



ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

Vol 35 • Nº 4
Suplemento
XVIII Jornadas Internacionais do
Instituto Português de Reumatologia
Outubro/Dezembro 2010

XVIII JORNADAS INTERNACIONAIS DO
INSTITUTO PORTUGUES DE REUMATOLOGIA
9 E 10 DE DEZEMBRO DE 2010

PRESIDENTE DAS JORNADAS

Margarida Silva

COMISSAO CIENTIFICA

Presidente: Paulo Clemente Coelho

Coordenadores adjuntos: Filipe Barcelos, Helena Santos, Rui Leitão

Adriano Neto

José Vaz Patto

António Vilar

Júlia Ferreira

Helena Madeira

Manuela Micaelo

José Melo Gomes

Manuela Parente

COMISSAO ORGANIZADORA

Presidente: Luís Cunha Miranda

Coordenadores adjuntos: Ana Assunção Teixeira, Augusto Faustino,
Cândida Silva, Eugénia Simões, Maria Jesus Mediavilla

António Courinha

Luísa Ventura

Cândida Monteiro

Miguel Sousa

Cláudia Miguel

Rui Figueiredo

Dina Medeiros

Sara Cortes

Inês Gonçalves

Vera Las

Isabel Portugal

XVIII JORNADAS INTERNACIONAIS DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

SUMÁRIO / CONTENTS

CARTA DA PRESIDENTE DAS JORNADAS	5
PROGRAMA CIENTÍFICO	7
RESUMOS – SESSÕES DO PROGRAMA	11
RESUMOS – COMUNICAÇÕES LIVRES/POSTERS	31
CLP1 – Um doente «endócrino-metabólico» na consulta de Reumatologia – um caso clínico	32
CLP2 – Reabilitação respiratória na patologia reumática	32
CLP3 – Caso clínico: NeuroBehçet	33
CLP4 – Hidroginástica como prevenção da fratura em idosos sedentários e ativos com diagnóstico de osteoporose: um estudo em um espaço de exercícios e reabilitação psicomotora em Belo Horizonte (MG) Brasil	33
CLP5 – Influência da percepção dos doentes na prática clínica: perfil de humor perante a intervenção de educadores físicos em exercícios de baixa intensidade e curta duração	34
CLP6 – «DEXA...Será que a estamos a requisitar correctamente?» – uma perspectiva dos Cuidados de Saúde Primários	34
CLP7 – Caso clínico: dor na anca em adulto jovem	35
CLP8 – Quando as fracturas não se queixam na altura certa...	36
CLP9 – Hiperuricémia e gota - factor de risco cardiovascular?	36
CLP10 – Síndrome de SAPHO: caso clínico	37
CLP11 – Análise da descarga de peso e alterações degenerativas no joelho de indivíduos amputados	38
CLP12 – Oligoartrite – um caso clínico	38
CLP13 – Púrpura psicogénica: a propósito de um caso clínico	39
CLP14 – Capacidade erosiva de dois estimulantes da secreção salivar: ensaio clínico aleatorizado	41
CLP15 – Adaptação cultural e validação do Quality of Life Scale (QOLS) – versão portuguesa	41
CLP16 – Adaptação cultural e validação do Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) – versão portuguesa	41
CLP17 – Estudo comparativo de técnicas terapêuticas para alívio de dor em gonartrose	42
CLP18 – Avaliação da estabilidade estática em indivíduos com osteoartrite unilateral e bilateral na articulação do joelho	43
CLP19 – Necrose avascular e Lúpus Eritematoso Sistémico: a propósito de um caso clínico	43
CLP20 – Paraganglioma maligno retroperitoneal com invasão óssea do sacro: um caso de sacralgia refractária à terapêutica em doente jovem	44

XVIII JORNADAS INTERNACIONAIS DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

SUMÁRIO / CONTENTS

CLP21 – Fractura de baixo impacto do úmero reveladora de Condrossarcoma: um caso de destruição tecidual exuberante	45
CLP22 – Neuropatia vasculítica não sistémica: a propósito de um caso de disestesias dos membros inferiores...	45
CLP23 – Uma cefaleia de dimensões gigantes	46
CLP24 – Ácido zoledrónico no tratamento da doença óssea de paget – 5 anos de experiência	47
CLP25 – Fadiga e sono no Síndrome de Sjögren	48
CLP26 – Tradução e validação para a língua portuguesa de dois inquéritos de medição da auto percepção da xerostomia numa população de pacientes com Síndrome de Sjögren. Estudo piloto.	49
CLP27 – Terapêutica biotecnológica na artrite psoriática mutilante – relato de um caso	50
CLP28 – Dorsalgia em doente com Espondilite Anquilosante	50
CLP29 – Doença de Behçet – uma apresentação severa	51
CLP30 – Necrose avascular da extremidade proximal do úmero: um caso grave com sintomatologia fruste	52
CLP31 – Raquialgia inflamatória – caso clínico	52
CLP32 – Podalgia e artrite reumatóide – uma causa pouco comum	53
CLP33 – Uma mutação... muitos diagnósticos	55
CLP34 – Sacroileíte bilateral e brucelose – uma apresentação incomum	55
CLP35 – Ombro doloroso: a importância da imagiologia no diagnóstico diferencial – caso clínico	56
CLP36 – Terapêutica biológica – eficácia <i>versus</i> segurança	56
CLP37 – Osteoporose... para além de um factor de risco	57
CLP38 – Nem tudo o que parece é	57
CLP39 – Dores recorrentes na adolescência	58
CLP40 – Osso duro de roer!	59
CLP41 – Brucelose osteo-articular: um retrato dos últimos 10 anos	59
CLP42 – Hospital de dia – papel do enfermeiro	60
CLP43 – Ecografia em Reumatologia: revisão de 655 procedimentos	60
CLP44 – DISAGREE <i>study rheumatoid arthritis eular's Guidelines: concordance between portuguese rheumatologists</i>	61
CLP45 – Estudo EROS – Erosões Radiológicas na Intração em BiológicoS	62
CLP46 – Avaliação da densidade mineral óssea em mulheres na pós menopausa	63
CLP47 – Fenómeno de Raynaud como manifestação de patologia endócrina	63
CLP48 – Acupunctura médica contemporânea no tratamento da gonalgia: dois casos clínicos	64
CLP49 – Avaliação da capilaroscopia nos doentes referenciados por acrocianose	64
CLP50 – Calcinose na esclerose sistémica agravada por hiperparatiroidismo, a propósito de um caso clínico	65
CLP51 – Compromisso cutâneo rapidamente progressivo na Esclerose Sistémica Difusa: a propósito de um caso clínico	66

XVIII JORNADAS INTERNACIONAIS DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

SUMÁRIO / CONTENTS

CLP52 – Tecnologia Doppler: o antes e o depois	67
CLP53 – Ecografia músculo-esquelética – revisão de 955 ultrasonografias	68
CLP54 – Artrite e aortite – um caso clínico raro	69
CLP55 – Complicações pós-cirúrgicas em doentes com artrite reumatóide medicados com anti-TNF	70
CLP56 – O papel da ecografia no diagnóstico de entesite – a propósito de um caso clínico	70
CLP57 – Gota pseudo-reumatóide	71
CLP58 – Entesopatia do tendão de aquiles e da fascia plantar: um estudo com ecografia	71
CLP59 – Osteoporose transitória da anca	72
CLP60 – Poliarterite nodosa – casuística	73
CLP61 – Lombalgia aguda – um desafio clínico e imagiológico	73
CLP62 – Avaliação do risco cardiovascular na coorte de doentes com Esclerose Sistémica seguidos nos Hospitais da Universidade de Coimbra. Resultados preliminares	74
CLP63 – Impacto da Esclerose Sistémica na vida dos doentes. Estudo preliminar	75
CLP64 – Achados ecográficos em doentes com esclerose sistémica: estudo preliminar	76
CLP65 – Imagens em reumatologia: ecografia num caso de necrose avascular	76
CLP66 – Internamento no IPR – A opinião do doente... e do médico!	78
CLP67 – Avaliação de um programa de intervenção de exercício físico em idosos	78
<hr/>	
CONCURSO DE SLIDES	82
<hr/>	
Esclerose sistémica avançada: caso clínico	83

MENSAGEM DA PRESIDENTE DAS JORNADAS

Caros colegas e amigos,

Tenho muito gosto em convidá-los para as XVIII Jornadas Internacionais do Instituto Português de Reumatologia, nos dias 9 e 10 de Dezembro, no Centro de Congressos de Lisboa.

Nestas Jornadas damos a conhecer mais um ano de trabalho dos profissionais de saúde do IPR, as nossas realizações e aspirações. Contamos ainda com a participação de reumatologistas de vários centros e de profissionais de saúde de outras especialidades, como a Medicina Geral e Familiar, que são muitas vezes os primeiros médicos a quem o doente recorre, os Fisiatras e os Cirurgiões Ortopédicos, entre outros.

O programa deste ano engloba temas sempre actuais e actualizados, com grande interesse formativo. Temos comunicações dirigidas sobretudo à prática clínica diária e outras que vão dar uma perspectiva da abordagem e tratamento das doenças do foro reumatológico num futuro que esperamos não muito distante.

As grandes linhas são: Osteoartrose – doença degenerativa ou inflamatória; Osteoporose, novos paradigmas no diagnóstico e terapêutica; Artrite Precoce. O curso Dr. João Figueirinhas é sobre Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica; o curso teórico-prático é sobre exames laboratoriais em Reumatologia.

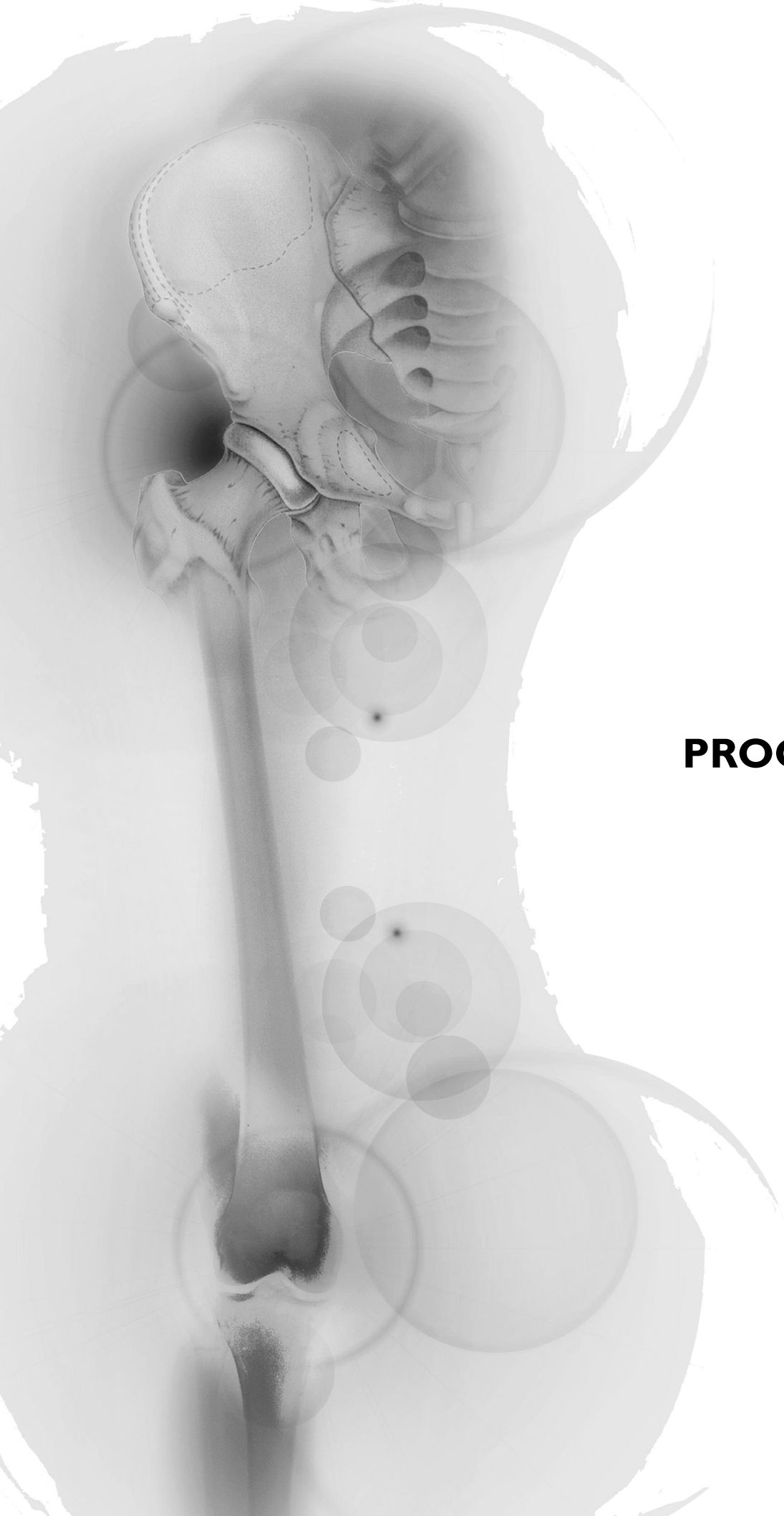
Contamos com a participação activa de todos quantos queiram partilhar conhecimentos e experiência. Apelamos ao envio de comunicações livres e posters, e reservamos em todas as mesas espaço para discussão e perguntas.

No final temos, como não podia deixar de ser, mais uma edição do concurso de imagens em reumatologia e a distribuição de prémios aos autores das melhores comunicações livres e posters.

Com um abraço

Margarida Silva

(Presidente das XVIII Jornadas Internacionais do IPR)



PROGRAMA

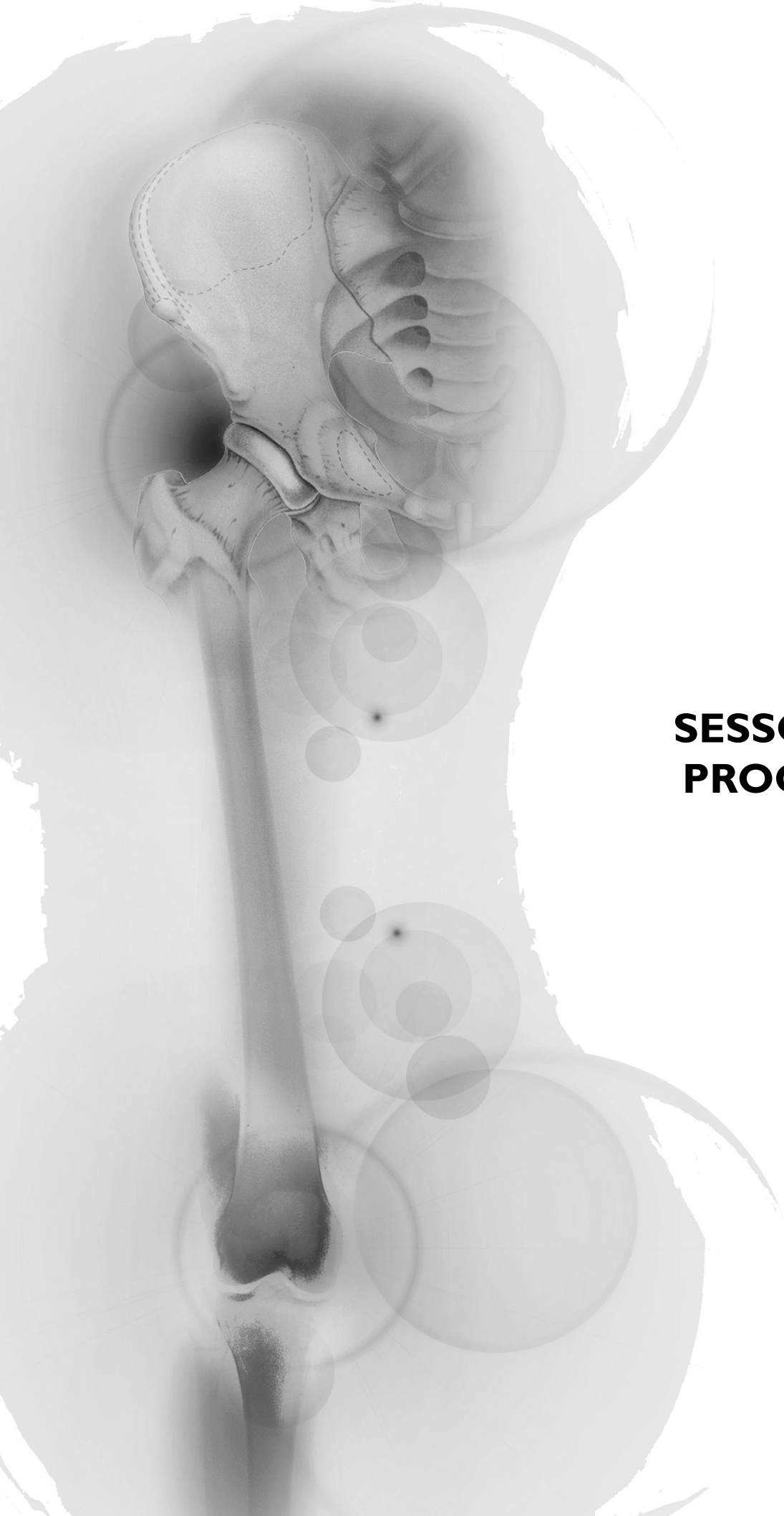
PROGRAMA

QUINTA – FEIRA – 9 DE DEZEMBRO

- 08h30: **Abertura do Secretariado**
- 09h00-10h30: **Flash Reumatológico**
 PRESIDENTE: Adriano Neto
 MODERADOR: Helena Madeira
- 1 – Síndromes auto-inflamatórias – Cláudia Miguel
 - 2 – Influência da percepção dos doentes na prática clínica – Luís Miranda
 - 3 – A ecografia no diagnóstico da arterite temporal – Dina Medeiros
 - 4 – Papel das adipoquinas nas doenças reumáticas – Filipe Barcelos
 - 5 – Acupunctura, evidência em Reumatologia – Hugo Pinto
 - 6 – Boa prática clínica na corticoterapia – Inês Gonçalves, Sara Cortes
 - 7 – Patologia temporomandibular reumatológica – abordagem estomatológica – Rita Almeida
- 10h30-10h50: *Coffee break*
- 10h50-11h20: **Cerimónia de Abertura**
 «Novos desafios da actividade científica e assistencial do IPR»
- 11h20-12h00: **Conferência plenária**
 PRESIDENTE: José Alberto Pereira da Silva
 MODERADOR: Mário Rodrigues
- Felicidade – meio terapêutico e objectivo em Reumatologia – José António Silva
- 12h:00-13h10: **Simpósio**
 13h10: Almoço
- 14h30-15h30: **Mesa redonda – Osteoartrose – Doença inflamatória ou mecânica?**
 PRESIDENTE: J. Ribeiro da Silva
 MODERADOR: Ana Rita Cravo
- Uma doença mecânica – Ana Teixeira
 - Uma doença inflamatória – Augusto Faustino
 - Implicações terapêuticas da fisiopatologia da osteoartrose – Rui André Santos
- 15h30-16h30: **Novidades Terapêuticas em 15 slides**
 PRESIDENTE: Francisco Simões Ventura
 MODERADOR: Manuela Micaelo
- 1 – Tratamento das artrites idiopáticas juvenis com agentes biológicos – J. Melo Gomes
 - 2 – Protocolos terapêuticos em Medicina Física e de Reabilitação músculo-esquelética – Carla Afonso
 - 3 – Síndrome do canal cárpico – novas abordagens diagnósticas e terapêuticas – Miguel Sousa
 - 4 – Vitaminas e doença reumática – Eugénia Simões
- 16h30-16h45: *Coffee break*
- 16h45-18h00: **Simpósio**

SEXTA-FEIRA – 10 DE DEZEMBRO

- 9h00-10h40: **Comunicações Livres**
 PRESIDENTE: Maria Jesus Mediavilla
 MODERADOR: Fátima Godinho
- 10h40-11h00: *Coffee break* e **Discussão de Posters (1ª parte)**
 JÚRI-COORDENADOR: António Vilar, Mário Bexiga
- 11h00-12h00: **Mesa redonda – Medicamentos e Doença Reumática**
 PRESIDENTE: Albino Teixeira
 MODERADOR: Pedro Abreu
- 1 – Toxicidade dos antipalúdicos nas doenças reumáticas, risco e prevenção – Conceição Ornelas
 - 2 – Bisfosfonatos e saúde dentária, mito ou realidade? – Carlos Adriano
 - 3 – Manifestações reumatológicas dos antidiabéticos e antilipídicos orais – Cândida Silva
- 12h00-13h10: **Simpósio**
 13h10: Almoço
- 14h10-14h30: «Um café junto dos Stands da Indústria farmacêutica»
Discussão de Posters (2ª parte)
- 14h30-15h00: **Actualidade em Reumatologia**
 PRESIDENTE: Luís Maurício
 MODERADOR: Cláudia Vaz
- Influência na prática clínica dos novos critérios de classificação da artrite reumatóide – Paulo Clemente Coelho
- 15h00-16h30: **CURSO MONOTEMÁTICO «João Figueirinhas»**
 TEMA: Espondilite anquilosante e artrite psoriásica – do diagnóstico à terapêutica
 PRESIDENTE: Eugénio de Miguel
 MODERADOR: Margarida Silva, Júlia Ferreira
- 1 – Novas orientações para o diagnóstico das espondilartrites – Pedro Machado
 - 2 – Papel da ecografia no diagnóstico e seguimento das espondilartrites – Eugénio de Miguel
 - 3 – Tratamento sintomático – que opções? – Anabela Barcelos
 - 4 – Terapêutica modificadora das espondilartrites axiais e periféricas – que evidência? – Helena Santos
 - 5 – Formas evoluídas e complicações tardias – o que fazer? – Fernando Pimentel
- 16h30-16h45: *Coffee break*
- 16h45-17h45: **Curso Teórico-Prático – Exames laboratoriais e doença reumática**
 PRESIDENTE: João Ramos
 MODERADOR: Guilherme Figueiredo
- 1 – Hemograma, VS, PCR, marcadores de fase aguda – Vera Las
 - 3 – Auto-anticorpos – importância para o diagnóstico – Manuela Parente
 - 4 – Tipagem HLA e TASO – valor prático – J Vaz Patto, Lima Faleiro
 - 5 – Outros exames laboratoriais – Rui Leitão
- 17h45: **Concurso – Imagens (slides) em Reumatologia**
 JÚRI-COORDENADOR: Lopes Courinha
 Cada pessoa é convidada a apresentar o seu *slide* sobre um tema médico.
 Inscrição prévia até ao início da tarde de Sexta-feira dia 10.
 Os *slides* e a apresentação serão avaliados por um Júri. Tempo de apresentação máximo 1 minuto. Em caso de apresentação de múltiplas imagens o tempo máximo será de 3 minutos por apresentador.
Necessita de inscrição prévia no Secretariado (D^a Elvira Moraes)
- 18h00: **Entrega de prémios (concurso de slides, comunicações livres e posters) e encerramento das Jornadas**



SESSÕES DO PROGRAMA

SESSÕES DO PROGRAMA

QUINTA-FEIRA – 9 DE DEZEMBRO

8h30: Abertura do Secretariado**9h00-10h30: Flash Reumatológico**

Presidente: Adriano Neto

Moderador: Helena Madeira

SÍNDROMES AUTO-INFLAMATÓRIASCláudia Miguel¹, Maria Jesús Mediavilla¹,
J. A. Melo Gomes¹

1. Instituto Português de Reumatologia;

As Síndromes auto-inflamatórias (SAI) são um grupo de doenças causadas pela disfunção primária da imunidade inata, na ausência de infecção, auto-anticorpos ou células T específicas de antígeno, ou seja, sem desregulação da imunidade adaptativa. Trata-se de um grupo heterogéneo, em que se incluem doenças hereditárias de transmissão monogénica (como a Febre Mediterrânica Familiar, por exemplo) e doenças poligénicas e multifactoriais, como a Doença de Cröhn ou a Doença de Behçet.

Clinicamente, as SAI manifestam-se por ataques repetidos de febre, acompanhada de dor abdominal, artralgia/artrite ou manifestações cutâneas. Os sintomas são geralmente inespecíficos e só um elevado grau de suspeição clínica pode desencadear a realização de testes específicos e a concretização do diagnóstico.

Dentro das SAI incluem-se as febres periódicas hereditárias: a Febre Mediterrânica Familiar (FMF), a Síndrome de Hiper-IgD (HIDS), a Síndrome Periódica associada ao receptor do Factor de Necrose Tumoral (TRAPS) e as síndromes associadas à Criopirina (CAPS) – Síndrome de Urticária Familiar ao Frio (FCAS), Síndrome de Muckle-Wells (MWS), Síndrome CINCA (Síndrome Crónica Infantil Neurológica, Cutânea e Articular). As restantes Síndromes Auto-inflamatórias podem agrupar-se em: 1) Síndromes Febris Idiopáticas como a Síndrome de Febre Periódica, Aftas, Faringite e Adenopatias (PFA-PA), a Artrite Idiopática Juvenil Sistémica e a doen-

ça de Still do Adulto; 2) Doenças Granulomatosas (Doença de Cröhn, Síndrome de Blau, Sarcoidose); 3) Doenças Piogénicas (Síndrome de Artrite piogénica, Pioderma Gangrenoso e Acne (PAPA), Osteomielite crónica Multifocal Recorrente, Síndrome de Majeed e Síndrome de sinovite, acne, pustulose, hiperostose e Osteíte (SAPHO); 4) Doenças com Hemofagocitose (Linfocitose Hemofagocítica Primária, Síndrome de Activação Macrofágica); 5) Doenças do Complemento (Angioedema hereditário); 6) Síndromes Vasculíticas (D. de Behçet). Uma outra entidade, a Síndrome DIRA (Deficiência de Antagonista do Receptor da IL-1), doença de transmissão autossómica recessiva que se manifesta por dor, tumefacção e deformação ósseas desde as primeiras semanas de vida, recentemente identificada, também faz parte do grupo das SAI.

