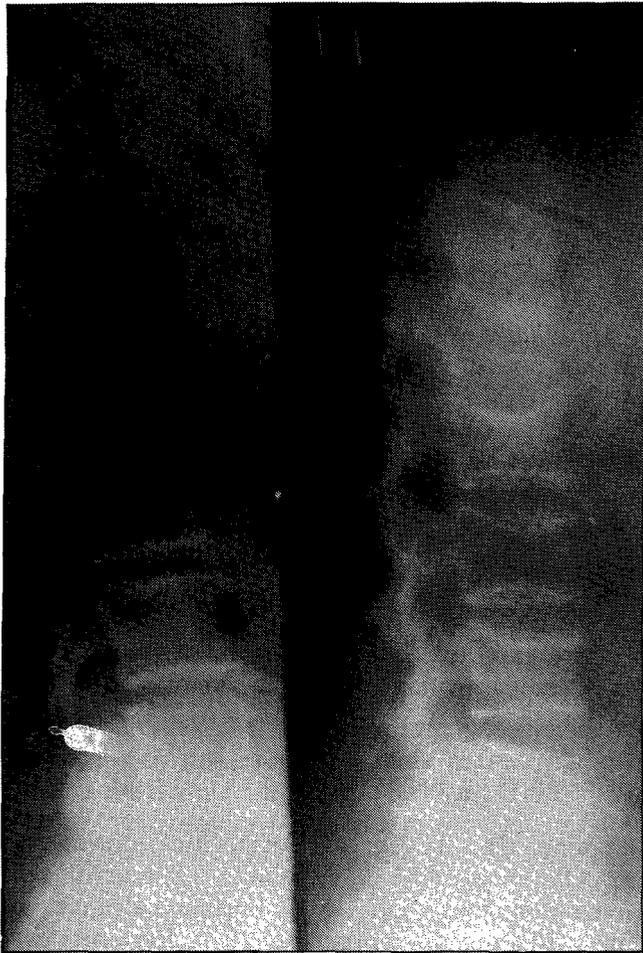
*Motivo de internamento:* dorsolombalgia incapacitante.

*Doença actual:* Doente aparentemente saudável até Setembro de 1990 altura em que inicia queixas de dor localizada à coluna dorsolombar e regiões paravertebrais adjacentes. A dor, inicialmente pouco intensa e desencadeada pelos esforços, tornou-se posteriormente mais grave, pelo que recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital da área de residência, onde foi medicada com terapêutica injectável (gangliosidos). Nos dois meses seguintes nota melhoria do quadro algico, referindo, no entanto, aparecimento de cansaço fácil para médios esforços e maior frequência das micções, não acompanhadas de outras queixas urinárias ou de alteração da coloração da urina.

Em Janeiro de 1991 as raquialgias agravaram-se rapidamente, tornando-se incapacitantes e persistentes, levando a doente a adoptar a posição antiálgica de decúbito dorsal. Ao levantar-se apresentava rigidez vertebral de longa duração (superior a duas horas) e dor acentuada com qualquer movimento da coluna vertebral. Consultou um médico tendo sido medicada com vitamina B12 injectável e gangliosidos, sem significativa melhoria do quadro clínico. Fez nessa altura balanço analítico “que não revelou alterações” e radiografia da coluna dorsal que evidenciou “osteoporose e fractura da 8.<sup>a</sup> vértebra dorsal”.

Em Fevereiro de 1991 refere nova exacerbação do quadro clínico, tendo estado praticamente um mês acamada por incapacidade funcional motivada pelas queixas dolorosas. Posteriormente é observada por um especialista de Reumatologia que a medicou com “relaxantes musculares, analgésicos, calcitonina e cálcio”, com ligeira melhoria das queixas. Foi pedido novo balanço analítico que revelou uma “anemia e hipercalemia”.

No início de Abril de 1991 é observada por um de nós, devido a novo período de exarcebação das queixas de dorsolombalgia, acompanhada de grande incapacidade funcional. Foi internada para esclarecimento da situação.



**Fig. 1** — Radiogramas da coluna dorso-lombar datados de Janeiro de 1991 (imagem da esquerda) e de Abril do mesmo ano (imagem da direita), revelando osteoporose difusa em ambos e fracturas vertebrais múltiplas no último radiograma que não eram evidenciáveis no anterior.