Desde 1997, ano em que foi identificada a mutação genética responsável pela Febre Mediterrânica Familiar, o conhecimento sobre a fisiopatologia destas doenças tem crescido exponencialmente.

O tratamento destas doenças baseia-se nos Anti-Inflamatórios não esteróides, Corticoterapia, Colchicina e antagonistas da IL-1 ou do Factor de Necrose Tumoral α . Além do alívio sintomático, a prevenção de Amiloidose Secundária deve ser um dos objectivos fundamentais do tratamento.

O conhecimento destas doenças é importante para que se possa fazer o diagnóstico diferencial entre a febre periódica e a febre causada por infecção, neoplasia ou doença auto-imune. Só assim se poderão referenciar os doentes aos especialistas dedicados ao diagnóstico e tratamento destas patologias, prevenindo sequelas graves e muitas vezes irreversíveis.

INFLUÊNCIA DA PERCEPÇÃO DOS DOENTES NA PRÁTICA CLÍNICA

Luís Miranda

Instituto Português de Reumatologia

Numa sociedade em profunda evolução a prática médica está sujeita a um conjunto de desafios que deve saber responder e aproveitar. Uma maior informação por parte dos doentes com a criação dos

«webpatients» que questionam cada decisão ou proposta do seu clínico assistente pode ser vista como um ataque à forma como fazemos medicina mas pode também ser entendida como oportunidade.

Assim a utilização da *internet* ou de outras plataformas pode aproximar o doente do diagnóstico ou pelo menos da supeição clínica que o pode motivar a recorrer ao seu médico assistente. Como exemplo temos os questionários validados *online* que podem apontar para a probabilidade da existência de espondilite anquilosante (ou de outras doenças) que poderão levar o doente ao médico e existir um diagnóstico mais precoce. Caberá ao médico aceitar estas formas de percepção da doença demistificando alguns questionários por não serem credíveis mas confirmando ou por outro lado negando a presunção diagnóstica apresentada pelo doente.

Por outro lado a questão dos números de consultas e o curto tempo por doente põe-nos num grave dilema: será que o nosso papel se resumirá a recolher informação dada pelo doente, muitas das vezes do outro lado do computador onde somos obrigados a registar os dados clínicos, ou por outro lado poderemos aproveitar o doente como aliado na avaliação e no seguimento da sua doença. A utilização de questionários de auto-avaliação validados e padronizados poderão auxiliar o médico na recolha de informação de forma mais imediata permitindo transformar o médico como decisor e não apenas como colector de informação.

Finalmente os objectivos terapêuticos e a sua partilha são um dos pontos em que na área da reumatologia se observa maior disparidade entre o médico e o doente. Nós, por formação, não gostamos de partilhar com o doente a decisão da sua terapêutica nem dos objectivos finais do tratamento. Se em doenças agudas tal deverá ser repensado, no caso das doenças crónicas a partilha deverá ser quase obrigatória. A baixa *compliance* a terapêuticas e a não compreensão dos tratamentos propostos (farmacológicos e não farmacológicos) devem fazer-nos reflectir se o que fazemos terá o resultado esperado. Assim, deveremos não só partilhar com o doente a nossa proposta terapêutica, mas igualmente ir ao encontro das expectativas e necessidades dos doentes.

Enquanto para o reumatologista na AR o importante é o controle da doença e da inflamação o doente anseia por menos dor e fadiga bem como melhoria das capacidades físicas. Pode-se afirmar que controlando a doença tais expectativas esta-

rão cobertas. Tal não é invariavelmente verdade e o controlo da dor pode, por exemplo, ser paralelo e mais rápido que o associado ao controlo da doença. Essa opção clara pelo controlo da doença e pela remissão ou baixa actividade deve ser partilhado sem reservas com o doente, explicando a taxa de sucesso e os potenciais fracassos de tal estratégia.

Globalmente aquilo que devermos fazer é, tal como nos ensinaram na faculdade, ouvir o doente, as suas expectativas e percepções acerca do seu estado de saúde ou de doença e propôr de forma pragmática os caminhos que devermos percorrer em conjunto para atingir objectivos sérios mas possíveis.

AECOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DA ARTERITE TEMPORAL Dina Medeiros

1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: Ao longo dos últimos anos novos avanços tecnológicos têm agilizado e facilitado o diagnóstico da vasculite primária mais frequente no adulto – Arterite de Células Gigantes (ACG). Entre estes é de realçar a ultrassonografia Doppler com cor (US DC).

Discussão: Este tipo de ultrassonografia permite uma avaliação dos ramos superficiais da artéria temporal, em geral, os ramos frontais e parietais, sendo ainda possível observar os ramos occipitais e troncos comuns arteriais. Apesar da biopsia da artéria temporal média ainda constituir o *gold standard* para o diagnóstico da ACG, existe uma crescente evidência de que a presença de sinais característicos demonstrados por esta, como são o sinal de halo, que corresponde ao edema da parede arterial, apresentam relevância diagnóstica. A questão premente é se este método imagiológico pode vir a substituir a biopsia, no diagnóstico da ACG. Vários estudos têm sido realizados no sentido de comparar medidas de validade entre os critérios do *American College of Rheumatology* (ACR), biopsia e US DC no diagnóstico desta vasculite. Estes revelam uma elevada especificidade para a biopsia. Contudo, a sensibilidade foi pouco satisfatória para a biopsia e critérios ACR. A US DC, por seu turno, tem demonstrado valores superiores de sensibilidade, com bons valores de especificidade e valor preditivo.

Conclusão: A US DC constitui um método rápido, não invasivo, de baixo custo, fiável e reprodutível. Trata-se de um método eficaz no diagnóstico da ACG, sobretudo nos casos suspeitos, constituindo ainda um auxiliar na orientação da biopsia, na mo-

nitorização da actividade da doença e objectivação de recidivas.

PAPEL DAS ADIPOQUINAS NAS DOENÇAS REUMÁTICAS

Filipe Barcelos

Instituto Português de Reumatologia

O tecido adiposo é um sistema celular endócrino dinâmico, que está continuamente activo na absorção, armazenagem e libertação de lípidos altamente reguladas, e na secreção de hormonas, citocinas e factores de crescimento. As adipocinas são proteínas produzidas pelo tecido adiposo, recentemente descritas – a descoberta da leptina ocorreu apenas em 1994 – e às quais são atribuídas diversas acções a nível do metabolismo. No entanto, têm-se acumulado evidência de que as adipocinas terão um papel importante no complexo sistema de mediadores solúveis implicados na fisiopatologia da artrite. Algumas das adipocinas mais estudadas incluem a leptina, adiponectina, resistina e visfatina, mas novas moléculas têm sido descritas, como a apelina, vaspina, quemerina e omentina, que poderão ter também implicação na patologia articular.

As adipocinas distinguem-se individualmente pelos seus diferentes padrões de distribuição entre o espaço articular e o sangue. A cavidade articular pode ser considerada um espaço especial no qual as adipocinas percorrem vias metabólicas específicas e podem modular as funções dos condrócitos e dos sinoviócitos. No entanto, o conhecimento das complexas interações entre as várias adipocinas e os mecanismos fisiopatológicos implicados na lesão articular na osteoartrose e na artrite reumatóide está numa fase inicial, sendo o objectivo desta comunicação a apresentação dos dados mais relevantes relativos às principais adipocinas. Não há ainda uma definição concreta do papel das adipocinas como mediadores pró ou anti-inflamatórios, mas os dados publicados sugerem que no futuro estas moléculas poderão ser importantes no diagnóstico precoce, no prognóstico e na abordagem terapêutica da osteoartrose e da artrite reumatóide.

PRINCÍPIOS NEURO-FISIOLÓGICOS DA ACUPUNCTURA EM REUMATOLOGIA

Hugo Pinto

Já há várias décadas que a Acupunctura vem sendo investigada, no sentido de se conseguir explicar cada vez melhor como e porquê os seus efeitos ocorrem.

Gradualmente esta «arte milenar» está a ser mais encarada como uma técnica terapêutica complementar muito válida no nosso dia-a-dia laboral, mundial e não apenas no ocidente.

Já não a devemos encarar como uma «Medicina Alternativa» que actua por efeitos místicos em meridianos e pontos inexistentes do ponto de vista anatómico e funcional, mas sim como uma técnica terapêutica cujos efeitos no nosso sistema biológico são explicados dum ponto de vista neuro-fisiológico.

Abordando a Acupunctura sobre este ponto de vista, temos então que a Acupunctura é uma estimulação neurológica periférica, somática e autonómica, e que através da inserção de agulhas finas e sólidas, em áreas relevantes do ponto de vista neuro-vascular, vai despoletar inúmeras reacções no nosso organismo, que se vão manifestar a dois níveis, periféricos ou em redor da agulha, e centrais ou ao nível da espinal medula, tronco cerebral e hemisférios cerebrais.

Estes efeitos a vários níveis vão depender não só dos locais puncturados como também do uso de electroestimulação para potenciar esses mesmos efeitos, nomeadamente ao nível central.

BOA PRÁTICA CLÍNICA NA CORTICOTERAPIA

Inês Gonçalves¹, Sara Cortes¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Os Corticóides são uma categoria de fármacos usados desde há cerca de 60 anos em diversas patologias. Na Reumatologia são largamente utilizados nas doenças inflamatórias, pela sua acção anti-inflamatória e imuno-moduladora que leva a uma redução da actividade da doença e da dor. Os seus efeitos mediados por mecanismos genómicos e não-genómicos. A utilização mais comum é a sistémica em doenças como a Artrite Reumatóide, Lúpus Eritematoso Sistémico, Esclerose Sistémica, Polimialgia Reumática, Arterite Temporal e outras Vasculites, sendo a dose e o tempo de tratamento variáveis consoante a patologia em si e sua actividade inflamatória. As administrações locais de formas *depot* são comumente utilizadas na Reumatologia em casos de patologia inflamatória periaricular (tendinites, tenossinovites e bursites) e articular (injecção intra-articular do corticóide em caso de sinovite- neste caso é mandatório excluir infecção articular)

Os Corticóides, apesar de extremamente eficazes no controlo da inflamação são frequentemente

te associados a efeitos adversos (EA) em diferentes órgãos e sistemas, dos quais se destacam: HTA, dislipidemia, alteração do metabolismo do osso (osteoporose, osteopenia), do metabolismo da glicose (intolerância à glicose, diabetes induzida por corticóides), do músculo (miopatia dos corticóides), da pele (estrias cutâneas, atrofia da pele), do olho (glaucoma, cataratas), a nível endócrino (*cut-hing* secundário, insuficiência supra-renal, distúrbios electrolíticos), a nível gastrointestinal (maior incidência de úlcera péptica) e alteração da cicatrização. Os EA dos corticóides estão relacionados com o tempo de exposição e dose cumulativa dos mesmos, sendo a sua incidência variável consoante o EA em questão e a susceptibilidade individual do doente.

Em 2007 o EULAR publicou *Guidelines* para a correcta utilização dos corticóides na Reumatologia, como se segue:

- 1º O doente deve ser informado acerca dos EAs mais frequentes (incidência >1/100) – nível de evidência IV
- 2º O esquema terapêutico, incluindo dose inicial, dose de manutenção, duração do tratamento e regime de administração dos corticóides, depende da doença reumática subjacente e dos factores de risco e da resposta individual de cada doente. - nível de evidência I-III
- 3º e 5º Os efeitos adversos mais frequentes e clinicamente relevantes devem ser monitorizados e medicados adequadamente, dependendo da duração do tratamento e dos factores de risco individuais. Estes são a hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, úlcera péptica, cataratas, glaucoma e infecções. - nível de evidência IV
- 4º Em tratamentos prolongados, os corticóides devem ser administrados na menor dose possível e deve ser tentada a sua suspensão se o doente tiver baixa actividade de doença ou remissão. – nível de evidência IV
- 6º Um doente medicado com prednisolona >7,5 mg/d ou equivalente durante mais de 3 meses, deve fazer suplementos de cálcio e vitamina D. A prescrição de bisfosfonatos deve ser fundamentada pelos factores de risco individuais. - nível de evidência I
- 7º Doentes medicados com corticóides e AINEs devem fazer protecção gástrica adequada com inibidores da bomba de protões, ou como alternativa, fazer inibidores selectivos da cox2. – nível de evidência I

- 8º Os doentes a fazer corticoterapia por um período superior a 1 mês, devem fazer prevenção da insuficiência supra-renal com hidrocortisona, se submetidos a intervenção cirúrgica – nível de evidência IV
- 9º Os corticóides não acarretam risco adicional durante a gravidez – nível de evidência I-III
- 10º O crescimento deve ser monitorizado nas crianças a fazer corticóides, podendo ser necessário a administração de hormona de crescimento – nível de evidência I

As recomendações fornecem suporte científico baseado na evidência para a administração e monitorização da terapêutica com corticóides, não substituindo, no entanto, a avaliação clínica individual do risco/benefício da terapêutica, para uma optimização do efeito terapêutico minimizando o risco de ocorrência de EA.

PATOLOGIA TEMPORO-MANDIBULAR REUMATOLÓGICA – ABORDAGEM ESTOMATOLÓGICA Rita Henriques de Almeida SAMS

A articulação temporo-mandibular, o sistema neuro-muscular e a oclusão dentária são os determinantes anatómicos do sistema estomatognático, responsável pelas funções de mastigação, deglutição, fonação e expressão facial.

Quando um doente refere cefaleia, cervicalgia, otalgia ou dor pré-auricular, associado a ruído articular, bloqueio nos movimentos da articulação e aumento de dor com a mastigação, devemos considerar, alterações na articulação temporomandibular e nos músculos mastigatórios, como diagnóstico diferencial.

A *American Academy of Oral Pain* (AAOP) inclui no termo Disfunção Temporo-Mandibular (DTM), numerosos e diversos problemas clínicos que afectam os músculos mastigatórios, a articulação e estas duas estruturas.

A disfunção temporomandibular é uma doença multifactorial, com factores etiológicos locais como o bruxismo e outras parafunções, a má oclusão dentária, *stress* e doenças sistémicas com envolvimento da ATM, como a poliartrite crónica, espondilartropatias e artrite crónica juvenil

O diagnóstico diferencial entre Mialgia, Discompatia, Artralgia, Artrite e Osteoartrose obedece a uma história clínica detalhada, exame objectivo com análise oclusal sistemática e exames complementares imagiológico e laboratorial.

O tratamento tem como objectivo eliminar a dor e causas perpetuantes da DTM, diminuir a sobrecarga do sistema, reabilitar a mobilidade mandibular e a função oral. O tratamento de eleição deverá ser não invasivo e reversível.

Nas doenças sistémicas em que, concomitantemente, existe artralgia da ATM e outras articulações, sem evidência de causa traumática, o tratamento é multidisciplinar. Os doentes devem ser observados por um reumatologista que faz a abordagem terapêutica de base, sendo também necessário tratar a DTM.

10h30-10h 50: *Coffee break*

10h50-11h20: Cerimónia de Abertura

«NOVOS DESAFIOS DA ACTIVIDADE CIENTÍFICA E ASSISTENCIAL DO IPR»

11h20-12h00 – Conferência plenária

Presidente: José Alberto Pereira da Silva

Moderador: Mário Rodrigues

FELICIDADE – MEIO TERAPÊUTICO E OBJECTIVO EM REUMATOLOGIA

José António Silva

Contrariando a clássica dicotomia entre o físico e o psíquico, a investigação moderna no campo da psico-neuro-imunologia tem vindo a demonstrar uma riquíssima e poderosa comunicação entre a esfera psicológica, especialmente no âmbito das emoções, e os mecanismos biológicos subjacentes aos estados de saúde e de doença.

Começamos hoje a entrever os efeitos orgânicos da alegria e da tristeza, da raiva e da compaixão, do amor e do ódio, da esperança e do desalento.

De uma forma geral as emoções positivas parecem exercer um efeito favorável à saúde e à longevidade enquanto as emoções negativas se têm relacionado com efeitos adversos.

O cérebro reclama assim o seu papel de maestro e senhor, de territórios alargados e concretos, coordenando também a resposta endócrina e imunológica.

Na prática parece que o corpo tenderá a perder o seu *elã* se ao cérebro não parecer que a vida merece ser vivida.

E que razões haveria afinal para viver, na ausência de felicidade?

Que teria a Medicina a oferecer se a amputássemos da esperança?

12h00-13h10: Simpósio

13h10: Almoço

14h30-15h30: MESA REDONDA – Osteoartrose Doença inflamatória ou mecânica?

Presidente: J. Ribeiro da Silva

Moderador: Ana Rita Cravo

OSTEOARTROSE – UMA DOENÇA MECÂNICA

Ana Teixeira

Instituto Português de Reumatologia

A osteoartrose (OA) é a forma de artrite mais prevalente do idoso cujas principais características são a lesão da cartilagem, fibrose sinovial, esclerose do osso sub-condral e a formação de osteofitos marginais. A causa de OA é desconhecida mas parece depender de um somatório de factores predisponentes, que se acumulam ao longo da vida e levam a um padrão comum de doença. Embora existam alterações dos tecidos próprias do envelhecimento, a OA não é uma doença unicamente própria da idade.

Todos os componentes articulares são envolvidos no processo artrosico; no entanto, a lesão da cartilagem parece ser o principal ponto de partida.

A cartilagem é um tecido de suporte altamente organizado e avascularizado, nutrido através do líquido sinovial. É composta pela matriz extracelular (MEC), uma rede de macromoléculas formada por colagénio maioritariamente de tipo II, que lhe confere a forma, elasticidade e flexibilidade e por proteoglicanos (PGC), dos quais o mais abundante é o *agrecano*, responsáveis pela resistência compressiva do tecido, e ainda por proteínas não colagénicas. Moléculas de água atraídas pelos glicosaminoglicanos, carregados negativamente, ocupam 65-80% do volume da cartilagem e embebidos nesta fina rede encontram-se os condrocitos, que asseguram a manutenção dos elementos da MEC e representam 1-2% do volume da cartilagem. A resistência às forças da tensão é função da fibrocartilagem e a resistência às forças da compressão função da cartilagem hialina, que permite o deslizar suave das superfícies articulares e o suporte de carga cíclica e variável, a longo prazo.

A susceptibilidade genética é mais relevante no sexo feminino. Pensa-se que os estrogénios tenham um efeito protector na cartilagem articular e que factores tais como a massa e força muscular, o tipo de actividade física ou o aumento da laxidão

valvo-varo possam influenciar a maior frequência de OA na mulher.

A obesidade é um factor preditivo major de OA. Um Índice de Massa Corporal (IMC) elevado aumenta consideravelmente o risco de gonartrose, que é dose dependente e parece ser agravado por um mau alinhamento das superfícies articulares. Esse risco também se verifica na anca e articulações interfalângicas das mãos, não sendo nestas tão importante como no joelho.

O deficiente alinhamento de duas superfícies articulares, seja ele de causa congénita (malformações, displasias, sub-luxações) ou adquirida (sequelas de fractura, acidente, sobrecarga), leva a que se criem zonas de maior atrito, por falta de distribuição regular das cargas sobre as superfícies articulares e que ficam assim mais sujeitas à degradação da cartilagem e do osso. Na gonartrose verificou-se que o risco de progressão é três vezes superior quando existe um desvio em valgo ou varo. São ainda comuns as associações de defeitos, em que o desalinhamento de uma articulação condiciona o desalinhamento de outras, tal como acontece no valgismo do joelho favorecido pelo aumento do perímetro da coxa, a que se pode associar o valgismo e aplanamento do pé, desvio em valgo do hallux e aumento da lordose lombar, com sobrecarga das articulações interapofisárias posteriores.

A fraqueza muscular é também um factor contribuinte de OA que se deve prevenir pela prática regular de exercício, embora adaptado a cada indivíduo e ao seu estado articular. A actividade desportiva de alta competição, devido aos traumatismos e excesso de uso articular, favorece o desenvolvimento de coxartrose e gonartrose nos futebolistas e jogadores de *rugby* e de coxartrose nos dançarinos. De igual modo, o trabalho profissional repetitivo e o mau posicionamento articular continuado favorecem a OA do joelho no trabalho acoorado, da anca no agricultor, da mão dominante no trabalhador manual ou da coluna e joelhos no transportador de cargas.

A osteotomia tibial superior para realinhamento do varo e redução da sobrecarga no compartimento interno do joelho, suportado por uma meta-análise (2.490 osteotomias em 19 estudos não controlados), verificou um atraso médio de 6 anos na necessidade de prótese total. A rotura do ligamento cruzado tal como a meniscectomia total ou parcial, provocam instabilidade e altas pressões focais responsáveis pelo desenvolvimento de OA

prematura. A meniscectomia expõe a grande sobrecarga a cartilagem hialina de revestimento ósseo por perda do efeito amortecedor da fibrocartilagem, o que conduziu a actuais atitudes cirúrgicas muito mais conservadoras.

O conhecimento e prevenção dos diferentes factores mecânicos influenciam a preservação da cartilagem e a própria evolução da doença.

OSTEOARTROSE – UMA DOENÇA INFLAMATÓRIA

Augusto Faustino

Instituto Português de Reumatologia

A *Osteoartrose* (OA) é uma entidade clínica que sofreu nos últimos anos algumas evoluções relevantes no seu entendimento e conhecimento que modificaram de forma significativa a sua abordagem clínica e terapêutica, e, como corolário destas, a sua morbidade e o seu impacto económico e social.

A OA não é uma doença mas sim uma *síndrome*, em que distintas causas se expressam globalmente na estrutura articular, de formas distintas consoante a *fase de evolução da doença*. A OA é hoje entendida não como uma doença unívoca na sua definição e apresentação, mas antes como ***uma forma de apresentação comum de entidades distintas a nível da articulação***. Neste sentido a OA deverá ser assumida mais como uma síndrome, com características clínicas comuns, e com formas semelhantes de abordagem clínica.

A OA deve ser ***vista como uma doença com um contínuo de apresentações clínicas***, desde fases precoces e incipientes em que predomina a inflamação sinovial e alterações microscópicas a nível ósseo e da cartilagem (potencialmente tratáveis com abordagens farmacológicas adequadas), até fases finais da sua evolução, com alterações destrutivas de todas as estruturas articulares, conduzindo a dor e incapacidade impossíveis de resolver totalmente com terapêutica farmacológica.

A OA é nas suas fases precoces uma doença eminentemente inflamatória; é por isso fundamental apostar no diagnóstico precoce da OA e identificar clinicamente os aspectos inflamatórios da doença, cujo controlo terapêutico permitirá a modificação da evolução da doença.

Quando falamos em identificar para cada doente individual ***qual a fase evolutiva da OA em se encontra***, isso implica reconhecer que a OA pode ser detectada e diagnosticada em fases muito distintas da sua evolução. De facto a OA a que comun-

mente nos referimos classicamente corresponde a um **diagnóstico tardio**, clinicamente com lesões muito evoluídas, e radiologicamente com lesões irreversíveis, complicações estruturais de doenças arrastadas e inadequadamente abordadas. Os aspectos radiológicos aceitos como identificadores e diagnósticos da OA (diminuição da ILA, esclerose óssea subcondral, geodos (quistos) ósseos e osteofitose marginal) correspondem assim a doenças em que a intervenção terapêutica já perdeu a sua grande oportunidade de eficácia clínica e estrutural.

Por isso a OA era considerada até há poucos anos como uma «fatalidade» inexorável, consequência banal e inevitável do «envelhecimento» (doença «dos velhos»), de limitada importância («é só uma artrose...») e em que *nada havia a fazer!*... Nada de mais errado! De facto envelhecimento da cartilagem e doença OA são coisas bem distintas, e nos últimos anos evoluiu-se de forma notável no conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos pormenorizados que contribuem para o aparecimento e evolução da OA. A identificação dos processos microscópicos e patológicos implicados na expressão e progressão da doença permitiu definir alvos terapêuticos específicos que serão de certo promissoras opções terapêuticas de futuro.

Mas para isso, teremos de ser capazes de identificar esta patologia mais cedo, e uma das evoluções futuras mais decisivas passará pela nossa capacidade em realizar um *diagnóstico precoce* desta condição, nas fases iniciais da doença e com lesões (potencialmente) reversíveis. Para tal contaremos de certo com marcadores bioquímicos de lesão precoce da cartilagem, mas sobretudo com a possibilidade de utilizar rotineiramente *meios complementares de diagnóstico imagiológicos* (ecografia, mas sobretudo ressonância magnética nuclear) que permitam identificar lesões estruturais mais precoces.

Enquanto estes instrumentos não estão disponíveis na nossa prática clínica diária, como poderemos então identificar mais precocemente um quadro clínico de OA? *Valorizando os aspectos inflamatórios da doença!*

A OA é nas suas fases precoces uma doença eminentemente inflamatória; são diversas as evidências de fenómenos inflamatórios na OA, preponderantes nas fases iniciais e agudizações:

- Inflamação da membrana sinovial (**sinovite**), evidente clinicamente (ritmo da dor articular e sinais inflamatórios locais), em exames histoló-

gicos (biopsia sinovial), macroscopicamente (artroscopias), imagiológicamente (sobretudo em RMN) e em cintigrafias ósseas (com alterações de hipercaptação correspondente a processo inflamatório articular, embora com topografia e intensidade distinta dos processos inflamatórios sistémicos);

- Ocorrência de **derrame articular** em surtos de agudização (surtos de “**condrólise**”, correspondendo a degradação da cartilagem sobretudo por libertação de produtos catabólicos da membrana sinovial);
- Identificação de uma **mediação patogénica** assente em produtos pró-inflamatórios (citoquinas, prostaglandinas, radicais livres de oxigénio,...);
- **Elevação da PCR** (de alta sensibilidade), embora em valores de magnitude inferior em relação a quadros inflamatórios articulares em contexto de doença e patogenia sistémica.