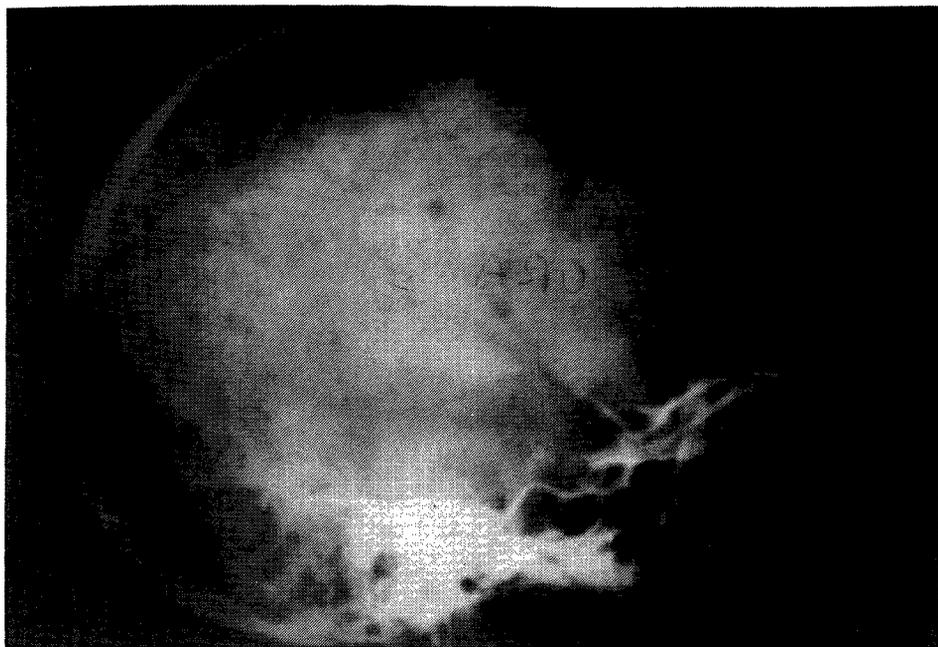
Cintigrafia óssea: hiperfixação a nível vertebral (principalmente a nível dorsal) e dos arcos costais esquerdos (Figura 4).

Densitometria óssea bifotónica (já feita em ambulatório):

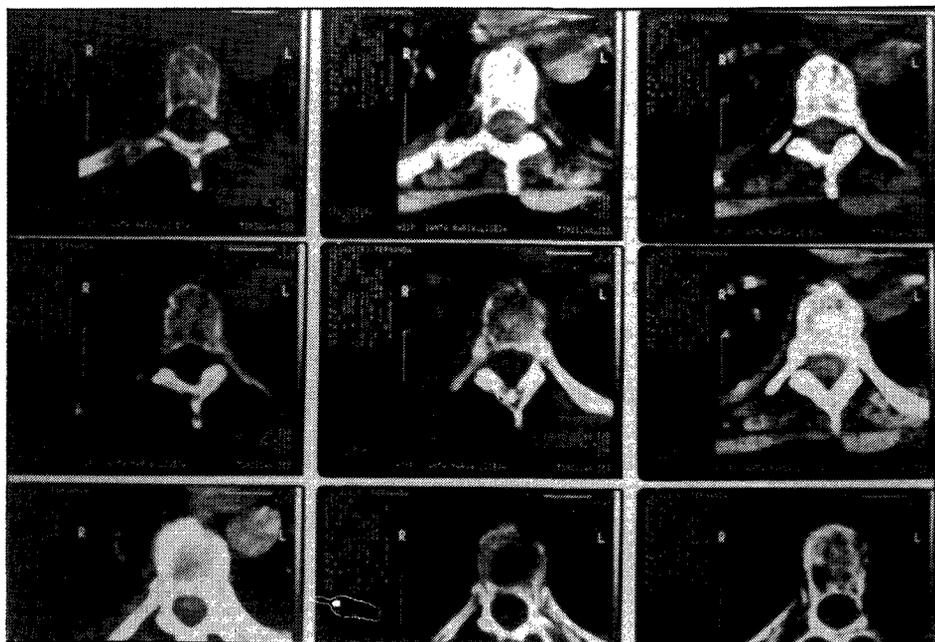
Coluna lombar — BMD 0,700 gr/cm<sup>2</sup> («32% do normal)

Colo do fémur — BMD 0,700 gr/cm<sup>2</sup> («29% do normal)

Mielograma: esfregaços de sangue medular com intensa infiltração por células linfoplasmocitárias e plasmocitárias (85% da celularidade total) apresentando acentuadas dismorfias nucleares. Escassez de elementos hematopoiéticos das séries eritrocítica, granulocítica e megacariocítica.



**Fig. 2** — Lesões osteolíticas múltiplas do crâneo em radiograma de perfil.



**Fig. 3** — TAC da coluna dorsal (D7 a D10) demonstrando a existência de lesões osteolíticas múltiplas com envolvimento dos corpos vertebrais e respectivos arcos posteriores.

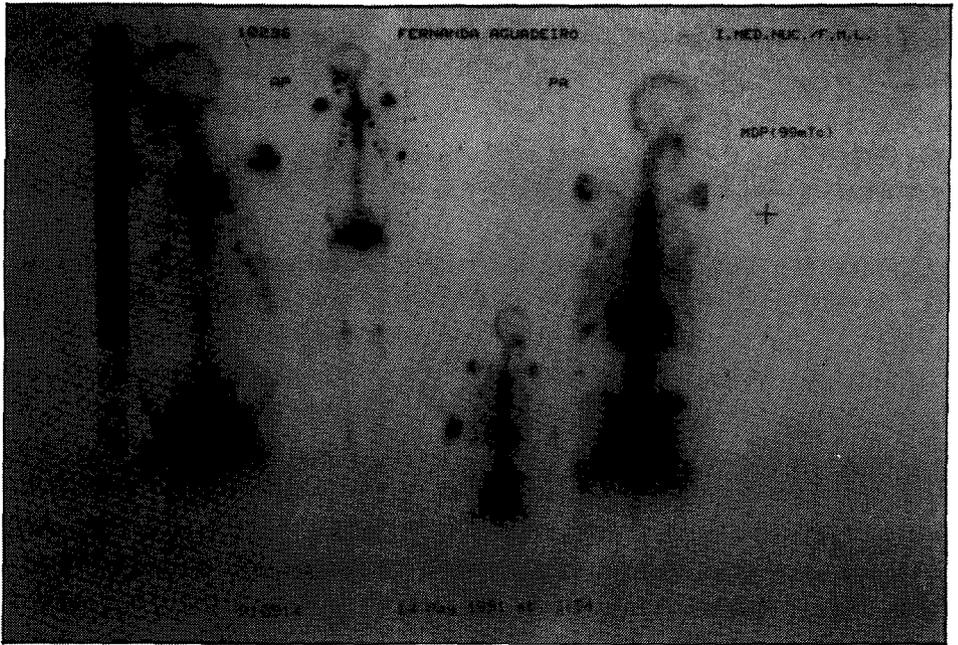


Fig. 4 — Cintigrafia óssea revelando hiperfixação a nível da coluna vertebral (predominando na coluna dorsal) e dos arcos costais esquerdos.

Biópsia óssea com pesquisa de imunoglobulinas citoplasmáticas: Positivo para produção intracitoplasmática de IgG e de cadeias leves Kapa.