Como identificar então esta **OA inflamatória** (verdadeira «**Osteoartrite**») na nossa prática clínica diária sem termos de recorrer a meios complementares de diagnóstico complexos ou dispendiosos?

1. caracterizando o **ritmo inflamatório da dor articular**;
2. detectando os **sinais inflamatórios associados à articulação dolorosa** (edema e calor);
3. valorizando a **resposta terapêutica** de maior eficácia e reversibilidade dos sintomas com a utilização de AINES (anti-inflamatórios não esteróides).

Consoante a fase da doença osteoartrosica em que o doente se encontra, ele poderá apresentar **dores de ritmo puramente mecânico** (ausentes de noite, melhorando com o repouso e agravando-se com carga e utilização mantida da articulação lesada) ou **dores de ritmo preponderantemente inflamatório** (desencadeamento nocturno, maior expressão matinal e após imobilizações prolongadas, com rigidez de longa duração e melhoria com mobilização suave e mantida da articulação lesada). A distinção do ritmo da dor que o doente apresenta permitirá intuir a fase da OA em que se encontra e desta forma melhor se adaptar a intervenção terapêutica em cada situação. Assim, a dor mecânica traduz processos evoluídos e irreversíveis, em que esta se deve sobretudo a **lesão** estrutural com destruição articular; nestas circunstâncias, é fundamental o tratamento da dor (*doença*), devendo o doente ser medicado com analgésicos. Pelo

contrário, a dor inflamatória (ou mista, mas com aspectos claramente inflamatórios) relaciona-se com processos mais precoces, reversíveis e evolutivos em que é fundamental diagnosticar e tratar a **inflamação** subjacente.

Poderíamos então dizer que **existem dois extremos da mesma doença**: uma OA que é o paradigma clássico de doença degenerativa articular mecânica, representando os diagnósticos tardios de doenças evoluídas, e uma OA que é paradigma da procura actual de diagnóstico precoce, com valorização dos aspectos inflamatórios da doença (verdadeira «*Osteoartrite*»), devendo a nossa conduta terapêutica adaptar-se a estes aspectos.

IMPLICAÇÕES TERAPÊUTICAS DA FISIOPATOLOGIA DA OSTEOARTROSE

Rui André Santos

Hospital Militar Principal, Lisboa

A osteoartrose é cada vez mais vista não como uma simples doença articular mas como o complexo resultado de toda uma série de agressões que determinam lesões nas articulações sinoviais, ao nível molecular, celular e tecidual, com uma expressão clínica e morfológica comum: dor e impotência funcional numa articulação em que a cartilagem se degrada, o osso subcondral sofre e se hipertrofia e a sinovial, de forma intermitente, se inflama num grau maior ou menor.

A atenção para os mecanismos fisiopatológicos já não está centrada na cartilagem, mas antes em toda a articulação: osso, cartilagem e meniscos, sinovial, cápsula e ligamentos. Por isso, os tratamentos vão ter que reflectir este novo paradigma. Estão a ser procuradas alternativas a fármacos que só actuariam na cartilagem e estão a ser exploradas vias de actuação dos chamados “condroprotectores” que vão além deste tecido.

Se existe algum tipo de evidência de modificação da doença no sulfato de glucosamina, no sulfato de condroitina, na diacereína, nos hialuronanos e nos insaponificáveis de abacate e soja, também se discutem a esta nova luz os resultados de estudos já realizados com inibidores das metaloproteinases da matriz como a doxiciclina, com bifosfonatos e com a calcitonina.

A via da inibição das metaloproteinases e da agrecanase parecem ser promissoras, tal como poderá ser a inibição da sintetase do óxido nítrico indutível. Os resultados dos fármacos biotecnológicos usados na artrite reumatóide têm sido decep-

cionantes, mas os antagonistas do factor de crescimento neuronal e do receptor da bradiquinina parecem estimulantes. O papel da vitamina D está a ser estudado e outras vias, como a inibição da cathepsina K, também estão em processo de avaliação. Sendo a osteoartrose uma doença exclusivamente articular, que envolve muitas vezes uma única ou um escasso número de articulações, parece legítimo que muitas das novas abordagens terapêuticas se inclinem para uma via de administração intra-articular.

Em todo este processo há, contudo, diversos especialistas que se mostram cépticos em relação a todos estes potenciais avanços. Argumentam que, cada vez mais, os factores mecânicos parecem determinantes no desencadear e no agravamento da doença, que evoluirá numa fase pré-clínica durante décadas, em jovens adultos com desalinhamentos nos membros e/ou obesos. Será que as intervenções mais importantes e remuneradoras não serão então as que corrigem as alterações anatómicas, previnem os traumatismos ou reparam as lesões por eles provocadas e, sobretudo, contrariam o flagelo da obesidade que alastra nas sociedades mais desenvolvidas?

15h30-16h30: Novidades Terapêuticas em 15 slides

Presidente: Francisco Simões Ventura

Moderador: Manuela Micaelo

TRATAMENTO DAS ARTRITES IDIOPÁTICAS JUVENIS COM AGENTES BIOLÓGICOS

J. Melo Gomes

Assistente Graduado de Reumatologia do Instituto Português de Reumatologia. Responsável pela Consulta de reumatologia Infantil, do Adolescente e do Adulto jovem do IPR. Presidente da Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas. Presidente da ANDAI – Associação Nacional de Doentes com Artrites Infantis e Juvenis. Reumatologista Consultor do Hospital de Dona Estefânia e do Serviço de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca.

Os agentes biológicos, usados no tratamento das artrites crónicas e outras doenças em cuja patogenia desempenha um papel importante a inflamação crónica, começaram a ser utilizados em reumatologia para tratar a AR do adulto¹⁻⁶. Trata-se de produtos desenvolvidos por via biotecnológica de elevada complexidade, a partir de conhecimentos básicos da fisiopatologia da inflamação em geral e,

das alterações que levam à sua perpetuação.

Os agentes biológicos actualmente aprovados pela EMEA para o tratamento das AIJs são o *etanercept*, a proteína de fusão do receptor solúvel p75 do TNF α , que tem efeito terapêutico rápido e potente em doentes com AIJ poliarticular resistentes à terapêutica com doses eficazes de MTX⁷, o Adalimumab, o Abatacept⁸ e o Tocilizumab⁹.

O etanercept é administrado por via subcutânea, na dose mínima de 0,8mg/kg uma vez por semana, sendo a dose máxima de 50mg/semana; devem ser mantidas as terapêuticas prévias, com MTX e AINEs, que o doente esteja a fazer.

O infliximab¹⁰, outro fármaco com acção anti-TNF α , que é um anticorpo anti-TNF α , mostrou eficácia semelhante ao etanercept nos doentes com formas poliarticulares de AIJ, mas não tem aprovação da EMEA para uso pediátrico.

Estudos prévios¹¹ mostraram que o etanercept, o agente biológico mais utilizado na terapêutica das AIJs, é menos eficaz quando utilizado para tratar doentes com AIJ sistémica que nos restantes casos de AIJ poliarticular. Nos doentes com AIJ sistémica estudos abertos têm demonstrado que a terapêutica com Anakinra (um antagonista do receptor da IL-1) administrado na dose de 2mg/kg/dia (dose máxima de 100 mg/dia) por via subcutânea, é muito eficaz no tratamento da AIJ sistémica, particularmente quando as manifestações sistémicas são preponderantes¹². Outros fármaco bastante eficaz na forma sistémica de AIJ, quer sobre os sintomas sistémicos, quer sobre a artrite, é o antagonista do receptor da IL-6, tocilizumab⁹.

O abatacept é um agente biológico que actua bloqueando a activação das células T por inibição da co-estimulação, ao ligar-se aos receptores CD80 e CD86 presentes nas células apresentadoras de antigénio, o que inibe a co-estimulação mediada pela ligação ao receptor CD28 da célula T. Este fármaco, com eficácia já comprovada para o tratamento da AR do adulto⁶, foi já estudado nas AIJs⁸, com bons resultados, tendo também aprovação nesta indicação terapêutica.

Com o advento da disponibilidade dos agentes biológicos para tratamento das AIJ o principal objectivo da terapêutica é, actualmente, o de obter a **remissão clínica** da doença e permitir uma vida normal à criança ou adolescente afectados. Claro que este objectivo nem sempre é alcançável, mas podemos dizer que a probabilidade de o conseguirmos aumentou bastante desde que temos disponíveis estes fármacos, cuja **utilização** deve ser

críteriosa e muito cuidadosa, como fácil se torna de perceber ao ler os «Consensos para Início e Manutenção da terapêutica biológica na AIJ»¹³, do Grupo de Trabalho de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Reumatologia e da Secção de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Além das alterações terapêuticas propriamente ditas, os agentes biológicos, pelo seu elevado custo e efeitos secundários potenciais, vieram gerar uma autêntica revolução (ou, no mínimo, aceleração de uma evolução já em marcha) na forma de avaliar a evolução da doença em jovens com AIJs.

Esta evolução gerou a necessidade de criar instrumentos objectivos de definição de melhoria na AIJ, através de trabalho conjunto do PRINTO – *Pediatric Rheumatology International Trials Organization* (a nível Europeu) e do PRCSG – *Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group* (a nível do *American College of Rheumatology*)¹⁴.

Mas para que esta definição de melhoria pudessem ser aplicável de uma forma generalizada, com incorporação da opinião dos doentes adolescentes, ou dos seus pais quando estes fossem mais jovens, tornou-se indispensável a utilização de ferramentas de avaliação da capacidade funcional, bem como de escalas visuais analógicas para a dor e para a avaliação global da doença pelos doentes ou pelos pais, que fossem as mesmas em todos os países do Mundo – tal veio a ser efectuado também ao nível do PRINTO para todos os países europeus (em 28 línguas diferentes, numa primeira abordagem) no qual se incluiu a versão portuguesa¹⁵ destes instrumentos de avaliação.

São estes consensos nacionais, nos quais participaram os Reumatologistas e os Pediatras que no nosso País mais se têm dedicado ao estudo e tratamento de crianças com doenças reumáticas, que se encontram abaixo indicados.

Crítérios da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (2007) para início de terapêutica biológica nas artrites idiopáticas juvenis:

- Doença activa (5 ou mais articulações com artrite activa) e refractária à terapêutica convencional
- Definição de Falência à terapêutica – doença activa refractária à terapêutica convencional, considerando principal factor da definição a ausência de resposta a uma dose mínima de MTX de 15 mg/m²/semana por via SC ou IM durante 3 a 6 meses.

No caso de toxicidade ou de contra-indicação

impeditivas da utilização do MTX na dose mínima de 15 mg/m²/semana pode considerar-se, por opinião do especialista, a introdução de terapêutica biológica como primeira opção, ou de outro DMARD convencional em monoterapia ou em combinação com o MTX.

Monitorização dos doentes sob terapêutica biológica

Os doentes devem ser avaliados com uma frequência mínima trimestral. Da avaliação deve constar um conjunto de variáveis que permitam determinar a eficácia do tratamento⁽²⁴⁾:

1. Avaliação global pelo doente/pais (Escala Visual Analógica de 0-10)
2. Avaliação global pelo médico (Escala Visual Analógica de 0-10)
3. *Child Health Assessment Questionnaire* (CHAQ, utilizado na sua versão portuguesa⁽⁶⁹⁾)
4. Número de articulações activas (articulações tumefactas, excluindo tumefacção óssea, ou com limitação da mobilidade associada a dor, calor ou ambos)
5. Número de articulações com limitação da mobilidade
6. Velocidade de Sedimentação

Critérios para manutenção em terapêutica biológica

Considera-se critério de resposta a melhoria de pelo menos 30% em 3 destas 6 variáveis, sem agravamento superior a 30% em mais do que uma das restantes variáveis, em duas avaliações separadas por 3 meses⁽²⁴⁾, tendo como base de comparação a avaliação efectuada antes do início do agente biológico.

Actuação se não responder

Se não ocorrer melhoria em 2 avaliações sucessivas, de acordo com opinião do especialista, suspender o fármaco biológico e considerar outras alternativas terapêuticas.

Antes do início da terapêutica biológica deve ser efectuado um rastreio de tuberculose por:

1. História clínica; 2- Radiografia do tórax; 3- Prova tuberculínica com 2U RT23
 - a. Se induração <5mm deve ser repetida no antebraço oposto 7 a 10 dias depois. É considerada negativa se o segundo teste também apresentar induração <5 mm.
 - b. Se induração ≥5mm é considerada positiva, independentemente da data da vacinação com BCG.

Se a história clínica, radiografia do tórax ou a prova tuberculínica forem positivas a criança deve ser referenciada a uma consulta especializada em tuberculose para orientação diagnóstica e terapêutica.

A terapêutica biológica pode ser iniciada 1 mês após o início da terapêutica de tuberculose latente.

Contra-indicações absolutas para início de terapêutica biológica em doentes com AIJ

- Existência de infecção activa, nomeadamente tuberculose activa
- Insuficiência cardíaca III/IV
- Doenças desmielinizantes
- Gravidez
- História recente (<5 anos) de neoplasia
- Vacinas vivas – não devem ser administradas durante o tratamento com agentes biológicos e idealmente a sua administração deve ser efectuada até três meses antes do início do biológicoⁱ

Critérios para suspensão temporária ou para adiar o início da terapêutica biológica:

- Infecção de novo
- Cirurgia *major* programada

Claro que, pelo seu elevado preço e potenciais efeitos adversos, os agentes biológicos, embora muito eficazes, devem ser iniciados com precaução em doentes com AIJ, devendo a sua prescrição ser da responsabilidade de reumatologista pediátrico com particular experiência no tratamento da AIJ, seguindo os consensos do Grupo de Trabalho de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, acima indicados. Estes doentes devem ser seguidos cuidadosamente, devendo a continuidade da prescrição e dispensa do agente biológico ser condicionada à adesão estrita a este plano de avaliação continuada.

Referências

1. Maini R, St Clair EW, Breedveld F, et al.: "Infliximab (chimeric anti-tumour necrosis factor alpha monoclonal antibody) versus placebo in rheumatoid arthritis patients receiving concomitant methotrexate: a randomised phase III trial. ATTRACT Study Group". *Lancet* 1999; 354: 1932-1939.
2. Weinblatt ME, Kremer JM, Bankhurst AD, et al.: "A trial of etanercept, a recombinant tumor necrosis factor receptor:Fc fusion protein, in patients with rheumatoid arthritis receiving methotrexate". *N Engl J Med* 1999; 340: 253-259.
3. Bresnihan B.: "Effects of anakinra on clinical and radiological outcomes in rheumatoid arthritis". *Ann Rheum Dis* 2002; 61 (Suppl 2): ii 74-77.

4. Weinblatt ME, Keystone EC, Furst DE, et al.: "Adalimumab, a fully human anti-tumor necrosis factor alpha monoclonal antibody, for the treatment of rheumatoid arthritis in patients taking concomitant methotrexate: The ARMADA trial". *Arthritis Rheum* 2003; 48: 35-45.
5. Edwards JC, Szczepanski L, Szechinski J, et al.: "Efficacy of Bcell-targeted therapy with rituximab in patients with rheumatoid arthritis". *N Engl J Med* 2004; 350: 2572-2581.
6. Kremer JM, Dougados M, Emery P, et al.: "Treatment of rheumatoid arthritis with the selective costimulation modulator abatacept: twelve-month results of a phase iib, double-blind, randomized, placebo-controlled trial". *Arthritis Rheum.* 2005; 52(8):2263-2271.
7. Gerloni V, Pontikaki I, Gattinara et al.: "Treatment of juvenile idiopathic arthritis (JIA) with etanercept: short, medium and long-term results". *Arthritis Rheum.* 2002; 46(Suppl.):S482.
8. Ruperto N., Lovell D., Quartier P, Paz E., Rubio-Perez N., Silva C.A., Abud-Mendoza C., Burgos-Vargas R., Gerloni V, Melo Gomes J.A., et al: "Abatacept in children with juvenile idiopathic arthritis: a randomised, double-blind, Placebo-controlled withdrawal trial". *Lancet*, 2008, 372 (9636): 383-391.
9. Yokota S., Miyamae T., Imagawa T., et al: "Therapeutic efficacy of humanized recombinant anti-interleukin-6 receptor antibody in children with systemic-onset juvenile idiopathic arthritis". *Arthritis Rheum.* 2005; 52:618-625.
10. Lahdenne P, Vahasalo P, Honkanen V: "Infliximab or etanercept in the treatment of children with refractory juvenile idiopathic arthritis: an open label study". *Ann. Rheum. Dis.* 2003; 62:245-247.
11. Quartier P, Taupin P, Bourdeaut F, et al : "Efficacy of etanercept for the treatment of juvenile idiopathic arthritis according to the onset type". *Arthritis Rheum.* 2003; 48:1093-1101.
12. Verbsky J.W. and White A.J.: "Effective use of the recombinant IL1-ra anakinra in therapy of resistant systemic onset juvenile rheumatoid arthritis". *J. Rheumatol.* 2004; 31:2071-2075.
13. Santos M.J., Fonseca J.E., Canhão H., Conde M., Vieira M.J., Costa L., Salgado M., Melo Gomes J.A.: "Consensos para início de terapêutica biológica na artrite idiopática juvenil". *Acta Reuma. Port.* 2007; 32:43-47.
14. Giannini EH, Ruperto N, Ravelli A, Lovell DJ, Felson DT, Martini A.: "Preliminary definition of improvement in juvenile arthritis". *Arthritis Rheum* 1997; 40: 1202-1209.
15. JA Melo Gomes, N Ruperto, H Canhão, et al: "The portuguese version of the childhood health assessment questionnaire (CHAQ) and the child assessment questionnaire (CHQ)". *Clin Exp Rheumatol* 2001;19 (Suppl 23):S126-S130.

PROTOSCOLOS TERAPÊUTICOS EM MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO MÚSCULO-ESQUELÉTICA

Carla Afonso

As doenças músculo-esqueléticas são a principal

causa de dores crónicas e de incapacidade física. Segundo a Organização Mundial de Saúde «...as doenças músculo-esqueléticas ou reumáticas são a maior causa de morbidade em todo o mundo, tendo uma influência substancial na saúde e na qualidade de vida, infligindo um enorme custo nos Sistemas de Saúde...».

Com o aumento da longevidade, a prevalência das doenças músculo-esqueléticas está a aumentar e este fenómeno tende a agravar ao longo do tempo.

O 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, realizado pelo Instituto Nacional de Saúde, revela que a Doença Reumática representa uma percentagem de 16,3% na população portuguesa.

A maior consciencialização do encargo económico que este tipo de condições representa, conduziu a que no início do séc. XXI a Organização Mundial de Saúde, com o apoio das Nações Unidas, declarasse a primeira década como sendo «The Bone and Joint Decade 2000-2010».

As doenças músculo-esqueléticas são extremamente comuns e incluem mais de uma centena de doenças e síndromes diferentes, habitualmente associadas a dor, inflamação e impotência funcional. Identifica-se, então, a extrema necessidade de adequar a intervenção da reabilitação a esta nova realidade.

O papel da reabilitação tem como principais objectivos, atrasar a progressão da patologia e simultaneamente melhorar a função e a qualidade de vida do doente.

O objectivo deste trabalho é apresentar alguns exemplos de protocolos terapêuticos de reabilitação utilizados em doenças músculo-esqueléticas, nomeadamente Artrite Reumatóide, Espondilite Anquilosante e Lúpus Eritematoso Sistémico.

SÍNDROME DO CANAL CÁRPICO – NOVAS ABORDAGENS DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS

Miguel Sousa

Instituto Português de Reumatologia

O síndrome do canal cárpico é a neuropatia mais frequente dos membros superiores e é devida a uma compressão do nervo mediano a nível do canal cárpico.

O diagnóstico é baseado na apresentação clínica típica (parestésias, dor e/ou hipostesia na palma da mão e face palmar dos primeiros quatro dedos) e nos estudos de condução nervosa (electromiograma – EMG).

Nos últimos anos, vários estudos demonstraram

a validade da utilização do estudo ecográfico do nervo mediano como técnica complementar diagnóstica e com algumas potenciais vantagens sobre o EMG como: menor custo e duração do exame, menor incómodo para o doente, informação etiológica acerca da compressão e possível tratamento com infiltração ecoguiada de corticosteróides.

A maioria dos doentes é tratada de forma conservadora. Várias modalidades não cirúrgicas são propostas como aplicação de talas de repouso, tratamentos com ultra-som, medicação oral (AINE, diuréticos, corticosteróides) ou infiltração local com corticosteróides.

Em vários estudos científicos, verificou-se que uma percentagem significativa dos doentes tratados inicialmente de forma conservadora vieram a necessitar de tratamento cirúrgico e que o risco de re-intervenção cirúrgica em doentes operados é baixo. No entanto, a incidência de complicações é mais elevada nos doentes operados.

As revisões da literatura científica têm enfatizado uma maior eficácia do tratamento cirúrgico aos 3, 6 e 12 meses na melhoria dos sintomas e dos parâmetros neurofisiológicos.

A abordagem cirúrgica por via endoscópica apresenta uma eficácia e uma taxa de complicações similares aos da cirurgia aberta. No período imediato a seguir à cirurgia, até 2 semanas, a abordagem endoscópica pode apresentar uma mais rápido alívio da sintomatologia e melhoria funcional.

Os doentes com sintomatologia mais acentuada e com maiores alterações a nível da latência sensitiva ou motora no EMG são os que revelam um maior efeito da intervenção terapêutica.

São necessários mais estudos para esclarecimento das melhores estratégias terapêuticas em doentes com sintomatologia e parâmetros electrofisiológicos ligeiros ou transitórios.

VITAMINAS E DOENÇA REUMÁTICA

Maria Eugénia Simões¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Quando falamos da associação entre vitaminas e doenças reumáticas pensamos em vitamina D e osteoporose.

Com efeito, a deficiência ou, mais frequentemente a insuficiência desta vitamina tem sido incriminada como factor agravante de osteoporose, de baixa massa óssea, de alterações do equilíbrio, aumento de propensão para quedas e aumento de risco de fracturas.

Para além disso, um nível sérico baixo de vitamina D tem sido detectado em doentes com Artrite Reumatóide e LES; pensa-se que a vitamina D tenha interferência na angio e tumorigénese, em doenças auto-imunes neurológicas; que a sua suplementação possa modular a produção de um bacteriostático, a catelicidina.

Também a vitamina K, outra das vitaminas lipossolúveis, interfere no metabolismo da osteocalcina, importante polipéptido de constituição óssea, e estão a ser estudados análogos da vitamina K para o tratamento da osteoporose.

Dentro das vitaminas lipossolúveis, a vitamina C poderá ter interesse como suplemento anti-artrítico, existindo também evidência de que suplementos de doses elevadas de vitamina C reduzam de uma forma significativa a ocorrência de crises agudas de gota em doentes com gota úrica documentada.

Por fim, também é já clássico o efeito analgésico do complexo B, sobretudo a vitamina B12.

16h30-16h45: *Coffee break*

16h45-18h00: Simpósio

SEXTA-FEIRA – 10 DE DEZEMBRO

9h00-10h40: Comunicações Livres

Presidente: Maria Jesus Mediavilla

Moderador: Fátima Godinho

10h40-11h00: *Coffee break e discussão de Posters (1ª parte)*

Júri-coordenador: António Vilar; Mário Bexiga

11h00-12h00: MESA REDONDA – Medicamentos e Doença Reumática

Presidente: Albino Teixeira

Moderador: Pedro Abreu

TOXICIDADE DOS ANTIPALÚDICOS NAS DOENÇAS REUMÁTICAS, RISCO E PREVENÇÃO

Conceição Ornelas

Oftalmologista, Instituto de Oftalmologia

Dr. Gama Pinto

Resumo: Os antipalúdicos têm sido utilizados com eficácia no tratamento das doenças autoimunes como a Artrite Reumatóide e o Lúpus Eritematoso Disseminado. Um efeito colateral significativo des-

tes fármacos, apesar de raro, é a toxicidade retiniana que pode ser irreversível nalguns indivíduos, especialmente nos doentes de alto risco para desenvolvimento de toxicidade por antipalúdicos. Mesmo após serem descontinuados a maculopatia pode continuar a progredir, daí a importância do «screening» oftalmológico destes doentes para detecção de retinopatia precoce e suspensão da terapêutica.

A autora apresenta o regime de «screening» recomendado pela *American Academy of Ophthalmology*, o qual se baseia em estratificação do risco de retinopatia por cloroquina ou hidroxicloroquina estabelecido em critérios múltiplos.

BISFOSFONATOS E SAÚDE DENTÁRIA/ORAL.

MITO OU REALIDADE? O CONCEITO, A PREVENÇÃO E A TERAPÊUTICA

Carlos Adriano, Pedro Ponce

KlíniKa We Care

A Osteoquimionecrose associada à administração de Bisfosfonatos, é descrita nos Ossos Maxilares, local de deposição preferencial, pela sua activa remodelação, e assim com concentrações superiores às do restante esqueleto, perdurando mais de 10 anos. A Medicina Dentária, tendo um componente cirurgico elevado a nível dos ossos maxilares, como exodontias e implantes endósseos entre outras técnicas, tem assim um risco acrescido, pelo emprego cada vez mais generalizado dos bisfosfonatos, na população que maioritariamente necessita esse tipo de terapeutica cirurgica oral. Aborda-se assim para o Clínico Geral, Médico de Família e especialista não da área, de forma didática, o conceito, a prevenção e a terapêutica. Conclui-se que para evitar a Osteoquimionecrose dos Maxilares, a abordagem mais eficaz, é a prevenção, exactamente a preconizar por estes profissionais.

MANIFESTAÇÕES REUMATOLÓGICAS DOS ANTIDISLIPIDÉMICOS E ANTIDIABÉTICOS ORAIS

Cândida Silva¹

1. Instituto Português de Reumatologia

As doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte em Portugal e a diabetes, é a 3ª sendo responsável por 4,1% das mortes em 2008.

A utilização de medicamentos nestes dois grupos de doentes para melhorar a sobrevida, tem vindo a ser cada vez mais necessária, representando os antidiabéticos o 3º grupo de medicamen-

tos mais consumidos, com 25% dos doentes com mais de 70 anos a estarem sob esta terapêutica.

Apesar dos efeitos benéficos destes fármacos, os efeitos adversos incluem potenciais efeitos músculo-esqueléticos, nestas duas classes de medicamentos, relativamente frequentes.

No caso dos antidiabéticos, os efeitos sobre o músculo, são referidos quer para as estatinas (inibidores da HMG-CoA), quer para os fibratos, com diferenças entre as várias estatinas e entre os fibratos. Os quadros musculares podem variar entre mialgias, sem aparente elevação de enzimas musculares, até quadros graves de rabdomiólise potencialmente fatal. A miopatia, definida como dor muscular ou fraqueza muscular, associada a elevação da creatinina cinase (CK) superior a 10 vezes o normal, ocorre tipicamente em menos de um indivíduo, por cada 1.000 tratados, nas doses *standard*. Os factores de risco para miopatia, mais frequentemente descritos, são: a dose da estatina utilizada, existência de patologia hepática prévia, interações medicamentosas (ex. fibratos), idade superior a 80 anos e estado de saúde debilitado. Entre os fibratos, os efeitos musculares serão mais frequentes com o genfibrozil, do que para o fenofibrato, sendo a utilização deste último preferencial para utilizar em terapêutica combinada.

Às estatinas são ainda atribuídos efeitos pleomórficos, com potencial papel anti-inflamatório e imunomodulador, que poderá ter outras utilizações em reumatologia, com estudos realizados na Artrite Reumatóide, no Lúpus Eritematoso Sistémico e na Esclerose Sistémica e ainda efeitos a nível ósseo, com possível papel na diminuição do número de fracturas.

Em relação aos medicamentos anti-diabéticos, tem existido um crescimento de 30% na utilização em Portugal, entre 2000 a 2007, sendo que 87,4% dos diabéticos, tomam antidiabéticos orais.

Os medicamentos anti-diabéticos têm efeitos potenciais a nível do osso. Os mais documentados são o aumento do risco de fractura pelas tiazolidinonas (rosiglitazona e a pioglitazona), estando mesmo descritas como causa de osteoporose secundária. Os doentes sob insulina, parecem ter também um risco aumentado de fracturas, mas o mecanismo é ainda desconhecido.

Os efeitos adversos ou potenciais destas duas classes de medicamentos, devem assim ser tidas em conta quando é feita a prescrição destes fármacos, em doentes com patologia reumatológica prévia.

12h00-13h10: Simpósio

13h10: Almoço**14h10-14h30: «Um café junto dos Stands da Indústria farmacêutica»****Discussão de Posters (2ª parte)****14h30m-15h00: Actualidade em Reumatologia**

Presidente: Luís Maurício

Moderador: Cláudia Vaz

INFLUÊNCIA NA PRÁTICA CLÍNICA DOS NOVOS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DA ARTRITE REUMATÓIDE

Paulo Clemente Coelho

Instituto Português de Reumatologia, Lisboa, Portugal

Foram publicados em 2010 os novos critérios de classificação da Artrite Reumatóide (AR) resultado de um trabalho conjunto entre a Liga Europeia Contra o Reumatismo (EULAR) e o Colégio Americano de Reumatologia (ACR). Esta publicação, apesar de ter como intenção primária uma definição mais ajustada de critérios de classificação para aplicar em estudos de investigação, nomeadamente para obviar à inexistência de uma definição de «AR precoce», merece da parte dos reumatologistas uma reflexão no sentido do enquadramento dos seus conceitos na prática clínica diária e na perspectiva de que cada avanço no conhecimento e definição da doença poderá ter resultados práticos na avaliação e seguimento de uma doença potencialmente destrutiva e invalidade como a AR.

Nos novos critérios EULAR/ACR, são quatro as áreas de componente diagnóstica que contribuem para a ponderação classificativa da doença, a saber:

- O envolvimento articular (tipo e número de articulações)
- A duração da artrite
- Os factores reumatóides e os anticorpos anti-CCP (nomeadamente o nível da sua titulação)
- Os parâmetros de fase aguda (VS e PCR)

Um aspecto interessante desta nova abordagem de classificação é a não inclusão das alterações erosivas articulares no algoritmo, não estando em causa a relevância e grande especificidade das erosões articulares para o diagnóstico de AR, mas antes o assumir-se que todos os esforços devem ser colocados numa abordagem precoce e eficaz da doença que permita precisamente evitar a própria destruição articular. Assim, a erosão articular, tão típica da AR não controlada, deve tornar-se em si mesmo o «alvo a abater» e não ser vista como «um instrumento» para a decisão diagnóstica atempada

da da doença. Nestes novos critérios de classificação EULAR / ACR o peso anteriormente dado pelos critérios ACR de 1987 às alterações radiológicas articulares é substituído pela maior relevância dada às alterações serológicas, nomeadamente aos anticorpos anti-CCP. Na mesma linha de raciocínio, não é valorizada a «simetria» do envolvimento articular, dado que esta pode caracterizar uma doença já com um tempo «excessivo» de duração, colocando-se antes a atenção na simples existência de sinovite, mesmo que esta atinja apenas uma articulação.

A existência destes novos critérios de classificação não retira qualquer tipo de capacidade ou independência diagnóstica ao médico assistente do doente com AR. Na verdade, o seu objectivo principal de classificação, faz com que os mesmos visem a uniformidade de grupos de doentes passíveis de serem integrados em estudos que abordem esta doença, reforçando o critério da especificidade, mantendo uma elevada sensibilidade. No entanto, na clínica diária e no doente individual, a simples aplicação rígida de critérios classificativos ou diagnósticos pode levar a erros ou omissões. Conforme os autores dos novos critérios de classificação EULAR / ACR também salientam, nenhum grupo de critérios ou tipo de algoritmo pode substituir a importância da abordagem clínica individual, nomeadamente no diagnóstico diferencial da AR com outro tipo de artrites que numa fase inicial podem assemelhar-se e mesmo cumprir os critérios classificativos recentemente publicados. Da mesma forma, estes novos critérios de classificação na sua integração ponderada aplicada à clínica diária podem ser um meio de abordagem precoce de doentes com AR que, atendendo à aplicação dos antigos critérios, ficariam classificados por um longo e excessivo período de tempo como artrite indiferenciada, facto que poderia retardar uma terapêutica «anti-erosiva» atempada.

É provável que, no futuro, este conjunto de critérios possam evoluir integrando o contributo de métodos de imagem de detecção precoce do envolvimento articular, como a Ressonância Nuclear Magnética e Ecografia, para uma maior objectividade da classificação, e eventualmente do diagnóstico, da AR.

Referências

Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, e col.. The 2010 ACR-EULAR classification criteria for rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2010 Sep;69(9):1580-8.

15h00-16h30: CURSO MONOTEMÁTICO «João Figueirinhas»

Tema: Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica – do diagnóstico à terapêutica

Presidente: Eugénio de Miguel

Moderador: Margarida Silva; Júlia Ferreira

NOVAS ORIENTAÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO DAS ESPONDILARTRITES

Pedro Machado

Hospitais da Universidade de Coimbra e Leiden

University Medical Center

Tradicionalmente, o termo espondilartrite refere-se a um grupo heterogéneo de doenças que partilham características genéticas, clínicas e imagiológicas. O termo engloba a espondilite anquilosante (EA), a artrite/espondilartrite associada a psoríase, doença inflamatória intestinal ou pós-infecciosa (artrite reactiva) e as espondilartrites indiferenciadas. Este conceito evoluiu recentemente para uma nomenclatura de acordo com as características clínicas dominantes: espondilartrite axial ou periférica.

A EA é o principal representante das espondilartrites. Trata-se de doença reumática crónica caracterizada por lombalgia inflamatória, limitação da mobilidade axial e sacroilíte radiológica. O atraso diagnóstico na EA é frequentemente de vários anos. O principal motivo para este atraso diagnóstico é o aparecimento tardio de sacroilíte definitiva na radiografia convencional. Nos últimos anos têm sido desenvolvidos esforços com o intuito de melhorar a capacidade diagnóstica e propiciar um diagnóstico precoce das espondilartrites. Muitos desses esforços foram realizados sob os auspícios do grupo ASAS (*Assessment of SpondyloArthritis International Society*).

A ressonância magnética nuclear (RM) permite visualizar precocemente a presença de sacroilíte em doentes com sintomas típicos de EA, isto é, em doentes com queixas de lombalgia inflamatória sem alterações radiográficas definitivas nas articulações sacroilíacas. A RM tornou-se, por isso, uma ferramenta diagnóstica fundamental neste subgrupo de doentes, também designado de doentes com espondilartrite axial não-radiográfica.

Desde há longa data que é reconhecido que todos os subgrupos pertencentes ao espectro das espondilartrites têm em comum a agregação familiar, estando associados à presença de HLA-B27 (*Human Leukocyte Antigen-B27*).

Tanto a presença de HLA-B27 como a presença

de sacroilíte na RM têm um papel preponderante no novo algoritmo diagnóstico e nos novos critérios de classificação para espondilartrites axiais propostos pelo grupo ASAS. Recentemente, o grupo ASAS desenvolveu também novos critérios de classificação para as espondilartrites periféricas - o subgrupo em que dominam os sintomas periféricos como artrite, entesite e dactilite.

Os novos critérios de classificação ASAS para espondilartrites axiais irão facilitar a realização de ensaios clínicos em doentes com espondilartrite inicial e irão contribuir para um diagnóstico precoce das espondilartrites axiais. Os novos critérios ASAS de classificação das espondilartrites periféricas parecem reflectir mais fielmente este conceito de doença periférica. No entanto, os novos critérios de classificação não deverão ser confundidos com critérios de diagnóstico, apesar da sua utilidade clínica prática. Os novos critérios de classificação têm ainda o potencial para preencher importantes lacunas diagnósticas e terapêuticas neste grupo de doentes.

PAPEL DA ECOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO E SEGUIMENTO DAS ESPONDILARTRITES

Eugénio de Miguel

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

La ecografía En las espondiloartritis, la ecografía ha comenzado a utilizarse y validarse en los últimos años. Hay tres áreas fundamentales en las que la ecografía puede ayudar al clínico: a) valoración de la presencia y grado de actividad de la artritis, b) valoración de la entesis y c) valoración de las articulaciones sacroilíacas.

Artritis periférica

En el estudio de la presencia o ausencia y cuantificación de la sinovitis en los pacientes con espondiloartritis el abordaje y valoración es idéntico al que se realiza en otras enfermedades con sinovitis inflamatorias. Existe amplia experiencia tanto en campos como el diagnóstico como en el de cuantificación de la actividad inflamatoria o respuesta al tratamiento. En lo que respecta a la valoración y validez de la inflamación sinovial en distintas articulaciones las principales evidencias aparecen publicadas en el resumen de de la reunión de OMERACT 8.

Entesitis

La inflamación de la entesis es una de las lesiones

anatomoclínicas característica de las espondiloartropatías. La entesis es el tejido de unión entre tendones, ligamentos, fascias o cápsulas articulares con el hueso. La ecografía ha demostrado tener una sensibilidad y una especificidad muy superior a la exploración clínica en múltiples trabajos. OMERACT ha definido la entesopatía como una (alteración hipoeoica (pérdida de la arquitectura fibrilar normal) y/o engrosamiento del ligamento o tendón en su inserción ósea (que puede contener ocasionalmente focos hiperecoicos sugestivos de calcificaciones), vistos en dos planos perpendiculares, y que puede mostrar o no señal Doppler y/o cambios óseos incluyendo entesofitos, erosiones o irregularidades. Esta definición incluye las lesiones elementales que hay que buscar en la entesis y que nos permiten conocer que acontece en nuestro paciente.

En el campo de la entesis es donde se está avanzando en estos últimos años en campos como el

diagnóstico y el diagnóstico precoz de la enfermedad. Existen diversos trabajos que han demostrado la superior precisión y validez de la ecografía frente a la exploración clínica, la fiabilidad de la técnica, la importancia del Doppler para la valoración de la enfermedad o su validez en el diagnóstico precoz de la enfermedad. En el presente año se han comenzado a publicar trabajos sobre como la ecografía puede profundizar hasta la lesión anatomoclínica del fibrocartilago de transición entre tejido colágeno y hueso en la entesis o sobre la sensibilidad al cambio de la ecografía de entesis en la respuesta al tratamiento. Todos ellos nuevos campos que nos permitirán progresar en el conocimiento en los próximos años con importantes implicaciones clínicas.

Sacroileitis

Existen todavía pocas publicaciones que validen la exploración de las articulaciones sacroiliacas me-



Figura 1

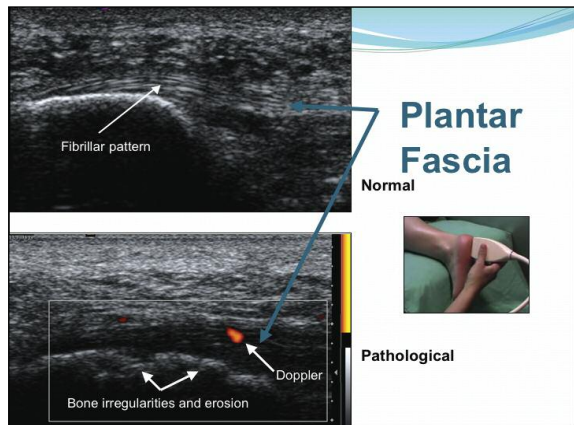


Figura 2



Figura 3

MASEI

Table II: Madrid Sonographic Enthesis Index (MASEI)

Fascia plantar	
• Estructura	(0 or 1)
• Grosor >4 mm	(0 or 1)
• Erosion	(0 or 3)
• Calcificación	(0, 1, 2 or 3)
• Power-Doppler	(0 or 3)
Tendón de Aquiles	
• Estructura	(0 or 1)
• Grosor >5.29 mm	(0 or 1)
• Bursitis retrocalcanea	(0 or 1)
• Erosion	(0 or 3)
• Calcificación	(0, 1, 2 or 3)
• Power-Doppler	(0 or 3)
Tendón rotulano distal	
• Estructura	(0 or 1)
• Grosor >4 mm	(0 or 1)
• Bursitis	(0 or 1)
• Erosion	(0 or 3)
• Calcificación	(0, 1, 2 or 3)
• Power-Doppler	(0 or 3)
Tendón rotulano proximal	
• Estructura	(0 or 1)
• Grosor >4 mm	(0 or 1)
• Erosion	(0 or 3)
• Calcificación	(0, 1, 2 or 3)
• Power-Doppler	(0 or 3)
Tendón del cuádriceps	
• Estructura	(0 or 1)
• Grosor >6.1 mm	(0 or 1)
• Erosion	(0 or 3)
• Calcificación	(0, 1, 2 or 3)
• Power-Doppler	(0 or 3)
Tendón del tríceps distal	
• Estructura	(0 or 1)
• Grosor >4.3 mm	(0 or 1)
• Erosion	(0 or 3)
• Calcificación	(0, 1, 2 or 3)
• Power-Doppler	(0 or 3)
Puntuación máxima 136	

De Miguel et al. Ann Rheum Dis 2009;68:169-74.

Figura 4

diante ecografia, pero las que indican que la ecografía parece una técnica válida en la exploración de sacroilíacas. La ecografía de sacroilíacas permite explorar toda la zona posterior de la articulación desde su porción cefálica hasta su parte caudal distal al segundo agujero sacro. En dicha exploración se pueden observar los contornos óseos y es fundamental documentar la presencia de señal Doppler, que hay que diferenciar del flujo vascular normal de las arterias perforantes sacras que están en la vecindad. Existen diversos trabajos preliminares frente a resonancia magnética y frente a exploración clínica.

Bibliografía

1. Alcalde M et al. A Sonographic Enthesitic Index of lower limbs is a valuable tool in the assessment of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2007; 66:1015-9.
2. Aydin SZ et al. Validation of ultrasound imaging for Achilles enthesal fibrocartilage in bovines and description of changes in humans with Spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2010 Aug 19. [Epub ahead of print].
3. Balint PV et al. Ultrasonography of enthesal insertions in the lower limb in spondyloarthropathy. *Ann Rheum Dis* 2002;61:905-10.
4. D'Agostino MA et al. Assessment of peripheral enthesitis in the spondyloarthropathies by ultrasonography combined with power Doppler. A cross-sectional study. *Arthritis Rheum* 2003;48:523-33.
5. De Miguel E et al. Validity of enthesal ultrasound assessment in spondyloarthropathy. *Ann Rheum Dis* 2009;68:169-74.
6. De Miguel E et al. Diagnostic Accuracy of Enthesis Ultrasound in the Diagnosis of Early Spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2010. [Epub ahead of print]
7. Filippucci E et al. Reliability of high-resolution ultrasonography in the assessment of Achilles tendon enthesopathy in seronegative spondyloarthropathies. *Ann Rheum Dis*. 2009 Dec;68(12):1850-5.
8. Klauser A et al. Inflammatory low back pain: high negative predictive value of contrast-enhanced color Doppler ultrasound in the detection of inflamed sacroiliac joints. *Arthritis Rheum* 2005; 53:440-4.
9. Klauser AS et al. Feasibility of second-generation ultrasound contrast media in the detection of active sacroiliitis. *Arthritis Rheum*. 2009 Jul 15;61(7): 909-16.
10. Muñoz-Fernández S et al. Enthesis Inflammation in Recurrent Acute Anterior Uveitis without Spondyloarthritis. *Arthritis Rheum* 2009; 60:1985-1990.
11. Wakefield RJ, Balint PV, Szkudlarek M, Filippucci E, Backhaus M, D'Agostino MA, et al. OMERACT 7 Special Interest Group. *J Rheumatol* 2005; 32: 2485-7.

TRATAMENTO SINTOMÁTICO – QUE OPÇÕES?

Anabela Barcelos

TERAPÊUTICA MODIFICADORA DAS ESPONDILARTRITES AXIAIS E PERIFÉRICAS – QUE EVIDÊNCIA?

Helena Santos

Reumatologista do Instituto Português de Reumatologia

As Espondilartrites (SpA), constituem em grupo de doenças reumáticas inflamatórias crónicas que partilham um conjunto de características genéticas, clínicas e fisiopatológicas. No entanto, a Espondilite Anquilosante (EA) e a Artrite Psoriásica (AP), as formas mais comuns deste grupo de doenças, também podem ser muito diferentes: a primeira envolvendo sobretudo a coluna vertebral e a segunda caracterizada por uma artrite periférica.

A modificação da doença tem como objectivo a melhoria dos sintomas e a preservação da função, pelo que a inibição do dano estrutural causado pela doença parece ser essencial. O dano estrutural na EA é determinado sobretudo pela formação de osso «de novo», que pode resultar na anquilose completa ou incompleta da coluna vertebral. As alterações erosivas podem ocorrer mas têm pouca influência a longo prazo na função e mobilidade da coluna vertebral.

Actualmente existem sobretudo dois tipos de fármacos eficazes no controlo da inflamação: os anti-inflamatórios não esteróides (AINE) e os inibidores do TNF α (anti-TNF α).

Os AINE são muito eficazes no controlo dos sinais e sintomas da EA e a sua toma continuada parece reduzir a progressão radiográfica (redução do aparecimento sindesmófitos), tendo assim um papel na modificação da progressão estrutural. No entanto, não está esclarecido se esse efeito é através da acção anti-inflamatória ou através da inibição dos osteoblastos, que também estão sob o controlo das prostaglandinas.

Os anti-TNF α são fármacos muito eficazes na supressão da inflamação nas SpA, nomeadamente na EA. Para desapontamento geral, os 3 fármacos aprovados desde há vários anos (adalimumab, etanercept, infliximab), não parecem ter qualquer efeito no atraso da progressão radiográfica aos dois anos. Já na AP, além do controlo sintomático, estes fármacos parecem prevenir as erosões das articulações periféricas e como tal serem considerados modificadores de doença.

Estes resultados levaram a que as linhas de investigação fossem orientadas para perceber se, nas SpA, a inflamação e a formação óssea estão interligadas ou se serão processos independentes. Os mecanismos moleculares do processo de forma-

ção óssea nas SpA têm sido assim uma área de grande desenvolvimento nos últimos anos, no sentido de se desenvolverem estratégias adicionais de inibição da anquilose óssea. Alguns dos mecanismos estudados incluem as vias de sinalização BMP (*bone morphogenic proteins*) e Wnt.

No futuro será necessário clarificar se o dano estrutural pode ser prevenido com o tratamento mais precoce e eficaz da inflamação ou se a inibição da formação óssea terá que ser um alvo adicional, para além da inflamação.

FORMAS EVOLUÍDAS E COMPLICAÇÕES TARDIAS – O QUE FAZER?

FM Pimentel-Santos

CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

IBB/CGB, UTAD

Serviço de Reumatologia do CHLO, Hospital de Egas Moniz

As formas evoluídas e as complicações tardias que continuam a ocorrer nas espondilartrites representam, no século XXI, uma nota de insucesso na abordagem destes doentes. Insucesso no estabelecimento do diagnóstico, no manuseio das diferentes terapêuticas, na interacção entre profissionais de saúde, na interacção entre profissionais de saúde o próprio doente ou pela ausência de métodos de diagnóstico e/ou terapêuticos adequados.

Minimizar a dor, minimizar a incapacidade e promover a manutenção da qualidade de vida devem constituir os objectivos não só dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento destes doentes mas também dos próprios doentes. Estes objectivos deverão, assim, orientar a intervenção médica independentemente do estágio evolutivo da doença.

A recente alteração dos critérios de diagnóstico veio possibilitar uma intervenção mais atempada e eventualmente mais eficaz. Paralelamente o melhor manuseio dos fármacos tradicionais, a introdução dos fármacos biotecnológicos anti-TNF α e o surgir de outros, com mecanismos de acção diferente, a par da evolução das técnicas cirúrgicas poderá motivar uma modificação real do espectro clínico destas doenças. Os avanços da terapêutica registados não obviam porém a que surjam alguns casos de situações de grande deformidade com rigidez total o que condiciona importante repercussão em termos pessoais (nas actividades do dia-a-dia, na vida de relação) e sociais (diminuição da produtividade, absentismo, reformas antecipadas). A colocação de próteses totais em articula-

ções periféricas e as osteotomias em cunha da coluna poderão neste casos determinar ganhos significativos da qualidade de vida. À diminuição da mobilidade e às posturas viciosas, acrescentam-se os riscos aumentados para fracturas e complicações neurológicas.

As fracturas, complicações relativamente frequentes, que ocorrem muitas vezes após traumas de baixa energia, tendem a ser instáveis tendo risco elevado de complicações neurológicas. Os síndromas cauda equina, de forma isolada, tendem pelo contrário a ser raros, mesmo nas situações evoluídas. Existem porém poucos estudos que se centrem na abordagem terapêutica, estado neurológico e complicações dos indivíduos com anquilose total da coluna. Ao longo da exposição, será abordado de forma exemplificativa um caso clínico de anquilose total sendo a propósito discutidas as diferentes manifestações e implicações deste compromisso bem como as diferentes abordagens terapêuticas efectuadas e resultados alcançados.

16h30-16h45: Coffee break

16h45-17h45: Curso Teórico-Prático – Exames laboratoriais e doença reumática

Presidente: João Ramos

Moderador: Guilherme Figueiredo

HEMOGRAMA, VS, PCR, MARCADORES DE FASE AGUDA

Vera Las

Instituto Português de Reumatologia, Lisboa, Portugal

Serão abordados nesta comunicação os múltiplos métodos analíticos de detecção da fase aguda do processo inflamatório.

Desde as alterações típicas do hemograma, da série vermelha com a citação sobre a frequente anemia inflamatória ou multifactorial, passando pelos leucócitos com as suas diversas alterações, até às alterações trombocitárias.

Comentar-se-á sobre as diversas proteínas de fase aguda, com ênfase sobre a PCR e a VS, com considerações sobre a sua origem e as suas variações, dependendo da etiologia patogénica de cada caso, e do interesse da viabilidade da sua execução.

AUTO-ANTICORPOS – IMPORTÂNCIA PARA O DIAGNÓSTICO

Manuela Parente

TIPAGEM HLA E TASSO – VALOR PRÁTICO

J Vaz Patto, Lima Faleiro

OUTROS EXAMES LABORATORIAIS

Rui Leitão

Reumatologista, IPR

Na plenitude da variedade das doenças de que se ocupa, a Reumatologia é uma especialidade essencialmente clínica em que avultam, pela sua importância, a distribuição das queixas e a forma de início, os sintomas acompanhantes e uma variedade de sinais clínicos específicos de órgão. São muitas vezes quadros clínicos complexos de cujo conhecimento aprofundado depende a capacidade de exercício da especialidade. Os exames complementares, pretendidos como elementos facilitadores do diagnóstico, têm visto esse potencial papel mitigado por elevada inespecificidade e algum desfasamento temporal em relação a muitos quadros clínicos. Estes factos geraram uma série de ideias erradas acerca da utilização de certos exames laboratoriais no estudo das doenças músculo-esqueléticas, que mais do que ajudar a prática clínica, a têm prejudicado. São algumas dessas ideias erradas que se pretendem clarificar com esta comunicação. De relevante avulta ainda o facto de podermos estar à beira de dispor de uma nova forma de utilizar os parâmetros séricos no diagnóstico das afecções. Isto implica a sua determinação não de forma pontual mas contínua. A análise dos resultados oferece uma visão dinâmica do comportamento destes marcadores, a qual pode ter implicações profundas no conhecimento do risco em saudáveis e na melhor orientação terapêutica e definição do prognóstico em portadores das afecções. Alguns exemplos serão descritos.