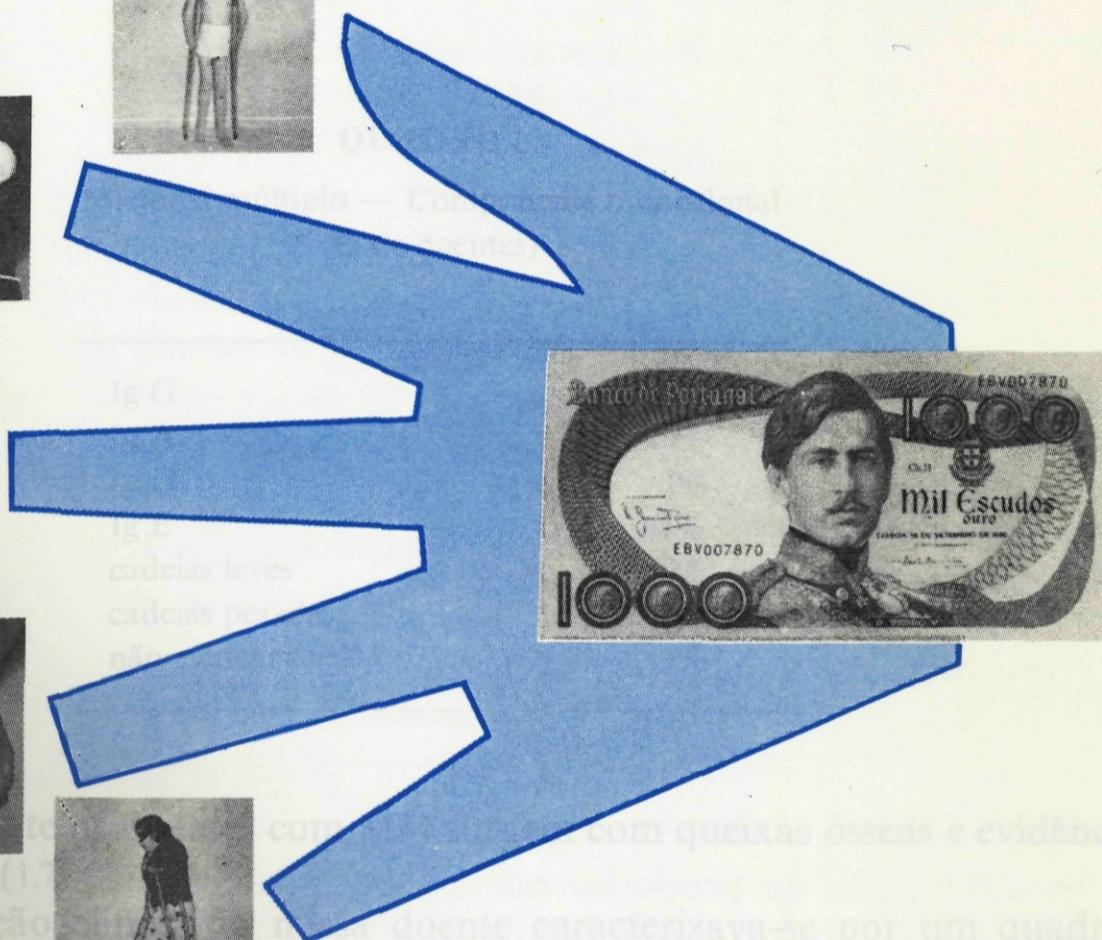
*Diagnóstico:* Mieloma Múltiplo Não Secretor baseado nos seguintes argumentos — lesões osteolíticas comprovadas por radiografia, plasmocitose medular com *atípias frequentes* e pesquisa de componente monoclonal e de cadeias leves livres negativa.

*Tratamento:* Na tentativa, bem sucedida, de controlar as lesões ósseas foi usado um bifosfonato (clodronato). Dado as características da doente serem compatíveis com o uso de ciclos de quimioterapia mais inovadores em relação ao esquema clássico de melphalan e prednisona, optou-se pelo esquema: vincristina (0,4 mg/dia) + adriamicina (9mg/m<sup>2</sup>/dia) durante 4 dias associados a metilprednisolona (1 gr/m<sup>2</sup>/dia) durante 5 dias (VAMP). O ciclo foi repetido a cada 4 a 5 semanas tendo a doente realizado um número total de 6, estando a aguardar a realização de autotransplante de medula óssea. A resposta clínica, laboratorial e radiográfica tem sido bastante satisfatória ficando a doente ambulatoria e praticamente assintomática. Os mielogramas de controlo têm demonstrado uma rápida resposta medular à quimioterapia com diminuição acentuada do infiltrado atípico.

### III — DISCUSSÃO

O MM representa cerca de 1% da patologia cancerosa e 10% das hemopatias

**Está na sua mão, com tão pouco,  
ANUALMENTE,  
ajudar a evitar, curar ou compensar  
situações graves como estas**



**PARTICIPE CONNOSCO  
no tratamento e na recuperação possível  
DE UM SÓ QUE SEJA  
dos 800.000 Reumáticos Portugueses**

**LIGA PORTUGUESA CONTRA O REUMATISMO**

Rua D. Estefânia, 187-189 — 1000 LISBOA

Telefs. 57 23 26 - 4 07 64

Todos os dias das 9 - 12 e das 14.- 18 h

malignas (1). A sua incidência, que têm aumentado nas últimas décadas (2,3), é de 1 a 3 por 100 mil habitantes, sendo superior na raça negra e no sexo masculino (1).

Descrito pela primeira vez por Serre em 1958 (4), o MM “não secretor” representa entre 1 a 5% do total dos MM (1,4,5) (Quadro I). Esta forma caracteriza-se pela impossibilidade de ser detectada uma paraproteína monoclonal pelos métodos correntes (electroforese das proteínas, imunoelectroforese do soro e da urina). A sua caracterização impõe o uso de técnicas de imunocitoquímica na análise da biópsia óssea. Estas técnicas, na maior parte dos casos, permitem evidenciar a produção intracitoplasmática de paraproteína (4,6).

### QUADRO I

Mieloma múltiplo — Componente monoclonal  
(% de doentes)

Ig G	53%
Ig A	25%
Ig D	1%
Ig E	«1%
cadeias leves	20%
cadeias pesadas	«1%
não evidenciável	1%

Frequentemente os doentes com MM surgem com queixas ósseas e evidência de osteoporose (1,7).

A apresentação clínica da nossa doente caracterizava-se por um quadro, assente nas queixas de dorsalgia incapacitante, com evidência radiológica e densitométrica de uma osteoporose fracturária rapidamente progressiva. Tal facto, conjugado com as características da doente, mulher obesa, ainda menstruada e sem factores de risco para osteoporose, excepto uma vida sedentária, impõe a necessidade de exclusão das causas mais frequentes de osteopénia secundária (8) (Quadro II).

O mielograma evidenciou uma infiltração linfoplasmocitária significativa (85%), o que, conjugado com a evidência de lesões osteolíticas na radiografia de crâneo, nos dava critérios suficientes para o diagnóstico de MM (9) (Quadro III). A não evidência, pelos métodos habituais, de uma gamapatia monoclonal levou à utilização de anticorpos monoclonais e de técnicas de imunofluorescência e imunoenzimáticas que revelaram a produção intracitoplasmática monoclonal de IgG e de cadeias leves Kappa. O uso destas técnicas permite rotular a maioria dos MM deste tipo como “falsos não secretores”, já que existe, de facto, produção de paraproteína, não havendo contudo excreção extracelular, ou, existindo esta, pela sua ínfima quantidade, não é possível de dosear pelos métodos habituais (4).

**QUADRO II**

## Causas frequentes de osteoporose secundária

- 
- A — Doenças endócrinas
- 1 — Hipertiroidismo
  - 2 — Hiperparatiroidismo
  - 3 — Diabetes Mellitus tipo I
  - 4 — Síndrome de Cushing
  - 5 — Hipogonadismo
- B — Doenças neoplásicas
- 1 — Metástases ósseas
  - 2 — Mieloma múltiplo
  - 3 — Linfomas
- C — Imobilização
- D — Artrite Reumatóide
- E — Espondilite Anquilosante
- F — Terapêutica
- 1 — corticóides
  - 2 — heparina
  - 3 — insulina
  - 4 — anticonvulsivantes
- 

A diminuição da produção normal de Ig séricas é um dado constante a todos os mielomas e que se traduz por uma hipogamaglobulinémia real (4). Nos MM “não secretores”, a não existência de componente monoclonal torna mais fácil a sua detecção. Tal facto está bem exemplificado no nosso caso.

A hipercalcémia detectada na nossa doente apresentou sempre valores discretos e provavelmente condicionaria as queixas de poliúria e nictúria. No MM a hipercalcémia é devida quer à infiltração óssea pelas células do tumor, quer à produção de factores activadores dos osteoclastos (1,8). Alguns autores referem que o tipo “não secretor” tem menor tendência à produção de hipercalcémia (4).