17h45: Concurso – Imagens (*slides*) em Reumatologia

Júri-coordenador: Lopes Courinha

18h00: Entrega de prémios (concurso de *slides*; comunicações livres e *posters*) e encerramento das Jornadas



**COMUNICACÕES
LIVRES/POSTERS**

COMUNICAÇÕES LIVRES/POSTERS

CLP1 – UM DOENTE «ENDÓCRINO-METABÓLICO» NA CONSULTA DE REUMATOLOGIA - UM CASO CLÍNICOEurico Oliveira¹, Eugénia Simões¹,
Helena Madeira¹

1. IPR

Introdução: Os síndromes poliglandulares auto-imunes (SPA) constituem um grupo heterogéneo de patologias em que há atingimento de glândulas endócrinas por mecanismos de auto-imunidade. Apresentam causa multifactorial e caracterizam-se pela destruição glandular progressiva, com consequente hipoprodução hormonal, e, em estádios mais avançados, doença clínica.

Caso Clínico: A este propósito apresentamos um caso clínico de um doente do sexo masculino, caucasiano, de 63 anos de idade, que recorre à consulta de Reumatologia do IPR referenciado pelo seu médico de família por osteoporose fracturária. Apresentava antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 (diagnosticado aos 14 anos de idade), hipercolesterolemia e priapismo. Estava medicado em ambulatório com insulina Insuman® Comb 25, ácido alendrónico, ácido acetilsalicílico e pravastatina. Apresentava antecedentes familiares irrelevantes.

O exame físico revelou um doente obeso, com fragilidade cutânea e com mixedema; restante sem alterações. O doente referia ainda queixas de fadiga, sonolência e intolerância ao frio. Suspeitou-se de um quadro de hipotireoidismo e foram pedidas análises. Estas revelaram glicémia em jejum=245 mg/dL, TSH=13,3 mIU/L, T4 livre=4,0 pmol/L; T3 livre=2,2 pmol/L. Confirmou-se assim o diagnóstico de hipotireoidismo e o doente iniciou terapêutica com levotiroxina 0,25ug/dia. Equacionou-se a possibilidade de se tratar de um SPA e foram pedidos doseamentos hormonais complementares, assim como de auto-anticorpos (anticorpos anti-tiroglobulina, anti-peroxidase), cuja positividade possibilitou o diagnóstico de SPA tipo IIIa. Em termos de doseamentos de hormonas sexuais apresentava diminuição da testosterona, compatível com hipogonadismo.

Conclusão: O síndrome poliglandular auto-imune tipo IIIa cursa tipicamente com tiroidite auto-imune e diabetes mellitus tipo 1. Em casos mais raros,

tal como no presente doente, pode coexistir com doença celíaca, hipogonadismo, miastenia gravis e/ou vitiligo. Distingue-se dos SPA tipo I e tipo II pelo não atingimento da glândula supra-renal. Apesar do seu desenvolvimento indolente, o clínico deve estar alerta para os sinais de défices hormonais e ter sempre um grande índice de suspeição, necessário para o diagnóstico deste tipo de patologias.

CLP2 – REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NA PATOLOGIA REUMÁTICAFilipa Januário¹, Carla Amaral¹

1. Serviço de Medicina Física e de Reabilitação dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A reabilitação respiratória é caracterizada por um conjunto de atitudes multidimensionais onde se incluem as técnicas de higiene brônquica, a reeducação funcional respiratória e o condicionamento ao esforço. Inúmeras patologias reumáticas e alguns dos fármacos usados no seu controlo afectam o sistema cardio-respiratório, podendo haver benefício com um programa de reabilitação respiratória individualizado. O objectivo deste trabalho é conhecer a evidência da reabilitação respiratória na patologia reumática.

Material e Métodos: Efectuou-se uma revisão de literatura que usou como fontes de pesquisa as bases de dados da PubMed e ScienceDirect para busca de artigos publicados. Esta revisão foi complementada pela consulta de alguns livros.

Resultados: Da pesquisa efectuada seleccionaram-se cerca de 20 artigos e 2 livros, tendo em conta o tema deste trabalho.

Discussão: A reabilitação respiratória é essencial em doentes com patologia reumática, devendo incluir reeducação respiratória, treino aeróbio e fortalecimento muscular. Há evidência que o exercício tem efeitos anti-inflamatórios na Artrite Reumatóide (AR). Vários estudos demonstraram que a AR, a Dermatomiosite/Polimiosite (DM/PM) e o Lúpus Eritematoso Sistémico beneficiam com o treino aeróbio, sem ocorrer agravamento da doença. Na DM/PM pode ocorrer insuficiência respira-

tória secundária ao défice de força dos músculos respiratórios, que poderá ser prevenida/tratada com a reabilitação respiratória. No caso da espondilite anquilosante (EA) existem alterações anatómicas que condicionam uma alteração ventilatória restritiva. Também a osteoporose causa alterações anatómicas, como hipercurvatura dorsal. Estas 2 patologias beneficiam de técnicas de reeducação funcional, como movimentos de expansão pulmonar, e da prevenção e correção de alterações músculo-esqueléticas através de técnicas cinesiológicas. Além destas terapêuticas, estudos demonstraram que a realização de exercício em doentes com EA condiciona uma melhoria da dor, do teste de marcha, da expansão torácica e também da função pulmonar. Uma manifestação frequente de diversas doenças reumatológicas é a fibrose pulmonar. Estudos com um programa que incluía treino aeróbico e fortalecimento muscular em doentes com fibrose pulmonar indicam que, apesar de não haver melhoria da função pulmonar, há uma melhoria da dispneia, teste de marcha e qualidade de vida destes doentes. Por outro lado, doenças como o Síndrome de Sjogren ou AR, ou a própria terapêutica biológica, podem condicionar maior susceptibilidade a infecções respiratórias, beneficiando de cinesiterapia respiratória.

Conclusão: A reabilitação respiratória é uma importante terapêutica que apresenta uma boa relação custo-benefício e melhora a qualidade de vida dos doentes.

CLP3 – CASO CLÍNICO: NEUROBEHÇET

Raquel Roque¹, Nadine Ferreira², João Coimbra², Pedro Gonçalves¹, Paula Breia², Canas da Silva¹

1. Hospital Garcia de Orta (Reumatologia)

2. Hospital Garcia de Orta (Neurologia)

Introdução: A Doença de Behçet é uma doença inflamatória crónica, rara, com envolvimento multisistémico, cuja a causa é desconhecida. As manifestações clínicas são variadas, mas o envolvimento mucocutâneo com aftose oral e genital é muito frequente, o sistema nervoso central pode ser afetado (NeuroBehçet) mais raramente em cerca de 5 a 30 % dos casos. O tratamento deve ser precoce e a escolha terapêutica depende das manifestações clínicas e da sua gravidade.

Material e Métodos: (Caso Clínico) Os autores descrevem o caso clínico de uma doente do sexo feminino, 43 anos, raça negra. Com antecedentes

personais de hábitos tabágicos de cerca de 20 UMA desde os 25 anos. A doente referia desde os 25 anos episódios recorrentes de aftas orais e genitais, por vezes associados a lesões cutâneas de pseudofoliculite e provável eritema nodoso, nunca recorreu ao médico e estas manifestações regrediam espontaneamente sem fármacos. Posteriormente inicia cefaleia em crescendo fronto-temporo-occipital e hemiparésia esquerda que duraram alguns dias e regrediram. No entanto, alguns meses depois é internada no Serviço de Neurologia por quadro de cefaleia fronto-occipital de novo, muito intensa, não pulsátil, a que se associam disartria, diplopia, desequilíbrio da marcha e hemiparesia esquerda grau (4+). O Teste de Patergia foi positivo.

Resultados: Dos exames complementares de diagnóstico destacam-se discreta anemia normocrómica e aumento de VS, o estudo do líquido (LCR) revelou pleiocitose consistente com meningite asséptica e o despiste de bandas oligoclonais no LCR e soro foi negativo. A Ressonância magnética craniana revelou hipersinal difuso envolvendo o tronco cerebral, mesencefalo e protuberância.

Conclusão: Tendo em conta a história clínica e exames efectuados chegou-se ao diagnóstico definitivo de NeuroBehçet. A doente foi medicada com Corticóides, Ciclofosfamida, Cálcio e Vitamina D. Mantém-se em seguimento nas Consultas de Reumatologia e Neurologia, estando melhorada clínica e laboratorialmente. Apresentamos este caso, por se tratar de uma patologia rara e cujo tratamento é essencial para melhor o prognóstico do doente.

CLP4 – HIDROGINÁSTICA COMO PREVENÇÃO DA FRATURA EM IDOSOS SEDENTÁRIOS E ATIVOS COM DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSE: UM ESTUDO EM UM ESPAÇO DE EXERCÍCIOS E REABILITAÇÃO PSICOMOTORA EM BELO HORIZONTE (MG) BRASIL

Wilke, Nathália¹, Duarte, Poliana¹, Souto, Bruno², Moura, Elaine³

1. UNIBH & Universidade de Évora

2. UNIBH

3. UFJF & Universidade de Évora

Verifica-se atualmente um aumento na expectativa de vida da população e concomitante a este fato verifica-se também o aumento da incidência e a prevalência do diagnóstico de osteoporose em idosos por clínicas médicas no Brasil. De uma forma geral não existem evidências de que a hidroginástica afaste os efeitos deletérios da osteoporose, po-

rém existem evidências médicas que a prática de hidroginástica pode melhorar o quadro em idosos portadores de tal doença. Nesse sentido o nosso objetivo foi verificar o efeito da prática de exercícios de hidroginástica no período de 6 meses em idosos com diagnóstico médico de osteoporose confrontando diretamente com diagnosticados pela mesma clinica médica porém sedentários. A amostra foi composta por 30 indivíduos idosos com média de idade de $64,2 \pm 3,1$ anos. Os indivíduos foram divididos em dois grupos, um grupo controle GC (15 casais) e um grupo experimental GE (15 casais). Todos os voluntários foram submetidos a um exame médico clinico e diagnosticados com osteoporose e autorizados a prática de atividade física de baixa intensidade. Como sugestão médica constatou-se 15 indivíduos que não optaram por praticar exercícios físicos regular concomitante aos 15 indivíduos ativos praticantes de um programa de hidroginástica no período de 6 meses. Verificou-se que o grupo experimental após um novo exame médico obteve resultados positivos (não avanço da patologia, não obteve fraturas e maior condicionamento físico) em comparação ao grupo controle, o que corrobora com estudos similares. Sendo assim, verifica-se que a prática de exercício físico de baixa intensidade orientada por profissionais é um dos recursos para potencializar a qualidade de vida em idosos com osteoporose.

Palavras-chave: Osteoporose; Hidroginástica; Sedentarismo; Idosos.

CLP5 – INFLUÊNCIA DA PERCEÇÃO DOS DOENTES NA PRÁTICA CLÍNICA: PERFIL DE HUMOR PERANTE A INTERVENÇÃO DE EDUCADORES FÍSICOS EM EXERCÍCIOS DE BAIXA INTENSIDADE E CURTA DURAÇÃO
Wilke, Nathália¹, Souto, Bruno², Duarte, Poliana¹, Helena Madeira³

1. UNIBH & Universidade de Évora
2. UNIBH
3. UFJF & Universidade de Évora

Entende-se que a relação médico-paciente é parte constituinte do cotidiano de diversos profissionais. Em busca de evitar uma abordagem idealista ou meramente afetiva desta questão, é de extrema relevância investigar como ela está relacionada ao conhecimento de médicos e educadores físicos e também à relação geral o perfil de humor dos pacientes em relação ao trabalho multidisciplinar da área de saúde. Neste sentido, sugere-se uma prati-

ca multidisciplinar em busca de uma qualidade de vida nos indivíduos doentes e saudáveis. O objetivo do presente estudo foi verificar o perfil de humor em indivíduos doentes perante a intervenção de educadores físicos concomitante a uma equipe multidisciplinar ao realizar exercícios monitorados e não por (personal Trainer), estes de baixa intensidade e curta duração. A amostra foi composta por 20 indivíduos de ambos os sexos com média de idade de $35,1 \pm 2,1$ anos. Os indivíduos foram divididos em dois grupos, um grupo controle GC (10 casais) e um grupo experimental GE (10 casais). Dentre os exercícios que os indivíduos foram submetidos, explicitamos os que possuem como característica os de baixa intensidade e curta duração. O grupo GC foi submetido a exercícios em academias convencionais no qual estavam livremente na academia. O grupo GE foi submetido a exercícios no mesmo espaço perante o acompanhamento integral de um *personal trainer*. Antes e após a prática de uma hora e meia de exercícios foi avaliado o perfil de humor dos mesmos através do questionário POMS. O estudo foi feito durante o período de uma semana de exercícios em um «espaço de exercícios e reabilitação psicomotora» concomitante ao apoio de médicos, fisioterapeutas e psicólogos em um período de prática clinica, logo um trabalho de caráter multidisciplinar. Verificou-se que o grupo experimental antes e após a aplicação do questionário obteve opiniões significativas durante a prática de atividade física nas seguintes variáveis (cansado, alegre, animado e eficaz). Em contrapartida o grupo controle, relatou com maior ênfase as seguintes variáveis (exausto, fatigado, sem energia e desanimado). Neste sentido, verifica-se no presente estudo que a prática de exercício físico de baixa intensidade e longa duração orientada por profissionais (*personal trainer*) é um dos recursos para potencializar a pratica de exercícios físicos em indivíduos doentes durante a prática clinica. Onde o perfil de humor dos mesmos demonstra a presença de cansaço, porém o grupo demonstra mais animado, alegre e entusiasmado em busca da saúde.

CLP6 – «DEXA...SERÁ QUE A ESTAMOS A REQUISITAR CORRECTAMENTE?» - UMA PERSPECTIVA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Elizabeth Silva¹, Rita Pereira¹, Carla Cardoso¹, Carla Venâncio¹, Pedro Gomes¹, Pedro Tojeira¹, J. Miguel Conceição¹

1. USF Condeixa

Introdução: A morbi-mortalidade e os elevados custos sócio-económicos associados às fracturas osteoporóticas demonstram a importância da respectiva prevenção com a identificação precoce dos factores de risco (FR) e avaliação do valor de massa óssea através da utilização da densitometria óssea (DEXA) na população com risco elevado documentado evitando os desperdícios económicos desnecessários, numa era em que cada vez mais se fala numa boa gestão e economia dos recursos de saúde.

Este estudo pretende avaliar se a requisição médica de DEXA é realizada segundo as recomendações aprovadas pelas sociedades científicas e autoridades de saúde nacionais.

Material e Métodos: Dimensão estudada: adequação técnico-científica.

População: utentes inscritos na USF Condeixa com registo de requisição de DEXA sem critérios de exclusão – 179 utentes.

Tipo de dados: processo.

Fonte de dados: processo clínico.

Tipo de avaliação: interna (inter-pares).

Tratamento dos dados: Excel 2007.

Relação Temporal: retrospectiva (4 anos – Abril 2005 a Abril 2009).

Critérios de avaliação: Factores de risco *major* e *minor* de osteoporose (OP), idade ao primeiro registo de requisição de DEXA e idade de menopausa (segundo as recomendações da Sociedade Portuguesa de Reumatologia e Direcção-Geral da Saúde). Critérios de exclusão: utentes que à data do primeiro registo de requisição de DEXA se encontravam em tratamento para a osteoporose.

Resultados: Dos 179 utentes com requisição de densitometria óssea, 10 (5.6%) eram do sexo masculino e os restantes 169 (94.4%) do sexo feminino. A média de idades à data do primeiro registo de requisição dos utentes em estudo foi 59.6 anos, com idade mínima de 25 anos e máxima de 85 anos.

Dos utentes do sexo masculino, apenas um (10%) apresentava idade ≥ 70 anos e um (10%) apresentava idade ≥ 50 anos e 2 factores de risco *minor*; os restantes apresentavam idade inferior a 50 anos sem FR *major* ou causas conhecidas de OP secundária. Assim, apenas 20% das requisições em utentes do sexo masculino cumpriram as recomendações.

Dos utentes do sexo feminino (169), 33.1% apresentavam idade ≥ 65 anos; 18.4% tinham idade inferior a 65 anos e encontravam-se na menopausa

dos quais apenas 3% apresentavam um FR *major* e as restantes 15.4% não apresentavam FR; 48.6% das utentes encontravam-se na pré-menopausa das quais apenas 3.6% apresentava um FR *major*. Assim, apenas 39.6% das requisições em utentes do sexo feminino cumpriram as recomendações.

No total da população estudada (179 utentes) apenas 38.5% das requisições de DEXA cumpriu as recomendações.

Discussão e Conclusão: A maioria (61.5%) das densitometrias ósseas requisitadas não cumpriu as recomendações. O que em termos de desperdício de recursos técnicos e económicos se revela um resultado que exige um reflexão cuidada. De realçar que estes resultados poderão dever-se, em parte, à escassez de registos clínicos, no entanto, apenas é possível avaliar o que está registado.

Os resultados obtidos exigem a implantação de medidas correctoras, nomeadamente uma sessão clínica para apresentação e discussão dos resultados, divulgação das recomendações actualmente aprovadas para requisição de densitometria óssea, alertar para a importância dos registos clínicos, uma vez que o que não está registado não existe tornando inexecutável a respectiva avaliação, e alargar o estudo no sentido de avaliar se a repetição de DEXA e o tratamento também seguem as recomendações aprovadas.

CLP7 – CASO CLÍNICO: DOR NA ANCA EM ADULTO JOVEM

Lúgia Silva¹, J.Miguel Bernardes¹, Luzia Sampaio¹, Georgina Terroso¹, José Pinto¹, E.Simões Ventura¹
1. Serviços de Reumatologia do Hospital de São João e Faculdade de Medicina do Porto

Caso clínico: Os autores relatam o caso clínico de um jovem de 32 anos sem antecedentes patológicos pessoais ou familiares relevantes, que aos 31 anos iniciou coxalgia à direita de ritmo mecânico, com agravamento progressivo, e cerca de 6 meses depois, também gonalgia direita e lombalgia. Foi orientado para consulta de Reumatologia, por suspeita de «Espondilartropatia seronegativa». Ao exame objectivo apresentava rotação interna e extensão da articulação coxo-femoral direita limitadas e dolorosas, sem outras alterações (Schober 6 cm, manobras das sacro-iliacas negativas, sem dismetria dos membros, joelhos sem crepitações ou derrame). O estudo analítico (incluindo velocidade de sedimentação, proteína C reactiva, cálcio, fósforo,

fosfatase alcalina, ferritina, paratormona) era normal. A radiografia da bacia mostrou diminuição da interlinha, esclerose subcondral e osteófitos na coxo-femoral e imagem de calcificações peri-capulares, que a RMN descreveu como «muito sugestivas de osteocondromatose primária». Apresentava já «...remodelação do acetábulo e da cabeça femoral com erosões profundas...». O doente foi orientado para consulta de Ortopedia.

Discussão: A osteocondromatose sinovial primária é uma patologia proliferativa benigna da sinovial, com formação de corpos livres cartilágneos intra-articulares, geralmente monoarticular, no joelho ou cotovelo. Predomina no sexo masculino, na quarta década de vida. O diagnóstico precoce pode ser difícil; é uma patologia rara, que cursa com dor de agravamento insidioso, e a radiografia não revela alterações na fase inicial. Neste caso específico, a idade do doente e o local afectado (anca, com repercussão na marcha, e consequente dor lombar e no joelho), podem ter contribuído para o estudo e diagnóstico «mais célere». A RMN é o método de imagem de eleição, já que permite visualizar os corpos livres não calcificados (fase inicial), e planejar a abordagem cirúrgica. O diagnóstico correcto é fundamental, não só para evitar terapêuticas inadequadas, mas também a progressão de osteoartrite, ou, apesar de rara, a transformação maligna em condrossarcoma. Com exérese de todos os corpos livres, sinovectomia, e eventual osteocondroplastia femoro-acetabular, o prognóstico é excelente, mas o índice de recidiva (cerca de 40%) recomenda vigilância clínica.

CLP8 – QUANDO AS FRACTURAS NÃO SE QUEIXAM NA ALTURA CERTA...

Ana Sanches¹, Ana Filipe Pinheiro², Maria Teresa Costa¹, Cristina Galamba¹, Cristina Andrade²

1. UCSP Lapa

2. USF São João Evangelista dos Lóios

Introdução: A osteoporose constitui um grave problema de saúde pública. Uma queda pode resultar em fracturas múltiplas, e o seu prognóstico é tanto melhor quanto mais precocemente identificadas. Este trabalho incide sobre dois casos nos quais houve atraso no diagnóstico de uma fractura após um acidente, por haver queixas sugestivas de fractura noutras localizações. Estes casos permitem reflectir sobre a necessidade de investigação de eventuais fracturas simultâneas em doentes osteoporóticos.

Descrição dos casos: Caso nº1: Doente do sexo feminino, de 80 anos de idade, com antecedentes pessoais de osteoporose sofre uma queda, da qual resulta uma incapacidade na abdução do membro superior esquerdo e dor à mobilização. É confirmada uma fractura do úmero no Serviço de Urgência. Quinze dias após o acidente, recorre ao Centro de Saúde por manutenção das queixas álgicas, incluindo dor à mobilização do punho esquerdo. Realiza então radiografia do punho que revela fractura de Colles esquerda, sendo referenciada para Ortopedia. Excluída a opção cirúrgica, a doente inicia Fisioterapia.

Caso nº2: Doente do sexo feminino, de 73 anos de idade, com antecedentes pessoais de osteoporose, sofre um atropelamento, queixando-se no momento após o acidente de dor à mobilização do segundo dedo da mão esquerda e de omalgia ipsilateral. Recorre ao Serviço de Urgência onde realiza radiografia da mão que não revela fractura. Tem alta medicada com terapêutica analgésica. Quinze dias após o acidente, recorre ao Centro de Saúde por dor no pé direito com agravamento progressivo desde o dia do acidente. É pedida radiografia do pé que revela fractura do 5º metatarso. Uma avaliação subsequente por Ortopedia exclui a opção cirúrgica e é mantida terapêutica analgésica.

Discussão/Conclusão: As duas doentes sofreram fracturas após uma queda, não diagnosticadas na fase aguda (vindo a ser identificadas mais tarde), com compromisso provável da sua recuperação funcional. Estes casos ilustram a importância da história clínica bem como do exame objectivo músculo-esquelético completo na primeira avaliação de um doente após uma queda, tendo como finalidade a identificação de lesões fracturárias cujos sintomas não foram expressos espontaneamente pelo doente

CLP9 – HIPERURICÉMIA E GOTA - FACTOR DE RISCO CARDIOVASCULAR?

Ana Filipe Pinheiro¹, Maria Ana Gaspar², Cristina Andrade¹, Guilherme Ferreira²

1. USF São João Evangelista dos Lóios

2. CS dos Olivais

Introdução: Desde o século XIX que se reconhece uma associação entre hiperuricémia/gota e risco cardiovascular. Múltiplos estudos têm evidenciado a relação entre hiperuricémia e factores de risco ateroscleróticos, tais como, a dislipidémia, a hi-

pertensão arterial, a insulinoresistência, a obesidade, ou seja, ao síndrome metabólico. Existe, portanto, uma clara associação entre hiperuricémia e aumento do risco cardiovascular, no entanto, permanece incerto se esta constitui um factor de risco dependente ou independente.

Alguns estudos têm salientado a importância da determinação do nível de risco cardiovascular de um indivíduo com hiperuricémia, ponderando a hipótese de introdução de tratamento uricosúrico, nomeadamente com alopurinol, de forma mais precoce nos doentes de alto risco.

Objectivo: Efectuar uma revisão de tema baseada na evidência sobre a relação entre hiperuricémia e/ou gota e risco cardiovascular.

Metodologia: Pesquisa na base de dados *Medline*, *The Cochrane Library*, *Dynamed* e *Bandolier*, de artigos de revisão, meta-análises e ensaios clínicos aleatorizados, publicados nos últimos 5 anos, em português e inglês, utilizando os seguintes termos MeSH Database: «gout», «hyperuricemia», «cardiovascular risk», «cardiovascular disease», «metabolic syndrome» e «allopurinol».

Resultados: A hiperuricémia caracteriza-se por níveis de ácido úrico sérico aumentados, com valores superiores a 6mg/dl nas mulheres, e superiores a 7mg/dl nos homens. Geralmente é assintomática, apresentando uma prevalência entre 10-15% na população com idade superior a 40 anos. A hiperuricémia pode ocorrer de forma isolada, encontrando-se associada ao síndrome metabólico em 62% dos casos. Reconhece-se por exemplo que níveis aumentados de ácido úrico sérico têm efeitos lesivos no endotélio vascular, e que a leptina afecta a reabsorção renal de ácido úrico. Como tal, o diagnóstico de hiperuricémia deve levantar a suspeita de coexistência de um potencial síndrome metabólico.

A relação entre hiperuricémia/gota e risco cardiovascular está bem estabelecida, no entanto questiona-se sobre se se trata de um factor de risco independente ou se é resultado, ainda que parcial, da presença combinada de vários marcadores de risco cardiovascular.

Na revisão da literatura, a maioria dos estudos demonstrou uma associação independente entre hiperuricémia/gota e doença cardiovascular. O tratamento da hiperuricémia está actualmente limitado às situações de crises recorrentes de gota, artropatia crónica, presença de tofos gotosos e litíase renal com cálculos de urato. Actualmente, alguns estudos consideram a introdução mais

precoce de uricosúricos, nomeadamente inibidores da xantina-oxidase, em doentes com risco cardiovascular elevado.