Na nossa doente não se evidenciaram alterações da função renal, o que concorda com a menor frequência de insuficiência renal no MM “não secretor”, provavelmente devida à não excreção de paraproteína (4).

A elevação dos valores de fosfatase alcalina relaciona-se com os episódios de fractura óssea e com a regeneração subsequente (1) e alguns autores referem que o seu valor se relaciona directamente com o número de lesões ósseas (2).

As radiografias do esqueleto demonstrando lesões osteolíticas, tem valor diagnóstico superior às evidenciadas pela cintigrafia (1,10). Estas últimas consistem em regiões hipercaptantes relacionadas com as fracturas e zonas hipocap-

### QUADRO III

#### Critérios de diagnóstico de Mieloma Múltiplo

---

#### A — Critérios Major

- I — Plasmocitoma em biópsia tissular
- II — Plasmocitose medular »30% com atípias
- III — Pico monoclonal com:
  - Ig G»3,5 gr/dl
  - Ig G»2,0 gr/dl
  - ou
  - cadeias leves » 1 gr/dia
  - (na ausência de amiloidose)

#### B — Critérios Minor

- 1 — Plasmocitose medular de 10 a 30%
- 2 — Pico monoclonal com:
  - Ig G«3,5 gr/dl
  - Ig A«2,0 gr/dl
- 3 — Lesões osteolíticas
- 4 — Hipogamaglobulinémia
  - Ig M«50 mg/dl
  - Ig A«100 mg/dl
  - Ig G«600 mg/dl

#### DIAGNÓSTICO:

- I ou II + critério minor
  - III
  - » 3 critérios Minor
- 

tantes, por vezes difíceis de discriminar, relacionadas com a invasão tumoral (1,6,10).

O conceito de que o MM "não secretor" teria, à parida, um prognóstico pior do que os outros MM, tem sido progressivamente abandonado (4).

A nossa doente pode classificar-se no estadio IIA (Quadro IV).

Ultimamente vários estudos têm sido feitos no sentido de determinar o valor prognóstico de diversas variáveis clínicas e laboratoriais (2,11,12). A conjugação destes trabalhos permite evidenciar, no nosso caso clínico, os seguintes factores favoráveis: sexo feminino; normalidade da albuminémia e da uricémia; ausência de insuficiência renal; elevação ligeira da Beta2-microglobulina, da fosfatase alcalina e da calcémia; anemia pouco acentuada. Como factores desfavoráveis para o prognóstico são de apontar a plasmocitose medular elevada e a resposta rápida à quimioterapia. Não foi determinado o nível sérico de

## QUADRO IV

## Estadiamento do Mieloma Múltiplo

- 
- I — Todos os seguintes:
- 1 — Hemoglobina »10 gr/dl
  - 2 — Calcémia «12 mg/dl
  - 3 — Rx normal ou lesão solitária
  - 4 — Baixa produção de paraproteína
    - Ig G«5 gr/dl
    - Ig A«3 gr/dl
    - cadeias leves na urina «4 gr/dia
- II — Critérios que não se encaixam em I ou em III
- III — Um ou mais dos seguintes valores:
- 1 — Hemoglobina «8,5 gr/dl
  - 2 — Calcémia » 12 mg/dl
  - 3 — Lesões osteolíticas avançadas
  - 4 — Alta produção de paraproteína
    - Ig G»7 gr/dl
    - Ig A»5 gr/dl
    - cadeias leves na urina » 12 gr/dia
- Subestadiamento:
- A — creatinina « 2 mg/dl
  - B — creatinina » 2 mg/dl
- 

Interleuquina 6, também considerado com possível importância prognóstica nestes doentes (12).

O tratamento dos doentes com MM tem sofrido algumas inovações nos últimos anos.

O uso de bifosfonatos tem-se revelado eficaz na supressão da hiperactividade osteoclástica com conseqüente estabilização da estrutura óssea, levando ao controle das queixas dolorosas e à normalização da calcémia (13).