Discussão/Conclusão: O diagnóstico de hiperuricémia ou gota deverá levantar a suspeita clínica e levar à investigação da coexistência de síndrome metabólico. Estudos demonstram que nestes doentes a hiperuricémia é um factor de risco cardiovascular independente. Actualmente levanta-se a hipótese da introdução de uricosúricos (inibidores da xantina-oxidase) como terapêutica precoce nestes doentes

CLP10 – SINDROME DE SAPHO: CASO CLÍNICO

Filipa de Freitas¹, Mónica Vieira¹,
Maia de Oliveira¹, Luís Palma¹

1. Hospital de Beja

Introdução: Síndrome de SAPHO (sinovite, acne, pustulose, hiperostose, osteíte) é uma doença inflamatória crónica, com manifestações osteoarticulares e dérmicas. Osteíte é a lesão esquelética mais frequente, enquanto pustulose palmoplantar e o acne são as manifestações cutâneas mais comuns. O diagnóstico é difícil pois o intervalo entre umas lesões e outras é variável, com intervalos até 20 anos. Assim, alto grau de suspeição é necessário para fazer o diagnóstico.

Caso: Mulher, 36 anos de idade, raça caucasiana, com antecedentes pessoais de tuberculose. Recorreu ao nosso hospital, há cerca de 2 anos, por lombalgias com evolução de 3 meses. Efectuou vários exames laboratoriais e imagiológicos, que de positivo realçamos a osteíte no corpo de L5. A biópsia óssea excluiu patologia infecciosa ou tumoral. No *follow-up* teve manifestações cutâneas, na forma de acne na face e tronco. O tratamento foi iniciado com AINE's sem benefício. A adição de ácido alendrónico e clindamicina apesar de obter bons resultados iniciais, estes não foram duradouros. Actualmente, tratada com ácido zolendrónico com remissão dos sintomas.

Discussão: SAPHO é uma doença cónica rara com *cluster* de sintomas que afecta a pele e os ossos. O diagnóstico é clínico e de exclusão, não existem exames laboratoriais que o confirmem. Exames laboratoriais como a PCR e a VS estão normais ou ligeiramente aumentados nas exacerbações da doença. O doente típico tem dor na região do osso afectado. A parede torácica anterior, a raquis e a articulação sacroiliaca são mais comumente afectados.

O prognóstico é bom, é normalmente uma doença autolimitada. Fazer o diagnóstico evita procedimentos invasivos, como as biopsia ósseas, e exames e tratamentos desnecessários.

CLP11 – ANÁLISE DA DESCARGA DE PESO E ALTERAÇÕES DEGENERATIVAS NO JOELHO DE INDIVÍDUOS AMPUTADOS

Elaine Andrade Moura¹, Eduardo José Danza Vicente¹, Jennifer Granja Peixoto¹, Anderson Daibert Amaral², José Marques Júnior¹

1. Universidade Federal de Juiz de Fora

2. Instituto de Posturologia

Introdução: Os indivíduos amputados de membros inferiores apresentam desequilíbrios osteomusculares que podem afetar a sua movimentação e a sua qualidade de vida. Entretanto, o uso da prótese acarreta alterações biomecânicas ao movimento, de tal forma que o membro intacto é sobrecarregado durante as atividades da vida diária. Consequentemente, a sobrecarga nesse membro, pode ocasionar dor e também degenerações articulares, como a osteoartrite (OA) que acomete principalmente as articulações do joelho.

Objetivo: O objetivo desse trabalho é quantificar a descarga de peso durante o apoio unipodal da marcha, em indivíduos com amputações transfemorais ou transtibiais e correlacionar essa descarga com o grau de degeneração articular no joelho do membro intacto.

Material e Métodos: Todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A amostra selecionada foi composta por 12 indivíduos adultos, de ambos os sexos, com idade variando de 19 a 64 anos com amputações transfemorais e transtibiais de membro inferior.

No dia da coleta os indivíduos caminharam sobre o baropodômetro duas vezes, para a análise dos dados no membro protetizado e no membro intacto.

Resultados: A amostra foi composta por 12 indivíduos, sendo que 41,67% eram protetizados após amputações transtibiais e 58,33% indivíduos também protetizados após amputações transfemorais. A idade média foi de 50,33 anos ($\pm 13,62$). A média da superfície de contato no membro intacto foi de 166,56 cm² ($\pm 22,48$) variando de 118,90 a 192,56 cm². No membro amputado, a média de superfície de contato foi de 94,54 cm² ($\pm 24,93$) variando de 65,54 a 146,74 cm². A média da força de conta-

to no membro intacto foi de 460,27Kgf ($\pm 141,11$) variando de 172,35 a 648,64 Kgf. Já no membro amputado, a média da força de contato foi de 362,23 Kgf ($\pm 155,09$) variando de 160,58 a 606,54 Kgf.. No membro intacto, a média da pressão plantar máxima foi de 2,76 Kgf/cm² ($\pm 0,75$) variando de 1,05 a 3,68 Kgf/cm². Já no membro amputado, a média da pressão plantar máxima foi de 3,89 Kgf/cm² ($\pm 1,49$) variando de 1,90 a 6,67 Kgf/cm²

A análise estatística das variáveis estudadas foi feita pelo teste paramétrico t' Student, sendo encontrados os seguintes resultados: p=0,000011 para superfície de contato, p=0,027 para força de contato e p=0,016 para média da pressão plantar máxima. Portanto, os resultados encontrados para todas as variáveis demonstraram diferença estatisticamente significativa (p<0,05).

Discussão: A incidência de dor e sintomas compatíveis com a OA nos joelhos obteve maior incidência no joelho intacto dos indivíduos amputados transfemorais e transtibiais. Diversos estudos descritos por diferentes autores, denotam uma maior predisposição ou incidência de desenvolver osteoartrite de joelho no membro intacto de indivíduos amputados, pela descarga de peso e pelo alinhamento protético inadequado.

Conclusão: Mediante os resultados encontrados, nas condições estudadas, conclui-se que indivíduos com amputações transfemorais e transtibiais apresentam assimetria na descarga de peso durante a marcha, ocorrendo uma maior descarga no membro intacto na maioria dos indivíduos.

CLP12 – OLIGOARTRITE – UM CASO CLÍNICO

João Rovisco¹, Tânia Santiago¹, Cátia Duarte¹, Jorge Silva¹, M J Salvador¹, J A P Silva¹

1. Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica de origem desconhecida. O espectro clínico abrangente, assim como as alterações analíticas associadas a esta patologia como a presença de anticorpos antinucleares (ANA), factor reumatóide (FR), hipergamaglobulinémia, linfopenia ou imagiológicas como alveolite com fibrose pulmonar, colocam um desafio diagnóstico com variadas doenças auto-imunes.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um doente do sexo feminino de 38 anos de idade seguida em consulta de reumatologia com quadro clínico de tosse seca esporádica, astenia, artralguas

de ritmo inflamatório, eritema nodoso e fenómeno de Raynaud. Analiticamente destacava-se linfopenia (700 G/L), VS e PCR negativas. Os anticorpos antinucleares positivos com padrão granular fino denso e nucleolar. SACE 73 U/L (n-52). Rx com padrão micronodular difuso bilateral. Realizou TCAR torácica que mostrou micronodulação em todos os lobos pulmonares mais proeminentes no intertício e adenomegalias mediastínicas. Nas provas funcionais respiratórias revelou ligeira diminuição da DLCO. Realizou broncofibroscopia óptica com lavado roncoalveolar que mostrou 32% de linfócitos e relação CD4/CD8 de 3.65. O cintigrama com gálio foi compatível com doença inflamatória a nível mediastínico hilar e ocular. Restante estudo efectuado foi negativo para doença infecciosa ou neoplásica.

Foi efectuado o diagnóstico de sarcoidose tendo iniciado terapêutica 1 mg/kg/dia. Actualmente mantém-se em seguimento em consulta de Reumatologia e Pneumologia.

Conclusões: A sarcoidose é uma patologia que pode mimetizar várias doenças devido à sua clínica e às alterações laboratoriais em especial doenças auto-imunes, apesar da sua incidência relativamente baixa não deve ser excluída da investigação diagnóstica.

CLP13 – PÚRPURA PSICOGÉNICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A. Ramalho, T. Santiago, J. Rovisco, J. Silva, J.A. Pereira da Silva¹

1. Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A Púrpura Psicogénica (PP) ou Síndrome de Gardner-Diamond é uma patologia rara que cursa com equimoses espontâneas e dolorosas, localizadas predominantemente nas extremidades e face. Associa-se a episódios de *stress* emocional e doença mental. O seu diagnóstico baseia-se na história clínica, no exame objectivo (lesões cutâneas eritematosas e dolorosas, que evoluem para equimoses em 24h) e na ausência de alterações da coagulação. Torna-se obrigatória a exclusão de mutilação auto-induzida e trauma.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, com 41 anos, raça caucasiana, referenciada à consulta de Reumatologia em Julho/2009. Apresentava um quadro de poliartralgias inflamatórias crónicas periféricas

envolvendo punhos e pequenas articulações das mãos, acompanhado de fenómeno de Raynaud trifásico. Referia ainda o aparecimento esporádico de lesões equimóticas nos membros superiores e inferiores, precedidas em até 24 horas de sensação de ardor cutâneo, com desaparecimento progressivo ao longo de 7 dias. Medicada com anticoncepcional oral. Negava hábitos alcoólicos, tabágicos ou alterações recentes da medicação, bem como contacto com tóxicos. Antecedentes pessoais de tentativa de suicídio medicamentosa aos 20 anos, com crises conversivas recorrentes de 1996 a 1999. Antecedentes obstétricos com G4P2 (2 abortos espontâneos às 13 e 16S de gestação). Objectivamente apresentava equimoses dispersas em ambos os membros inferiores em várias fases de evolução; e sem artrite.

Discussão: Perante o quadro clínico as hipóteses de diagnósticas colocadas foram de doença do tecido conjuntivo, síndrome anti-fosfolipídico, síndrome de Raynaud, distúrbio pró-trombótico, púrpura psicogénica ou distúrbio da agregação plaquetária. Do estudo analítico salienta-se hemograma, função renal e hepática, sumária de urina tipo II sem alterações, VS de 9mm/h e PCR de 0,33mg/dl. O estudo da hemostase (TP, APTT, proteína S livre, proteína C funcional, factor VIII, anti-trombina III e resistência à proteína C activada) foi negativo, assim como o estudo de risco trombótico e de agregação plaquetar. Procedeu-se também a investigação de doença do tecido conjuntivo: factor reumatóide e Waaler-Rose foram negativos, bem como os anticorpos anti-nucleares, anti-DNA, anti-Sm, anti-RNP, anti-centrómero, anti SSA e SSB, anti-Jo1, p-ANCA, c-ANCA, anticorpo anticardiolipina e o anti-coagulante lúpico, foram também negativos. As imunoglobulinas séricas e C3, C4 e CH50 apresentavam valores normais. As serologias (toxoplasmose, rubéola e CMV imune, EBV e HSV 1 e 2 sem infecção agudo, VDRL não reactivo). A radiografia do tórax e das articulações afectadas sem alterações. A capilaroscopia revelou tratar-se alterações compatíveis com doença do tecido conjuntivo.

Conclusão: Perante o quadro clínico e laboratorial descrito foi diagnosticada uma PP. A doente iniciou vigilância em consultas de Reumatologia e Hematologia e mantém seguimento em consultas de Psiquiatria. A PP associa-se frequentemente a doenças psiquiátricas e distúrbios emocionais, e por este motivo o recurso a medicamentos psicotrópicos e psicoterapia deve ser sempre equacionado.

CLP14 – CAPACIDADE EROSIVA DE DOIS ESTIMULANTES DA SECREÇÃO SALIVAR: ENSAIO CLINICO ALEATORIZADO

João Almeida Amaral¹, Duarte Marques¹, Ruben Pereira¹, José Vaz Pato², Filipe Barcelos², António Mata¹

1. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa
2. Instituto Português de Reumatologia;

Introdução: A utilização de estimulantes não farmacológicos da secreção salivar (ENFSS) tem estado associada a um risco aumentado de erosão dentária cuja avaliação poderá revelar o real benefício da sua utilização numa população hipossialica.

Materiais e Métodos: 80 pacientes com o diagnóstico de Síndrome de Sjögren Primário (SSP) criteriosamente seleccionados foram divididos aleatoriamente de acordo com ENFSS atribuído em 2 grupos (A e B). Para cada grupo foi determinado o fluxo salivar não estimulado, estimulado mecanicamente e estimulado com o respectivo ENFSS por métodos previamente estabelecidos. O pH salivar foi determinado prospectivamente em tempos pré-estabelecidos por potenciometria. O tempo de erosão foi determinado como sendo a quantidade de tempo em que o pH salivar foi menor que 5,5. O aumento do risco relativo (ARR) e o número necessário lesar (NNL) foram calculados com base numa tabela de contingência com o número de episódios de exposição a um pH salivar inferior a 4,5 por mais de um minuto. Os resultados foram analisados pelo teste t de Student e por análise de correlação, emparelhado e desemparelhado conforme apropriado e apenas foram aceites valores comparativos para $P < 0.05$.

Resultados: O tempo de erosão ao qual os pacientes se encontraram expostos foi significativamente superior para o grupo SST e o aumento de risco relativo foi de 11% com um número necessário lesar de 9 pacientes.

Discussão: Os resultados deste estudo demonstram que estes ENFSS estimulam a secreção salivar numa população com SSP, embora o produto Xeros apresente um menor potencial erosivo.

Conclusões: O produtos Xeros apresenta uma melhor relação custo benefício.

CLP15 – ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO QUALITY OF LIFE SCALE (QOLS) – VERSÃO PORTUGUESA

Maria da Lapa Rosado¹, Carlos Rafael Figueiredo¹, Maria Manuela Costa²

1. Escola Superior de Saúde – Universidade Atlântica
2. Serviço de Reumatologia – Hospital de Santa Maria

Introdução: A informação subjectiva do doente sobre a sua condição física, funcional, emocional e bem-estar social devem ser observadas durante a sua avaliação. As condições crónicas músculo-esqueléticas estão na origem de dor severa prolongada e de incapacidade funcional com a consequente deterioração da qualidade de vida (QOL). O objectivo da Década do Osso e Articulação 2000-2010 é melhorar a QOL dos doentes com condições músculo-esqueléticas, tornando-se indispensável uma avaliação inicial da QOL, determinação do estado de saúde e das necessidades dos doentes. Com este estudo pretendeu-se validar e adaptar a *Quality of Life Scale* (QOLS) para português de Portugal, de forma a ser utilizada por profissionais de saúde, na população com doença crónica, como é o caso da Fibromialgia; avaliar os aspectos da validade de conteúdo, validade simultânea e consistência interna.

Material e métodos: A *Quality of Life Scale* (QOLS) – versão portuguesa, foi aplicada a 31 doentes com Fibromialgia que aceitaram participar no estudo juntamente com o SF-36v2 - versão portuguesa e uma grelha de caracterização sócio-demográfica. Todos os participantes assinaram uma declaração de consentimento informado. A validade de conteúdo, obteve-se por meio de consulta a um painel de peritos. A validade simultânea obteve-se através da correlação de p de Pearson, dos resultados obtidos no preenchimento da QOLS e do SF-36v2. A homogeneidade do instrumento verificou-se por meio da consistência interna através do coeficiente α de Cronbach. Para o tratamento estatístico foi utilizado o programa SPSS versão 16.0.

Resultados: A validade de conteúdo apresentou um nível elevado de consenso. Na validade simultânea, obteve-se um valor de p de 0,519 e 0,555 para $p \leq 0.001$ e uma consistência interna de 0.87.

Conclusões: A *Quality of Life Scale* (QOLS) – versão portuguesa, possui bons índices de consistência interna e validade simultânea para a amostra utilizada. Este instrumento de medida fica disponível para ser utilizado na prática clínica.

Palavras-chave: Fibromialgia; qualidade de vida; instrumentos de medida; QOLS.

CLP16 – ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO BATH ANKYLOSING SPONDYLITIS DISEASE ACTIVITY INDEX (BASDAI) – VERSÃO PORTUGUESA

Maria da Lapa Rosado¹, João Lages¹

1. Escola Superior de Saúde – Universidade Atlântica

Introdução: Na área da investigação, são necessários dados científicos obtidos apenas através de instrumentos de medida adaptados e validados. Nos últimos anos, medidas de resultados específicas e de actividade têm sido desenvolvidas para a Espondilite Anquilosante, os índices de Bath: BASMI (*Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index*); BASFI (*Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index*); BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*) e o BAS-G (*Bath Patient Global Score*) para que seja permitida uma avaliação simples e reproduzível da intensidade da doença. Com este estudo pretendeu-se validar e adaptar o Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) para português de Portugal, para ser utilizado por profissionais de saúde na população de doentes com Espondilite Anquilosante. Avaliar os aspectos da validade de conteúdo, validade simultânea e consistência interna.

Material e Métodos: Após o processo de tradução – retroversão, o *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* – versão portuguesa (BASDAI-P) foi administrado a 30 doentes com Espondilite Anquilosante, em conjunto com uma declaração de consentimento informado, o SF-36v2 – versão portuguesa e uma grelha para caracterização sócio – demográfica. A validade de conteúdo, obteve-se pela consulta a um painel de peritos. A validade simultânea, verificou-se através da correlação dos resultados obtidos pelo preenchimento dos itens do BASDAI-P e do SF-36. A consistência interna, através da qual se verificou a homogeneidade do instrumento, realizou-se através do coeficiente alfa de Cronbach.

Resultados: A validade de conteúdo apresentou um elevado nível de consenso. Obteve-se, para a validade simultânea, através da correlação de Pearson um valor de 0.80, e uma consistência interna de 0.76, através do coeficiente alfa de Cronbach.

Conclusões: O *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* – versão portuguesa, possui bons índices de reprodutibilidade, consistência interna e validade simultânea para o item «dor corporal», na amostra estudada. Este instrumento de medida, fica disponível para ser utilizado na prática clínica.

CLP17 – ESTUDO COMPARATIVO DE TÉCNICAS

TERAPÊUTICAS PARA ALÍVIO DE DOR EM GONARTROSE

Elaine Andrade Moura¹, Nathalia de Castro Wilke Alves², Poliana Paula Dias Duarte²

1. Universidade Federal de Juiz de Fora

2. Centro Universitário de Belo Horizonte;

Introdução: A osteoartrite de joelho, também conhecida como gonartrose é uma doença de carácter inflamatório e degenerativa, que provoca a destruição da cartilagem articular e leva a uma deformidade da articulação, predominando a partir dos 50 anos principalmente no sexo feminino.

A dor geralmente é o primeiro fator incapacitante da gonartrose, levando posteriormente a alterações articulares, periarticulares e disfunção progressiva. Os agentes físicos podem combater o processo algico, quando corretamente indicados e utilizados. Dentre estes agentes destacam-se a crioterapia e termoterapia.

Objetivo: Avaliar qual método obteria melhores resultados analgésicos em indivíduos com gonartrose, a crioterapia ou termoterapia, e relacioná-la com o peso.

Material e Métodos: Foi realizado um estudo do tipo longitudinal, em 16 indivíduos com gonartrose bilateral, primeiro todos passaram por uma avaliação fisioterapêutica que também abordava a escala analógica de dor que classificava a intensidade da dor. Por um período de 2 meses, 8 indivíduos receberam tratamento por crioterapia e 8 por termoterapia, 2 vezes por semana. Todos assinaram o termos de consentimento livre e esclarecido. Após o período de tratamento foi refeita a avaliação.

Resultados: A seleção da amostra foi constituída por indivíduos que tratavam de gonartrose bilateral no centro de atenção a Saúde (CAS), Minas Gerais, Brasil. 12 indivíduos (75%) eram do sexo feminino e 4 indivíduos (25%) do sexo masculino, idade média de 62,81 anos ($\pm 10,29$) variando de 42 a 90 anos, peso médio de 85,49 kg ($\pm 20,84$) variando de 60 a 131,90 kg. Na escala analógica de dor, obteve uma média de 7,93 ($\pm 1,23$) variando de 6 a 10. E demonstrou que 4 dos indivíduos mais pesados eram os que classificaram sua dor como insuportável (9 e 10).

Discussão: A prioridade desse trabalho foi determinar qual protocolo de tratamento (crioterapia ou termoterapia) seria mais eficaz para gerar um alívio na dor. A aplicação de calor pode produzir alívio da dor e relaxamento muscular pela elevação da temperatura subcutânea, porém é contra-indicado em pacientes com défice circulatório, sedados, alteração de sensibilidade e casos de câncer. A utilização do gelo tem a vantagem do seu baixo custo, do grande espectro de ação e da fácil aplicação técnica, mas quando um indivíduo já apresenta diminuição da sensibilidade dolorosa, é si-

nal de que a contração voluntária está comprometida devido ao aumento do limiar motor, decorrente do aumento da latência e da duração do potencial de ação. A Escala analógica de dor e graduada de 1 a 10 onde o próprio indivíduo classifica sua dor. Após o tratamento foi mensurada a dor dos indivíduos e obteve resultados positivos em ambos os grupos, porém só estatisticamente significativa no grupo da crioterapia. E observou que a intensidade de dor nas pessoas mais obesas foram as que menos obtiveram melhoras significantes.

Conclusão: O protocolo mais adequado de tratamento para alívio da dor foi o que envolveu a aplicação de gelo, e não teve relação de melhora com ambos os tratamentos nas pessoas mais obesas deixando aberto a discussão sobre acrescentar exercícios físicos juntamente com os recursos terapêuticos.

CLP18 – AVALIAÇÃO DA ESTABILIDADE ESTÁTICA EM INDIVÍDUOS COM OSTEOARTRITE UNILATERAL E BILATERAL NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO

Elaine Andrade Moura¹, Eduardo José Danza Vicente¹, José Marques Júnior¹, Anderson Daibert Amaral²

1. Universidade Federal de Juiz de Fora

2. Instituto de Posturologia

Introdução: Uma das tarefas mais importantes do sistema de controle postural humano é a do equilíbrio do corpo sobre a base de apoio fornecida pelos pés. A manutenção do equilíbrio durante a postura em pé é uma tarefa complexa realizada pelo sistema de controle postural. Doenças no sistema nervoso ou alterações musculoesqueléticas podem alterar o equilíbrio. Os indivíduos que apresentam osteoartrite (OA) na articulação dos joelhos podem apresentar uma postura deficiente e uma alteração proprioceptiva, gerando compensações e desequilíbrios musculoesqueléticos.

Objetivo: O objetivo deste estudo é verificar por meio da Baropodometria eletrônica a estabilidade estática pelas oscilações anteroposterior e laterolateral em indivíduos com OA unilateral e bilateral na articulação do joelho.

Material e métodos: Todos os participantes foram conscientizados e orientados sobre a pesquisa e assinaram o termo consentimento livre e esclarecido. Participaram da pesquisa 30 indivíduos adultos, ambos os sexos, com idade variando de 45 a 85 anos. O procedimento constou de todos subirem em uma plataforma chamada baropodômetro

e permanecerem por 30 segundos na posição ortostática olhando para um ponto fixo na parede na altura de seus olhos.

Resultados: A amostra constou de 30 indivíduos de ambos os sexos, totalizando 22 do sexo feminino (73,33%) e 8 do sexo masculino (26,66%), com idades médias de 63,13 anos ($\pm 10,56$) no grupo de OA bilateral e de 59,33 anos ($\pm 8,81$) no grupo de OA unilateral. O peso médio de 83,75 kg ($\pm 17,08$). A amostra do grupo unilateral apresentaram as médias de oscilações no plano frontal de 2,83 cm ($\pm 1,12$) e no plano sagital de 2,81cm ($\pm 0,80$). A amostra do grupo bilateral possuíram as médias de oscilações no plano frontal de 2,69cm ($\pm 0,91$) e no plano sagital de 3,279 cm ($\pm 1,10$).

Discussão: Em indivíduos com idade acima de 55 anos a porcentagem de desenvolver osteoartrite aumenta, principalmente nas mulheres, isso foi observado no estudo, pois constitui 73,33% da amostra. Essa patologia causa decréscimo na função dos músculos quadríceps e isquiotibiais potencializada na população idosa portadora de osteoartrite de joelhos, permitindo assim, um desequilíbrio postural. Foi observado no estudo que a população mais idosa constitui o grupo de osteoartrite bilateral e foi o que apresentou maior oscilação no plano sagital quando comparado com o grupo unilateral. As oscilações no plano frontal não tiveram resultados tão significantes, já que o apoio com os dois pés dificultam as oscilações laterais.

Conclusão: Indivíduos com osteoartrite bilateral apresentam maiores oscilações no plano sagital em relação aos que apresentam osteoartrite unilateral, concluindo assim, que se tornam um grupo de risco para quedas.

CLP19 – NECROSE AVASCULAR E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Raquel Roque¹, Sofia Ramiro¹, Filipe Vinagre¹, Fátima Godinho¹, Pedro Gonçalves¹, Canas da Silva¹

1. Hospital Garcia de Orta (Reumatologia)

Introdução: A Necrose Avascular é uma patologia pouco prevalente, mas a sua frequência está aumentada nos doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) quer pela patologia em si, mas também devido ao risco iatrogénico associado à terapêutica com corticoesteróides. A cabeça e os côn-

dilos femorais são as estruturas anatómicas mais envolvidas. Tendo em conta que geralmente os doentes são jovens, as consequências da necrose asséptica podem ser muito graves, por limitação funcional, sendo necessário a colocação de próteses articulares.