A terapêutica clássica com melfhalan e prednisona tem sido progressivamente substituída por novos esquemas, aparentemente, capazes de uma melhor resposta e uma maior sobrevivência, com menos efeitos citopénicos sobre as séries habituais da medula óssea. Destes salientam-se o VAMP (vincristina + adriamicina + metilprednisolona) e o VAD (vincristina + adriamicina + dexametasona) (11,14,15). Outros autores preconizam o uso de melfhalan em altas doses, mas este esquema isolado não parece ter resultados tão favoráveis como os dois anteriores (14,15,16), o mesmo se passando para a administração de alfa-interferão (14).

Toma cada vez mais consistência o uso de terapêuticas combinadas e sequenciais, como seja a associação de ciclos de VAMP/VAD prévios à administração de melfhalan em alta dose, seguida da alo ou auto transplante de medula óssea, podendo ainda ser adicionado a este esquema o alfa-

-interferção e a irradiação corporal total (14,16). Os resultados têm sido encorajadores quanto à melhoria da qualidade de vida dos doentes e à percentagem de remissões e de respostas parciais da doença, estando ainda em curso estudos prospectivos no sentido de avaliar seguramente a sua capacidade de prolongar o tempo de sobrevida dos doentes com MM (2,14,16).

#### IV — CONCLUSÕES

- 1 — Uma osteoporose rapidamente progressiva deve alertar para a possibilidade de ser secundária a outras patologias, nomeadamente o MM.
- 2 — Uma hipogamaglobulinémia associada a lesões osteolíticas deve evocar a presença possível de um MM “não secretor” ou de cadeias leves.
- 3 — A caracterização do MM poderá carecer de métodos imunocitoquímicos mais elaborados.
- 4 — Exceptuando a menor frequência de Insuficiência Renal, os aspectos clínicos, radiológicos e hematológicos do MM “não secretor” não parecem diferir dos restantes MM.
- 5 — A maioria dos MM “não secretores” apresentam produção intracitoplasmática de paraproteína, pelo que são, na realidade, falsos “não secretores”.
- 6 — A importância prognóstica de vários factores clínicos e laboratoriais encontra-se em estudo.
- 7 — A aplicação de terapêuticas combinadas e sequenciais abrem novas perspectivas quanto ao prognóstico e qualidade de vida destes doentes.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 — ROBERT A. KYLE — Multiple Myeloma: Review of 869 cases. *Mayo Clin Med*, Jan 1975, Vol 50: 29-39.
- 2 — N.C. CHERG; N.R. ASAL; J.P. KUEBLER; E.T. LEE; D. SOLANKI — Prognostic factors in Multiple Myeloma. *Cancer*, 67: 3150-3156, 1991.
- 3 — DEVRA LEE DAVIS; DAVID HOEL; JOHN FOX; ALAN LOPEZ — International trends in cancer mortality in France, West Germany, Italy, Japan, England and Wales, and the USA. *Lancet* 1990, 336:474-81.
- 4 — DANIEL RUBIO-FELIX; MANUEL GIRALT; M. PILAR GIRALDO; JOSÉ M. MARTINEZ-PENUELA; FRANCISCO OYARZABAL; FRANCISCO SALA; ANTÓNIO RAICHS — Non Secretory Multiple Myeloma. *Cancer*, May 15, 1987, pag: 1847-1851.
- 5 — J.F. TOMAS; J.A. GARRIDO; F.J. RAMOS; M. GONZALEZ; J.F. SÃO MIGUEL — Skin involvement in non secretory Myeloma. *Am J Med*, Feb 1988, Vol 84: 373-374.
- 6 — ANTÓNIO MARQUES; MARQUES FERREIRA; ANTÓNIO C. PINTO; VALENTIM DE CARVALHO — Mieloma Múltiplo não secretor. *Med Cir*, 617: 259-262, 1991.
- 7 — R.A. HERMASZEWSKI; R.C. RATNAVEL; D.J. DENMAN; A.M. DENMAN; A.D.B. WEBSTER — Immunodeficiency and lymphoproliferative disorders. *Bailleres Clin Rheumatol*, Vol 5, n.º 2, pag: 277-300, 1991.
- 8 — JAIME C. BRANCO — Osteoporoses secundárias. *Reumatologia Para Clínicos Gerais* (M. Viana de Queiroz e col.) CPER, Lisboa 1986; Pag: 67-83.