Material e Métodos: Caso Clínico: Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino, 35 anos, mulato. Com diagnóstico de LES há cerca de 18 meses após internamento no Serviço de Reumatologia. Apresentava flare lúpico com envolvimento do Sistema Nervoso Central (Meningite Asséptica), do sistema hematológico, serosite e poliartrite associado a aumento de parâmetros inflamatórios, ANA 1/1280, Ac anti DNA presente no soro e diminuição das fracções de complemento. Iniciou terapêutica com pulsos de metilprednisolona 1 gr/EV dia, seguido de prednisolona 1gr/Kg/dia e desmame progressivo. Tendo em conta a gravidade das manifestações e envolvimento de órgãos *major* foi medicado com ciclofosfamida na dose de 0,5mg/m² que manteve durante 6 meses até estar em remissão clínica. Foi então iniciada dose de manutenção com azatioprina 1,5mg/Kg/dia que mantém em associação a hidroxicloroquina 400 mg/dia, cálcio e vitamina D, lisinopril 5 mg/dia e atorvastatina 10 mg/dia. Verificou-se melhoria clínica e laboratorial significativa, no entanto, nove meses após o internamento refere início de coxalgia e gonalgia mecânica bilateral de agravamento progressivo e que condicionavam limitação para a marcha e actividades de vida diária. Do exame objectivo destacava-se limitação funcional na mobilização coxo-femoral por dor bilateralmente. Fez diversos exames complementares de diagnóstico salientando-se TAC e RM das ancas e dos joelhos que revelaram necrose asséptica grau IV das cabeças femorais e grau I/II dos côndilos femurais.

Resultados: Após vários meses de medidas conservadoras, repouso e analgesia o doente mantinha queixas álgicas e limitação da marcha, sendo submetido a artroplastia com colocação de prótese total da anca esquerda e aguarda cirurgia da anca direita.

Discussão e Conclusão: Parece importante salientar que os fármacos utilizados no tratamento das doenças reumáticas sistémicas, devem ser usados de forma precoce e em doses apropriadas para remissão clínica e melhoria do prognóstico do doente. No entanto, é importante ressaltar que apesar de estas terapêuticas serem essenciais não são isentas de riscos.

CLP20 – PARAGANGLIOMA MALIGNO RETROPERITONEAL COM INVASÃO ÓSSEA DO SACRO: UM CASO DE SACRALGIA REFRACTÁRIA À TERAPÊUTICA EM DOENTE JOVEM

Margarida Coutinho, António Laranjo, João Freitas, Paulo Tavares, José Casanova¹

1. Serviços de Reumatologia, Ortopedia B e Oncologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra;

Introdução: O Paraganglioma é uma neoplasia rara, a qual tem origem em células indiferenciadas da crista neural primitiva. Representa cerca de 1.8% de todos os tumores retroperitoneais do adulto. Apresenta um pico de incidência na 4ª década de vida, podendo ser secretor ou não secretor de catecolaminas. Neste último caso, os indivíduos podem permanecer assintomáticos durante longos períodos de tempo até que, pela sua progressiva dimensão, a lesão origine sintomatologia decorrente de compressão local e/ou invasão de estruturas anatómicas circundantes.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de raça branca, com 36 anos de idade, previamente saudável. Apresentava queixas de sacralgia de ritmo inflamatório, inicialmente à esquerda e posteriormente bilateral, com irradiação glútea, de instalação insidiosa e intensidade progressiva, com 2 anos de evolução. Melhoría clínica escassa com terapêutica com anti-inflamatórios não esteróides. Referência a episódios de incontinência esfinteriana ocorridos ao longo dos últimos 3 meses. Negava queixas sistémicas. Ao exame objectivo geral apresentava-se apirético, eupneico, com TA: 138/82 mmHg e com uma auscultação cárdio-pulmonar, exame abdominal e dos membros sem alterações. Ao exame reumatológico, apresentava uma palpação dolorosa das apófises espinhosas da coluna lombossagrada, com manobras de avaliação das articulações sacroilíacas e restante exame reumatológico sem alterações. O exame neurológico evidenciava um défice de força muscular (grau 4) dos membros inferiores. O estudo laboratorial revelou a presença de anemia normocrómica e normocítica (Hb:11.4 gr/dl) e DHL: 582 U/L, sem outras alterações. As radiografias da coluna lombo-sagrada (2 planos) e a da bacia (AP) não evidenciaram a presença de lesões osteoarticulares, sendo identificada, contudo, a presença de uma lesão hiperdensa, de limites mal definidos, localizada na escavação pélvica (sem outras alterações associadas). A ecografia abdomino-pélvica identificou a presença de uma volumosa lesão em

localização pré-sagrada, com 8.3x8.1x12 cm de dimensão, alteração corroborada pela Tomografia Axial Computorizada (TAC) pélvica a qual identificou, igualmente, áreas de destruição óssea ao nível da asa direita do sacro, osso íliaco direito, corpo vertebral de L5 e infiltração heterogénea dos músculos lombares direitos. A Ressonância Magnética Nuclear (RMN) músculo-esquelética, permitiu ainda identificar áreas de necrose central intra-lesional e acentuadas alterações da intensidade de sinal de S1 a S4. Foi efectuada biopsia da lesão (guiada por TAC), cujo estudo anátomo-patológico documentou a presença de um paraganglioma maligno. A Tomografia de Emissão de Positrões (PET) não identificou a presença de lesões secundárias. O doente foi submetido a sacrectomia total (de L5 a S1) e a quimioterapia adjuvante (com doxorubicina e dacarbazina). Teve alta ao 71º dia de internamento, mantendo seguimento clínico regular e prognóstico clínico reservado.

Discussão: A raquialgia decorrente de patologia tumoral acompanha-se, habitualmente, de alguns sinais e sintomas de alarme. No presente caso, as queixas algicas de ritmo inflamatório com longo período de evolução, associadas à refractariedade à terapêutica e à presença de compromisso neurológico, representaram importantes indicadores da gravidade do diagnóstico subjacente a esta queixa.

Conclusão: Os autores destacam este caso clínico devido à gravidade e invulgaridade do diagnóstico, perante uma queixa de sacralgia de ritmo inflamatório em doente jovem e previamente saudável.

CLP21 – FRACTURA DE BAIXO IMPACTO DO ÚMERO REVELADORA DE CONDROSSARCOMA: UM CASO DE DESTRUIÇÃO TECIDULAR EXUBERANTE

Margarida Coutinho, António Laranjo, João Freitas, Paulo Tavares, José Casanova¹

1. Serviços de Reumatologia, Ortopedia B e Oncologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O Condrossarcoma é uma lesão tumoral maligna de origem cartilaginosa, representando cerca de 25% das neoplasias ósseas primárias. Ocorre, mais frequentemente, após os 40 anos de idade, apresentando uma incidência discretamente superior em indivíduos do sexo masculino. A dor local é o sintoma inicial mais frequente, podendo associar-se a tumefacção local. Ocasionalmente, a ocorrência de fractura patológica pode-

rá ser a forma de apresentação.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de raça branca, com 59 anos de idade e com antecedentes de hipotireoidismo. Apresentava história recente de queda com fractura do úmero esquerdo e internamento no hospital da área de residência. Durante os meses seguintes, apresentara intolerância à imobilização do membro com tala gessada, por dor localizada ao braço esquerdo, de intensidade progressiva e associada a noção de tumefacção local. Negava queixas algicas de outras localizações, bem como queixas sistémicas. Ao exame objectivo geral, não apresentava alterações de relevo. Ao exame reumatológico, destacava-se a presença de uma volumosa tumefacção de consistência pétreia, localizada ao terço superior do braço esquerdo, indolor à palpação local e associada a limitação dolorosa da abdução do membro (acima de 90º). Do estudo laboratorial destacava-se a presença de fosfatase alcalina: 923 U/L, DHL: 370 U/L e ácido úrico: 7.1 mg/dl (sem outras alterações). A radiografia do membro superior esquerdo revelou a presença de uma fractura não consolidada do terço superior do úmero, associada a uma volumosa lesão envolvendo os seus 2/3 proximais, de aspecto heterogéneo, composta por áreas líticas e revelando adelgaçamento da cortical, alterações corroboradas pela Tomografia Axial Computorizada (TAC) do membro superior. Foi efectuada biopsia óssea (guiada por TAC), cujo estudo anátomo-patológico revelou tratar-se de um Condrossarcoma (grau 2) do úmero proximal. A TAC toraco-abdomino-pélvica não evidenciou a presença de lesões secundárias. A doente foi submetida a ressecção cirúrgica de 22 cm proximais do úmero, com aplicação de aloenxerto composto, osteossíntese distal e colocação de prótese total do ombro esquerdo. Teve alta ao 32º dia de internamento, clinicamente melhorada, mantendo seguimento clínico regular.

Conclusão: Os autores destacam este caso não apenas pela exuberante destruição tecidual inerente a uma lesão tumoral volumosa e agressiva, como, sobretudo, pela importância da valorização de uma fractura de baixo impacto como primeira manifestação de uma eventual neoplasia subjacente.

CLP22 – NEUROPATIA VASCULÍTICA NÃO SISTÉMICA: A PROPÓSITO DE UM CASO DE DISESTESIAS DOS MEMBROS INFERIORES...

Margarida Coutinho, Tânia Santiago, Jorge Silva, Anabela Matos, Luís Negrão¹

1. Serviços de Reumatologia e de Neurologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra;

Introdução: A Neuropatia Vasculítica é uma entidade clínica que pode ocorrer como parte integrante de um síndrome sistémico ou, menos comumente, de modo isolado (em cerca de 10% dos casos). Neste último caso, o envolvimento multiorgânico e as alterações imunológicas encontram-se ausentes e a neuropatia resulta de uma vasculite necrotizante envolvendo os vasos do epineuro e do endoneuro, com a consequente isquémia do nervo. A forma de apresentação mais comum é a de uma mononeuropatia multiplex, sendo os membros inferiores mais frequentemente acometidos.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de raça branca, com 38 anos de idade. Portador de hábitos tabágicos crónicos e sem antecedentes patológicos relevantes. Referenciado à consulta de Neurologia por queixas de disestesias envolvendo a face interna do pé direito e a face externa do pé esquerdo, com cerca de 2 meses de evolução. Associadamente e com igual período de evolução, referência a anorexia, perda ponderal (não quantificada) e episódios compatíveis com fenómeno de Raynaud (mãos e pés). Negava queixas osteoarticulares, bem como outras queixas sistémicas. Objectivamente, apresentava-se apirético, eupneico, com TA: 110/80 mmHg e com auscultação cárdio-pulmonar, exame abdominal e dos membros sem alterações. O exame neurológico documentou a presença de hipostesia ao nível da face interna de ambos os pés e da face externa do pé esquerdo, associada a arreflexia aquiliana (sem outras alterações). Do estudo laboratorial destacava-se a presença de um hemograma com contagem de plaquetas normal, velocidade de sedimentação (VS): 68 mm (1ª hora), proteína C reactiva (PCR): 4.3 mg/ dl, sendo que os restantes parâmetros da bioquímica, a urina tipo 2, o doseamento das hormonas tiroideias, o proteínograma electroforético e os doseamentos de vitamina B12 e de ácido fólico se revelaram normais. O estudo electrofisiológico identificou a presença de uma polineuropatia axonal sensitiva dos membros inferiores. Foi submetido a biopsia neuromuscular (nervo peroneal superficial e músculo peroneal curto lateral) cujo estudo anátomo-patológico documentou a presença de alterações compatíveis com Neuropatia Vasculítica. Iniciou terapêutica com prednisolona (60 mg/dia), com escassa melhoria clínica, pelo que, posteriormente, foi submetido a terapêutica com imunoglobulina huma-

na (6 pulsos), também com resposta clínica não satisfatória. Por manutenção de anorexia e perda ponderal (não quantificada), associada à presença de fenómeno de Raynaud, foi internado no serviço de Reumatologia para continuação da investigação clínica. À data de internamento apresentava um exame objectivo geral sem alterações de destaque e, ao exame reumatológico, apresentava fenómeno de Raynaud (mãos e pés), sem evidência de úlceras ou cicatrizes digitais, bem como de outras alterações cutâneo-mucosas; ausência de articulações dolorosas ou tumefactas. Foram efectuados hemograma, bioquímica, urina tipo 2, estudo imunológico (anticorpos anti-nucleares, anti-ds-DNA, factores de complemento, crioglobulinas, anticorpos anti-fosfolípideo e ANCA s) e serologias víricas (hep. B, C e HIV), os quais se revelaram normais. O estudo radiológico das mãos e dos pés (2 planos) não evidenciou alterações e o do tórax (PA) identificou uma discreta hipotransparência apical bilateral, cuja TAC torácica de alta resolução revelou tratar-se de enfisema de tipo parasseptal (sem outras alterações). Foi efectuada ecografia abdominal e pélvica, com detecção de uma formação nodular hiperecogénica no lobo hepático direito, sugestiva de hemangioma (sem outras alterações). O doente teve alta ao 8º dia de internamento, sem que o estudo efectuado evidenciasse a presença de patologia sistémica associada à neuropatia dos membros inferiores. Manteve seguimento clínico regular em consulta de Neurologia, tendo iniciado, posteriormente, terapêutica com ciclofosfamida, com moderada melhoria clínica.

Discussão: No presente caso clínico, a sintomatologia apresentada e o estudo complementar efectuado permitiram excluir a presença de um síndrome sistémico, nomeadamente de uma vasculite sistémica primária ou secundária (em contexto de doença do tecido conjuntivo, infecção ou neoplasia).

Conclusão: Os autores destacam este caso clínico pela invulgaridade do diagnóstico, perante a presença de queixas do foro neurológico, num indivíduo previamente saudável.

CLP23 – UMA CEFALIA DE DIMENSÕES GIGANTES

A. Pinheiro Sá¹, M. Ferreira Gomes¹,
S. Carmo Pereira¹, J. Romeu², A. M. Palha³,
J. M. Braz Nogueira¹

1. Serviço de Medicina I – Hospital Santa Maria

2. Serviço de Reumatologia – Hospital de Santa Maria

3. Serviço de Anatomia Patológica – Hospital de Santa Maria

Introdução: A arterite de células gigantes é uma doença presente na mente do clínico ao fazer o diagnóstico diferencial num idoso que se apresenta com cefaleia de novo ou alteração das características habituais e elevação da velocidade de sedimentação (VS). Os sintomas e sinais da arterite de células gigantes dividem-se em 4 grupos: manifestações de arterite craniana (cefaleias, claudicação da mandíbula e alterações visuais), arterite extra-craniana, sintomas sistêmicos e polimialgia reumática. É de grande importância reafirmar a importância da biópsia da artéria temporal nos pacientes nos quais a suspeita clínica é moderada a alta.

Material e Métodos: Efectuou-se uma revisão das indicações e importância da realização da biópsia da artéria temporal no diagnóstico de arterite de células gigantes, considerando o «*state of the art*» actual, transpondo a teoria para a prática clínica através de um caso clínico cuja evolução se observou.

Resultados: Os autores descrevem o caso de uma mulher de 73 anos internada para estudo etiológico de cefaleias holocranianas intensas com 3 meses de evolução, para além de omalgia bilateral (mais marcada à esquerda) e gonalgia bilateral com impotência funcional considerável. Referência a anorexia, astenia, cansaço fácil e perda ponderal de cerca de 7kg. Laboratorialmente, anemia hipocrômica e microcítica (Hb 9,4g/dL) compatível com doença crónica, elevação VS (120mm) e proteína C reactiva (17mg/dL); endoscopia digestiva alta demonstrando hérnia de deslizamento e gastrite do antro; TC-CE sem lesões agudas; radiografia de joelhos, ombros e anca com osteoartrite grau II das articulações glemohumerais; ecografia dos ombros com tenosinovite da porção larga do bicipite bilateralmente e tendinite do supra-espinhoso bilateral; *eco-doppler* das artérias temporais superficiais sem evidência de «halo» ecográfico sugestivo de inflamação. No entanto, por suspeita clínica moderada/elevada realizou biópsia da artéria temporal na qual se identificou infiltrado inflamatório focal na parede, fragmentação focal da lâmina elástica interna e espessamento irregular da íntima, aspectos muito sugestivos de arterite de células gigantes. Após a instituição de corticoterapia (deflazacort 60mg/dia), as cefaleias cessaram, tendo-se verificado ganho ponderal, melhoria do humor e da qualidade de vida da paciente; avaliação laboratorial subsequente com Hb 12,6g/dL e VS 36mm.

Discussão: O diagnóstico de arterite de células gigantes baseia-se na clínica e avaliação laboratorial

com aumento dos reagentes de fase aguda. A importância do *eco-doppler* da artéria temporal reside no elevado valor predictivo negativo (90-95%), pelo que nos pacientes com suspeita clínica baixa, a inexistência de halo ecográfico permite excluir o diagnóstico. Apesar disso, em doentes com suspeita clínica moderada ou alta, ainda que o *eco-doppler* não tenha alterações típicas, a biópsia da artéria temporal é mandatória devido ao elevado valor predictivo (~100%), tal como evidenciado neste caso. Assim sendo, a biópsia da artéria temporal constitui uma das 5 pedras angulares (critérios) do diagnóstico de arterite de células gigantes.

CLP24 – ÁCIDO ZOLEDRÓNICO NO TRATAMENTO DA DOENÇA ÓSSEA DE PAGET – 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA
Cláudia Miguel¹, Filipe Barcelos¹, Miguel Sousa¹,
Inês Gonçalves¹, Dina Medeiros¹,
Rui Figueiredo¹, Maria Jesús Mediavilla¹,
Eugénia Simões¹, Ana Assunção Teixeira¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A Doença Óssea de Paget (DOP) ou Osteíte Deformante caracteriza-se por uma ou várias áreas esqueléticas com aumento da reabsorção óssea, associada a neoformação óssea alterada, resultando em áreas de osso estruturalmente deficitário e com menor resistência à deformação e fractura. O tratamento da DOP com bisfosfonatos inibe a remodelação óssea acelerada. Desde a sua aprovação em 2005, o Ácido Zoledrónico tem sido utilizado no tratamento da DOP na nossa Instituição, na dose de 5mg endovenoso.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo descritivo de uma série de 47 doentes com DOP tratados com Ácido Zoledrónico entre Novembro de 2005 e Janeiro de 2009. Descrevem-se os dados demográficos, características da doença, terapêuticas prévias e evolução após terapêutica com Ácido Zoledrónico.

Resultados: Registaram-se 47 doentes, dos quais 23 (49%) eram do sexo masculino. A idade média foi de 68,3±9,4 anos e duração média de doença de 8,7±7,6 anos.

A doença tinha envolvimento poliostótico em 91% dos casos, sendo as localizações mais comuns os ossos da bacia (92,9%), ossos longos dos membros inferiores (66,7%), a coluna vertebral (46,3%) e o crânio (40,5%). As manifestações mais frequentes foram a dor (95,6%) a deformação (29,3%), a hipocálcia (26,2%) e fracturas (14,6%). Trinta e sete

dos 47 doentes já haviam sido tratados com bisfosfonatos diferentes, sendo a maioria com pamidronato endovenoso.

Os resultados das determinações séricas de Fosfatase Alcalina (FA) e Paratormona (PTH) são apresentados em rácio (valor absoluto/valor do limite superior do intervalo de referência), uma vez que as análises não foram sempre realizadas no mesmo laboratório e existindo métodos diferentes com valores de referência distintos. Consideraram-se normais rácios menores que 1. Antes do tratamento, o rácio Fosfatase Alcalina/Limite Superior do Intervalo de Referência (rácio FA/LSIR) foi de $3,4\pm 2,2$, a determinação de N-Telopéptido terminal (NTX) urinário médio foi de $488,0\pm 412,2$ nmol/mmol creatinina (normal < 65 nmol/mmol creatinina), o valor médio de Calcemia foi de $9,3\pm 0,5$ mg/dl e o rácio de PTH em relação ao LSIR (rácio PTH/LSIR) foi de $0,6\pm 0,2$.

Em 31 dos 47 doentes havia registo de consultas subsequentes. Na primeira consulta após administração do fármaco, no período 1-3 meses após a perfusão, 93,1% dos doentes referiram melhoria da dor, o rácio FAs/LSIR foi de $1,0\pm 0,6$ (descida média de 62,6%). Dez (32%) dos doentes mantinham valores acima do LSIR, apesar de apresentarem uma descida média da FA de 49%. Nesta fase, a calcemia média foi de $9,1\pm 0,5$ mg/dl (8,4-10,3). O rácio PTH/LSIR foi de $1,0\pm 0,6$ (0,2-3,5), ocorrendo hiperparatiroidismo em 8/26 (30,7%) dos doentes.

Vinte e seis doentes têm registo dos resultados entre os 6 e 12 meses após administração de ácido zoledrónico. Nesse período, o rácio FAs/LSIR foi de $0,8\pm 0,5$ (descida média de 67,1% em relação ao valor basal e de 10,2% em relação ao valor aos 1-3 meses pós-tratamento), persistindo 6/26 (23%) dos doentes com valores acima do LSIR. Nesta fase, a calcemia média foi de $9,3\pm 0,5$ mg/dl (8,4-10,4). O rácio PTH/LSIR foi de $0,7\pm 0,3$, ocorrendo hiperparatiroidismo em apenas 1 doente.

Há registo de seguimento de 21 doentes para além dos 12 meses após 1ª administração de ácido zoledrónico. A duração média do seguimento foi de $29,3\pm 11,7$ meses (13-60), tendo mantido valores médios de rácio de FAs/LSIR de $0,9\pm 0,5$ (0,4-2,5). A 5 dos doentes repetiu-se entretanto a perfusão, num caso por diagnóstico concomitante de osteoporose, em 4 por recidiva da DOP. O retratamento por recidiva da DOP ocorreu em média aos 24,5 meses, mas alguns doentes mantêm valores de FA normais além dos 36 meses pós-administração de ácido zoledrónico.

Como efeitos adversos registaram-se 2 casos de febre e mialgias e um caso de cefaleias e tonturas, com duração de 1 a 2 dias. Os casos de hipocalcemia e hiperparatiroidismo registados foram assintomáticos.

Conclusão: O ácido zoledrónico tem sido usado com segurança nos doentes com DOP, evidenciando bons resultados no controlo da dor óssea, na normalização dos níveis de fosfatase alcalina e manutenção da estabilidade dos mesmos por períodos superiores a 2 anos.

CLP25 – FADIGA E SONO NO SÍNDROMA DE SJÖGREN

Filipe Barcelos¹, José Vaz Patto¹, Cândida Silva¹, Luís Miranda¹, Ana Teixeira¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A fadiga e as alterações do sono são aspectos frequentes nos Síndrome de Sjögren (SSP), sendo estas queixas, a par da secura das mucosas e dos sintomas musculoesqueléticos, os principais determinantes da qualidade de vida e capacidade funcional.

Objectivos: Pretende-se avaliar a presença e gravidade da fadiga e das alterações do sono, e a sua interrelação mútua e com a actividade de doença, estado de saúde e incapacidade funcional.

Material e Métodos: Foram incluídos 32 doentes com SSP (100% mulheres) avaliados em consulta externa no IPR entre Setembro e Outubro de 2010, com média de idades de 56,0 anos e duração média da doença de 11,7 anos. A fadiga foi avaliada pelos doentes utilizando uma Escala Visual Analógica (EVA) (0-100 mm; 0= sem fadiga) e através da escala *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT) (0-52; 52= fadiga máxima). A qualidade do sono foi avaliada utilizando uma EVA (0-100 mm; 0= o melhor sono possível). Calculou-se o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) score e foi aplicada uma EVA de estado geral de saúde (EQ-5D) (0-100 mm; 100= a melhor saúde) e uma EVA de dor (0-100 mm; 0= sem dor). Para avaliação da actividade sistémica do SSP utilizou-se o *European Sjögren's Syndrome Activity Index* (ESSDAI).

Resultados: A maioria dos doentes apresentava níveis elevados de fadiga (EVA médio de 65,6 e pontuação média FACIT de 24,5) e má qualidade do sono (EVA médio de 53,8). Em relação ao HAQ, o valor médio foi de 0,895 com SD=0,596 (mínimo=0; máximo=2,25). A EVA estado geral de saúde foi em média de 58,9 com SD=18,0 (mínimo=25; máximo=100). O ESSDAI médio foi de 2,19 (mínimo=0;

máximo=11), sendo que 59% dos doentes apresentavam ESSDAI ≥ 1 . A escala FACIT apresentou uma associação significativa com a EVA fadiga ($p=0,001$), EVA sono ($p=0,022$), EVA estado de saúde ($p<0,0005$), EVA dor ($p<0,0005$), HAQ ($p=0,028$) e ESSDAI ($p=0,044$). A EVA fadiga apresentou associações significativas com a escala FACIT ($p=0,001$), EVA sono ($p=0,013$), EVA dor ($p=0,001$) e HAQ ($p<0,0005$), sendo quase significativa a associação com a EVA estado de saúde ($p=0,061$) mas inexistente para o ESSDAI ($p=0,462$). A EVA sono associou-se à EVA fadiga e escala FACIT, EVA estado de saúde ($p=0,049$), EVA dor= $0,005$), HAQ ($p=0,007$) e ESSDAI ($p=0,005$).

Discussão: A nossa população apresentava elevados índices de fadiga e má qualidade do sono, que por sua vez se associavam à dor, pior estado geral de saúde, maior actividade da doença e incapacidade, o que demonstra não só a sua importância como factor de morbilidade, mas vem confirmar que o SSP é uma doença que acarreta importantes repercussões sobre a qualidade de vida, saúde geral e funcionalidade dos doentes.

A correlação da fadiga com a actividade sistémica da doença verificou-se com a utilização da escala FACIT mas não da EVA, o que pode estar relacionado com a avaliação de maior número de parâmetros pela escala FACIT. Do mesmo modo, a fadiga esteve também associada a maior incapacidade (HAQ). A EVA sono associou-se quer à actividade da doença (ESSDAI), quer à incapacidade (HAQ). No entanto, é de referir que também a maior intensidade da dor se associou a maiores índices de fadiga e pior sono.

Não é possível, pela metodologia deste estudo, aferir sobre o papel individual dos vários factores associados à fadiga e às alterações do sono na emergência destes sintomas. Mais estudos, com outro desenho, serão necessários para melhor esclarecer estes aspectos.