- 9 — DULCE A. BRITO; MARIA JOSÉ METRASS; EVARISTO FERREIRA — Protocolo para o diagnóstico e terapêutica do Mieloma Múltiplo. *Rev Port Clin Terap*, 11 (4), 139-146, 1988.
- 10 — DAVID HARMON — Secondary bone tumors, myeloma, crioglobulinemia, and paraproteinemias. *Curr Opin Rheumatol*, 1990. 2: 11-114.
- 11 — R. BARTL; B. FRISCH; H. DIEN; M. MUNDEL; R. LAMERZ; A. FATEHMOGHADAM — Histologic, biochemical, and clinical parameters for monitoring Multiple Myeloma. *Cancer*, 68: 2241-2250, 1991.
- 12 — H. LUDWIG; D.M. NACHBAUR; E. FRITZ; M. KRAINER; H. HUBER — Interleukin-6 is a prognostic factor in Multiple Myeloma. *Blood*, Vol 77, n.º 12: 2794, 1991.
- 13 — E.S. SIRIS; W.H. SHERMAN; D.C. BAQUIRAN; J.P. SCHLATTERER; E.F. OSSERMAN; R.E. CANFIELD — Effects of dichloromethylene diphosphonate on skeletal mobilization of calcium in Multiple Myeloma. *N Eng J Med*, 301: 310-315, 1980.
- 14 — M.E. GORE et al — Intensive treatment of multiple myeloma and criteria for complete remission. *Lancet*, 14 Oct, pag: 879, 1989.
- 15 — D. SAMSON; A. NEWLAND; J. KEARNEY et al. — Infusion of vincristine and doxorubicin with oral dexamethasone as first-line therapy for multiple myeloma. *Lancet*, 14 Oct, pag: 882, 1989.
- 16 — K.C. ANDERSON; B.A. BARUT; J. RITZ et al. — Monoclonal antibody-purged autologous bone marrow transplantation therapy for multiple myeloma. *Blood*, Vol 77 n.º 4: 712, 1991.

## RÈGLES DE PUBLICATION

1. La Rédaction reçoit des travaux cliniques ou de recherche de cette spécialité ou d'autres qui en soient liés. Elle se réserve le droit d'accepter seulement des articles encore inédits.
2. Les articles publiés et les textes des communications présentées aux séances scientifiques de la Société, ou organisées sous son patronage, demeure propriété de la l'«Acta». La Rédaction se réserve le droit d'autoriser son insertion, total 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 peuvent être rédigés en portugais, 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 solicite el cambio. Man bittet 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 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 os of the exclusive responsibility of their authors.
4. The articles can be written in Portuguese, 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 refered with the title in Portuguese, French or English (or Spanish, or German); the author(s) name(s) and this (their) academic and professional titles; the institution where the work has been done or where the author works and of the director's name; place and country.
6. A brief and precise abstract should precede the article in Portuguese, French and English (or Spanish or German).
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) 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 solicite el cambio. Man bittet um Austausch.

D

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.

Cônscia de que os problemas criados pelas doenças reumáticas transcendem o âmbito médico e devem também 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, 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; École 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 good 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 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 you very much to your giving us the names and addresses of those institutions in your Country.

Thanking you for your cooperation, with kind regards.

ÁCIDO FLUFENÂMICO  
+ MPS

# Mobilisin<sup>®</sup>

creme

## Terapêutica anti-reumática directa

- ANTI-INFLAMATÓRIO

Estabiliza a membrana dos lisossomas impedindo a libertação de enzimas.

(Inibe os enzimas lisossómicos e a hialuronidase)

- REGENERADOR DO TECIDO  
CONJUNTIVO

Intensifica a circulação sanguínea.

Normaliza a viscosidade, permeabilidade e propriedades higroscópicas, activando o metabolismo tecidual.

- ANTÁLGICO

Pela combinação dos seus princípios activos.

APRESENTAÇÃO:	PVP	ESTADO	UTENTE	CMTD
100G	935\$00	468\$00	467\$00	13\$30

LUITPOLD-WERK  
MÜNCHEN

Alemanha Federal



LUITPOLD  
DE PORTUGAL

LISBOA