Os resultados desta avaliação a um pequeno grupo de doentes com SSP vêm reforçar a necessidade de uma intervenção terapêutica multidisciplinar, tentando minimizar a fadiga e as alterações do sono, e deste modo se obter uma melhoria global do impacto do SSP na vida dos doentes.

CLP26 – TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DE DOIS INQUÉRITOS DE MEDIÇÃO DA AUTO PERCEPÇÃO DA XEROSTOMIA NUMA POPULAÇÃO DE PACIENTES COM SÍNDROME DE SJÖGREN. ESTUDO PILOTO.

Filipe Freitas¹, Duarte Marques¹, José Vaz Patto², Filipe Barcelos², António Mata¹

1. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

2. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: O objectivo deste estudo piloto foi o de realizar a tradução e validação para a língua portuguesa de dois inquéritos sobre auto percepção da xerostomia em pacientes com Síndrome de Sjögren Primário. Os inquéritos utilizados originalmente foram as versões anglo-saxónicas do *Xerostomia Inventory* (XI) com 11 perguntas e o *Dry Mouth Questionnaire* (DMQ) com 7 perguntas e respostas do tipo escala de Likert de 5 e 4 níveis respectivamente.

Materiais e Métodos: Estudo de séries de casos longitudinal. 30 pacientes com Síndrome de Sjögren Primário seguidos na consulta do Instituto Português de Reumatologia foram sequencialmente recrutados para este estudo. O diagnóstico de Sjögren Primário seguiu os critérios internacionais estabelecidos. As versões portuguesas do XI e DMQ foram obtidas por tradução, retroversão e retradução obedecendo a normas internacionais de adaptação transcultural previamente estabelecidas em 2000. Os questionários foram administrados aos pacientes por observadores Médicos Dentistas calibrados. O XI foi administrado em primeiro lugar seguido de imediato pela administração do DMQ. Este procedimento foi repetido às duas semanas para validação da fiabilidade. A adaptação transcultural das versões portuguesas foi analisada pelos seguintes parâmetros: Consistência interna, fiabilidade de teste repetição e construção de validade com recurso ao coeficiente de Cronbach alfa e coeficientes de correlação inter itens, coeficiente interno de correlação de classe (ICC) e análise de variância (ANOVA) respectivamente. A construção de validade específica foi ainda aferida com observações objectivas de sinais intra e peri orais de consequências da diminuição de secreção salivar pelos clínicos observadores. O nível de significância alfa escolhido foi o de 5%. Todos os doentes assinaram um consentimento informado e este estudo foi aprovado pelas comissões de ética do Instituto Português de Reumatologia e da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

Resultados: Os valores de consistência interna (Cronbach alfa) (Primeira e segunda medição às duas semanas) para o XI e DMQ foram de 0,901 e 0,900 e de 0,801 e 0,762 respectivamente. A média dos coeficientes de correlação entre itens foi de

0,452 e de 0,448 para o XI e de 0,366 e 0,314 para o DMQ. A gama de fiabilidade de teste repetição (ICC) foi de 0,789 a 0,936 para o XI e de 0,391 a 0,636 para o DMQ. Na verificação da construção de validade por correspondência com avaliações de sinais objectivos existiu maior convergência para o XI e em maior número de questões comparativamente ao DMQ.

Discussão: A versão portuguesa do questionário XI apresenta uma performance superior em todos os níveis de avaliação situando-se superiormente aos mínimos de aceitabilidade considerados na literatura (0,9 para o Cronbach Alfa, 0,4 para o coeficiente de correlação inter itens e 0,75 para o ICC). O DMQ não só se comporta pior como também produz resultados abaixo dos níveis mínimos considerados para a validação de questionários.

Conclusões: O questionário XI demonstrou uma validade elevada na avaliação da percepção da xerostomia por pacientes com síndrome de Sjögren primário, devendo ser preferido ao DMQ, este último com performances manifestamente insuficientes. Deverão ser realizados mais estudos com populações diferentes e amostras de maiores dimensões.

CLP27 – TERAPÊUTICA BIOTECNOLÓGICA NA ARTRITE PSORIÁTICA MUTILANTE – RELATO DE UM CASO

Daniela Peixoto¹, Filipa Teixeira¹, Ana Ribeiro¹,
José Costa¹, Carmo Afonso¹, Lucia Costa¹,
Domingos Araujo¹

1. Serviço de Reumatologia, ULSAM – Ponte de Lima

Introdução: A artrite mutilante é uma forma rara mas agressiva de artrite psoriática que atinge particularmente as pequenas articulações das mãos e pés. Caracteriza-se por osteólise das falanges e exuberante destruição articular, habitualmente com preservação das estruturas tendinosas, nervosas e vasculares. Consequentemente há perda da arquitetura digital e marcada incapacidade funcional.

O uso dos DMARDs clássicos nesta situação clínica tem-se revelado decepcionante. A utilização dos agentes biotecnológicos na artrite mutilante é ainda muito escassa, encontrando-se na literatura apenas relato de alguns casos.

Os autores pretendem partilhar a sua experiência com o uso de um fármaco anti-TNF alfa, desde há cerca de dois anos, no tratamento de um caso de artropatia mutilante.

Caso Clínico: Doente observado na consulta de Reu-

matologia aos 39 anos de idade, referindo início da sua doença aos 23 anos de idade com artrite das pequenas articulações das mãos e pés, associada a psoríase cutânea. Apesar da medicação anti-inflamatória e da terapêutica imunossupressora com metotrexato, teve evolução destrutiva muito significativa.

Na observação constatou-se telescoping do 4º e 5º dedos da mão direita e do 4º dedo da mão esquerda e a avaliação radiológica confirmou a artropatia mutilante. Analiticamente, e de forma persistente, apresentava elevação ligeira dos parâmetros biológicos de inflamação.

Iniciou, há dois anos, adicionalmente à terapêutica com metotrexato, Etanercept na dose de 50mg/semana, tendo-se verificado normalização dos parâmetros de actividade inflamatória, melhoria da capacidade funcional e estabilização da evolução destrutiva, não se tendo verificado quaisquer lesões de novo até ao momento.

Discussão e Conclusão: Apesar da ausência de evidência científica clara e consistente quanto ao benefício da terapêutica anti-TNF alfa no tratamento da artropatia mutilante, a experiência com estes fármacos nas outras formas clínicas de artrite psoriática, aliada à marcada progressão destrutiva e ao consequente compromisso funcional num doente ainda muito jovem, levaram-nos a considerar o uso destes fármacos neste caso clínico, tendo-se obtido, aparentemente, estabilização do mesmo, sem efeitos adversos até ao momento.

CLP28 – DORSALGIA EM DOENTE COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Daniela Peixoto¹, Filipa Teixeira¹, Ana Ribeiro¹,
Monica Bogas¹, Carmo Afonso¹, Lucia Costa¹,
Domingos Araujo¹

1. Serviço de Reumatologia, ULSAM – Ponte de Lima

Introdução: Apesar da aparente simplicidade diagnóstica subjacente a uma dorsalgia num doente com Espondilite Anquilosante, pelo frequente envolvimento das diferentes estruturas músculo-esqueléticas desta região anatómica, nunca será demais salientar que a dorsalgia pode ter outras origens, exigindo do clínico um conhecimento amplo e multidisciplinar.

Os autores apresentam um caso de dorsalgia atípica e relembram outras causas a ter em conta no seu diagnóstico diferencial.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 39 anos de idade, fumadora, referenciada à consulta de Reu-

matologia por raquialgia de ritmo inflamatório.

Na primeira observação, confirmou-se a história de lombalgia de características inflamatórias, com 3 anos de evolução, com boa resposta ao Diclofenac (150mg/dia), terapêutica que cumpria diariamente desde há um ano. Tinha, no entanto, como queixa preponderante, dorsalgia de início recente, constante, que persistia apesar da terapêutica já referida. Negava qualquer sintomatologia acompanhante.

No exame objectivo não apresentava alterações. O estudo analítico revelava apenas elevação dos parâmetros inflamatórios.

O estudo imagiológico permitiu estabelecer o diagnóstico de Espondilite Anquilosante, pelo que foi sugerido manter tratamento com AINE diário, alterando-se o Diclofenac para Eterocoxib 90 mg.

Pelo aparecimento de omalgia esquerda e, por iniciativa própria, a doente duplicou a dose prescrita, da qual resultou agravamento da dorsalgia.

Ao 11.º dia desta terapêutica, deu entrada no Serviço de Urgência, com quadro clínico de ventre agudo, tendo sido submetida a Laparotomia exploradora, que revelou perfuração de úlcera gástrica. Foi realizada Píloroplastia, com consequente resolução das queixas álgicas.

Discussão e Conclusão: Numa doente jovem, com quadro clínico claro de patologia raquidiana reumatisal inflamatória, sem queixas gerais ou viscerais, sem alterações no exame objectivo e sem alterações nos exames complementares de diagnóstico para além das que são passíveis de atribuir à sua doença de base, o surgimento de uma dorsalgia, de novo, poderá constituir apenas um sintoma de agravamento da mesma. No entanto, a persistência desta dorsalgia, a sua resistência à terapêutica anti-inflamatória habitual e a existência de alguns factores de risco para patologia ulcerosa, são características que devem fazer questionar este diagnóstico.

Concluiu-se que, nos doentes com patologia reumatisal inflamatória crónica envolvendo o raquis, qualquer sintomatologia de novo, mesmo que explicável, em teoria, pela doença de base, deverá ser sempre alvo de atenção acurada, não esquecendo nunca a possibilidade de, na sua origem, estar outra causa, com particular atenção para as etiologias visceral e neoplásica.

CLP29 – DOENÇA DE BEHÇET – UMA APRESENTAÇÃO SEVERA

Paula Manuel¹, Eurico Oliveira¹, Lénea Porto¹, Mafalda Miranda¹, Paulo Monteiro¹,

João Alexandre¹, Pedro Henriques¹

1. Hospital São Teotónio – Viseu

Introdução: A doença de Behçet (DB) é uma vasculite sistémica de causa desconhecida, descrita pela primeira vez em 1937 pelo turco Hulusi Behçet caracterizada por úlceras orais e/ou genitais recorrentes e envolvimento dos olhos, articulações, pele, vasos sanguíneos e sistema nervoso. Ocorre com mais frequência no Extremo Oriente, Médio Oriente e bacia Mediterrânica («Doença da Rota da Seda»). Geralmente, o início da doença situa-se entre os 20-35 anos e ocorre igualmente em ambos os sexos, embora os casos masculinos possam apresentar maior gravidade.

Caso Clínico: Homem, 37 anos de idade, sem antecedentes patológicos relevantes e sem medicação habitual. Admitido em internamento por queixas com cerca de 6 meses de evolução de poliartalgias das grandes articulações, de carácter inflamatório, impossibilitando a marcha sem apoio. Associado referia o aparecimento mais tardio de lesões dérmicas (pustulosas e pápulo-necróticas), aftose oral e genital, bem como febrícula e perda ponderal de cerca de 7Kg em 2 meses.

Analiticamente- leuc 18.20x10⁹ (81.5%neut); Hb 15.5g/dl; LDH 859U/L; VS 35mm; PCR 23.6mg/dl; Procalcitonina 0.12ng/ml; Proteinograma electroforético normal; Marcadores tumorais Negativos; Autoimunidade e Factor Reumatóide Negativos; Serologias de Hepatite B e C, HIV e grupo TORCH negativas; HLA B5 positivo. Realizada biopsia de lesão cutânea que revelou «foliculite pustulosa neutrofilica, aspecto que pode ocorrer na DB».

No internamento foi excluído envolvimento ocular e do sistema nervoso central.

Iniciou terapêutica com Prednisolona e Colchicina com boa resposta clínica e analítica inicial. Porém, por manter queixas de coxalgia realizou RMN das coxofemorais que revelou aspecto compatível com necrose asséptica das cabeças femorais bilateralmente. Aguarda colocação de PTA bilateral.

Actualmente medicado com Prednisolona, Colchicina, Azatioprina, AINE's, Cálcio e Vitamina D, com razoável controlo sintomático.

Conclusão: O caso clínico exposto revela uma apresentação atípica e severa da DB, com grande incapacidade funcional e limitação na realização das AVD's do nosso doente. Coloca-se neste caso a hipótese da necrose asséptica das cabeças femorais ser uma possível complicação dos fenómenos trombóticos associados à doença (estimados em

aproximadamente 10% a 30% casos), sendo que estes são mais comuns no sexo masculino e parecem correlacionar-se com a actividade inflamatória.

CLP30 – NECROSE AVASCULAR DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO ÚMERO: UM CASO GRAVE COM SINTOMATOLOGIA FRUSTE

Margarida Coutinho, Tânia Santiago, Sara Serra, Jorge Silva, J. A. Pereira da Silva¹

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A Necrose Avascular, também designada por Osteonecrose ou Necrose Asséptica, é uma entidade clínica decorrente do compromisso do aporte sanguíneo ao tecido ósseo, com a consequente necrose das áreas dependentes do território vascular acometido. A cabeça do fémur é a localização mais frequente desta lesão. A sua etiologia é variada, podendo associar-se a traumatismo local, corticoterapia crónica, hemoglobinopatias, hiperuricémia, dislipidémia, etilismo ou tabagismo crónicos, síndromes de hipercoagulabilidade, infecções e doenças do tecido conjuntivo (nomeadamente Artrite Reumatóide, Lúpus Eritematoso Sistémico ou Síndrome anti-fosfolípídeo). A dor local é, habitualmente, o sintoma inicial, apresentando, na maioria dos casos, uma instalação insidiosa.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, de raça branca, com 48 anos de idade. Antecedentes de obesidade, dislipidémia, hiperuricémia e portador de hábitos etílicos crónicos. Referenciado à consulta de Reumatologia por rigidez e noção de tumefacção do ombro direito, com cerca de 3 anos de evolução, sintomatologia iniciada após a realização de esforço físico acentuado. Negava dor, bem como compromisso da realização das actividades da vida diária. Negava queixas osteoarticulares de outras localizações, bem como queixas sistémicas. Ao exame objectivo geral, apresentava-se eupneico, apirético, com tensão arterial: 150/80 mmHg e índice de massa corporal: 36.1 Kg/m²; presença de discreta lesão de psoríase na região cervical posterior; auscultação cárdio-pulmonar, exame abdominal e dos membros sem alterações de relevo. Ao exame reumatológico apresentava limitação da abdução activa do ombro direito (acima dos 90°), com manobras de avaliação da coifa dos rotadores positivas à direita (ausência de outras alterações). Analiticamente, destacavam-se um hemograma e velocidade de sedimentação normais, áci-

do úrico sérico: 11.6 gr/dl, TGO: 57 UI/ml, G-GT: 100 UI/ml, colesterol total: 271 mg/dl, colesterol LDL: 202 mg/dl e triglicéridos: 436 mg/dl (proteína C reactiva e restantes parâmetros de bioquímica sem alterações). A radiografia dos ombros evidenciou a completa ausência da cabeça e da porção proximal da diáfise do úmero direito (sem alterações à esquerda). O doente foi internado no serviço de Reumatologia para esclarecimento diagnóstico. Foram solicitadas serologias víricas (hepatite B, C, HIV), prova de Mantoux, factor reumatóide e anti-CCP2, os quais não revelaram alterações. A RMN do ombro direito confirmou a destruição da extremidade proximal do úmero, com presença de alterações sugestivas de osteonecrose, bem como a rotura dos tendões da coifa dos rotadores, atrofia do músculo supra-espinhoso e degenerescência adiposa (grau III) dos músculos subescapular e infra-espinhoso. Devido à extensa destruição tecidual, o doente foi submetido a biopsia lesional, cujo estudo anátomo-patológico evidenciou a presença de áreas de necrose, tecido ósseo degenerativo e ausência de células neoplásicas. Foram efectuadas recomendações gerais, sublinhando a necessidade de abstinência etílica, de cumprimento de dieta pobre em purinas e de perda ponderal, bem como instituída terapêutica hipolipemiante. O doente foi referenciado à consulta de Ortopedia e, apesar de apresentar indicação para colocação de prótese total do ombro, recusou a referida opção terapêutica.

Discussão: No presente caso clínico, a existência de hábitos etílicos crónicos, de hiperuricémia e de dislipidémia, representaram factores contributivos para a ocorrência de Necrose Avascular do úmero. A extensa destruição tecidual exigiu o despiste de neoplasia óssea (primária ou secundária), através da realização de biopsia da lesão. Em situações de estadiamento evolutivo avançado, a artroplastia com colocação de prótese do ombro representa a opção terapêutica de eleição.

Conclusão: Os autores destacam este caso clínico pela exuberância da destruição óssea do úmero, apesar da sintomatologia escassa evidenciada pelo doente.

CLP31 – RAQUIALGIA INFLAMATÓRIA – CASO CLÍNICO

João Rovisco¹, Tânia Santiago¹, Cátia Duarte¹

1. Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A espondilodiscite e abscesso epidural são entidades nosológicas relativamente raras mas

com incidência crescente devido ao maior número de intervenções raquidianas, uso de drogas endovenosas e imunodepressão. O quadro clínico é muitas vezes inespecífico sendo necessário uma elevada suspeição para se chegar ao diagnóstico. É essencial que este seja feito precocemente pois é determinante na manutenção da capacidade funcional destes doentes.

Caso Clínico: Doente de 28 anos de idade com quadro clínico de lombalgia inflamatória com 6 meses de evolução. Irradiação para a região proximal das coxas com sensações disestésicas. Sem noção de traumatismo ou infecções prévias. Sem noção de atingimento de articulações periféricas. Referia emagrecimento de 10 Kg no último ano, astenia, cansaço fácil e sudorese nocturna profusa. Sem outras queixas na revisão por aparelhos e sistemas. Como antecedentes pessoais destacava-se o consumo de cocaína endovenosa.

Ao exame objectivo encontrava-se emagrecida, com adenopatias inguinais, auscultação cardiopulmonar sem alterações, abdómen inocente. Ao exame reumatológico palpava-se tumefacção óssea na transição dorso-lombar muito dolorosa. Cifose angular acentuada. Schober 10-11 cm, manobras sacro-iliacas negativas.

Analicamente destacava-se VS 120 mm 1ª hora, PCR 5,75 mg/dl, GGT 95, TGP 71. HLA B 27 negativo. Hemoculturas e urocultura negativa. Serologia para hepatite C positiva. Intradermorreacção de 20 mm. Pesquisa de BK nos líquidos biológicos negativas. Rx tórax com achatamento de D12 e L1 e cifose acentuada. TC mostrou destruição em cunha dos corpos vertebrais referidos, massa paravertebral anterior e lateral direita de D11 a L2, com extensão intracanal condicionando redução do calibre do canal raquidiano e deformação do saco tecal. RMN confirmou espondilodiscite e osteomielite D11-L1 sem repercussão canal. Realizou biopsia dirigida por TC que mostrou alterações consistentes com processo inflamatório crónico sem características de especificidade. A cultura do material colhido foi negativa.

Perante os achados foi instituída terapêutica empírica com vancomicina e imipenem e prescrito dorsolombostato. Não existiu melhoria imagiológica no controlo pós terapêutica, pelo que foi decidido iniciar terapêutica anti-bacilífera com isoniazida, etambutol, pirazinamida e rifampicina com evolução favorável.

Conclusão: A espondilodiscite infecciosa é uma patologia rara com incidência crescente e potencial-

mente debilitante. A histórica clínica, assim como uma alta suspeição diagnóstica são essenciais para início de terapêutica precoce e agressiva de modo a evitar as suas consequências nefastas.

CLP32 – PODALGIA E ARTRITE REUMATÓIDE – UMA CAUSA POUCO COMUM

Georgina Terroso¹, Miguel Bernardes¹, Luzia Sampaio¹, Lígia Silva¹, Francisco Simões Ventura¹

1. Hospital de São João e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Caso Clínico: Os autores descrevem o caso de um homem caucasiano de 50 anos com história de artrite reumatóide seropositiva (factor reumatóide e anti-CCP) diagnosticada há cerca de 15 anos, bem controlada (DAS 28-4v < 3.2) sob terapêutica com leflunomida 20 mg id, hidroxicloroquina 400 mg id e corticoterapia em baixa dose, que apresentou queixas de dor com características disestésicas no pé direito, com hipostesia na face plantar do médio pé e dos primeiro e segundo dedos.

Realizou-se ecografia, que mostrou tenossinovite do tibial posterior, com colecção heterogénea alongada desde o maléolo interno até à planta do pé, contactando com o tendão flexor do hálux e com sinais de proliferação tecidual periarticular na face dorsal do médio-pé e primeira articulação metatarsofalângica, sugerindo *pannus* inflamatório.

Na electromiografia, detectou-se baixa amplitude do potencial motor do nervo tibial direito captado no abdutor do hálux e ausência de detecção dos potenciais sensitivos do nervo plantar medial.

Para esclarecimento dos achados, realizou-se ressonância magnética, que confirmou a presença de síndrome do túnel do tarso à direita.

Procedeu-se a infiltração do canal társico direito com metilprednisolona e lidocaína, com resolução das queixas.

Conclusão: A síndrome do túnel társico ocorre por compressão do nervo tibial posterior no retináculo dos flexores. É uma causa pouco comum de podalgia mas está documentada em cerca de 25% dos doentes com artrite reumatóide.

O tratamento consiste na administração de anti-inflamatórios, injeção local de corticosteróides, uso de ortóteses e, eventualmente, cirurgia de descompressão. No caso apresentado, o paciente permaneceu assintomático após infiltração local.

CLP33 – UMA MUTAÇÃO... MUITOS DIAGNÓSTICOS

Ângela Santos Neves¹, Regina Belo¹,
Joana Matos da Silva¹, Claudia Almeida Vicente¹,
Gil Correia¹, Diana dos Santos¹

1. UCSP Montemor-o-Velho

Introdução: A mutação do gene da metiltetrahydrofolato reductase (MTHFR) é factor de risco para eventos trombóticos arteriais e venosos e tem sido associada a várias doenças vasculares como Doença Kawasaky e doença cardiovascular. A nível placentar devido a fenómenos tromboembólicos esta mutação pode estar na causa de abortamentos de repetição, descolamento placentar e parto pré-termo.

Caso clínico: Mulher, caucasóide, 41 anos com história de poliartralgias inflamatórias com 5 anos de evolução seguida nas consultas de auto-ímmunes e reumatológicas tendo como diagnóstico provisório esclerodermia/síndrome de CREST. Apresentava poliartralgias dos punhos e pequenas articulações das mãos, fenómeno de Raynaud e fácies típico de esclerodermia. Estava medicada com contraceptivo oral, metilprednisolona 20 mg e azatioprina. O estudo de marcadores de doença inflamatória e reumatismal foi negativo. Realizou capilaroscopia que evidenciou lesões compatíveis com vasculite. Em 2009 recorre ao serviço se urgência por alterações visuais e hemiparésia esquerda ligeira tendo sido diagnosticada neuropatia óptica isquémica. Durante o internamento surgem lesões telangiectásicas e equimoses, havendo referência a quadro semelhante anterior que a doente nunca valorizou. Realiza RMN que revela lesão subcortical direita. A doente fez estudo de coagulação que revelou uma mutação do gene MTHFR e 2 determinações do PFA com valores ligeiramente acima do valor de referência, sendo o restante estudo de coagulação negativo. A doente desenvolve em 2010 quadro exuberante de equimoses nos membros inferiores e tórax sendo postulado a hipótese de ser secundário à corticoterapia reduzindo-se para metade a dose de corticóide havendo controlo parcial das lesões equimóticas. Em Julho é internada no serviço de Reumatologia e é feito o diagnóstico de vasculite e púrpura psicogénica sendo enviada a consulta de psiquiatria e medicada com trazodone. Nos antecedentes fisiológicos desta doente há a destacar 2 abortamentos às 16 e 13 semanas e 2 partos de termo. Nos antecedentes familiares há a destacar a avó materna com tromboembolia pulmonar e irmã com história de abortamento.

Discussão e conclusão: A mutação do gene MTHFR

está associada a eventos tromboembólicos. Esta doente apresenta a mutação e um quadro clínico que parece encaixar-se neste diagnóstico: neuropatia óptica isquémica, lesão subcortical, 2 abortamentos e fenómenos de vasculite. A abordagem desta doente passa sempre por um seguimento multidisciplinar em que uma boa comunicação entre os profissionais se torna fundamental no sentido de uma abordagem holística que permita uma melhor abordagem diagnóstica e terapêutica.

CLP34 – SACROILEÍTE BILATERAL E BRUCELOSE – UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM

Filipa Teixeira¹, Daniela Peixoto¹, Ana Ribeiro¹,
Mónica Bogas¹, Carmo Afonso¹, Domingos Araújo¹

1. Serviço de Reumatologia, Ponte de Lima, ULSAM

Introdução: O envolvimento osteoarticular é a complicação focal mais comum da brucelose, ocorrendo em 1/3 dos casos, atingindo com maior frequência a coluna lombar, sacro-ilíacas, em geral de forma unilateral, coxo-femorais e joelhos. Por este motivo, em países de alta incidência, como Portugal, esta entidade clínica deve ser sempre suspeitada quando associada a quadro clínico e contexto epidemiológico sugestivos. No entanto, por vezes, o diagnóstico pode tornar-se mais difícil, quer pela semelhança com a fase inicial de algumas doenças reumáticas inflamatórias, quer pela ausência de contexto epidemiológico ou de alterações específicas em exames complementares.

Caso Clínico: Adolescente do sexo masculino, de 13 anos, residente na cidade de Viana do Castelo. Apresentava quadro com 3 semanas de evolução, de lombossacralgia e coxalgia bilateral de início súbito, com agravamento progressivo, associadas a grande incapacidade funcional, que o obrigavam a imobilização absoluta no leito. Uma semana depois do início destas queixas, aparecimento da febre (máx. 38,6°C), e agravamento acentuado das queixas articulares, motivo pelo qual foi internado. Referia ainda astenia, anorexia e emagrecimento (2kg nas últimas 3 semanas). Sem outras queixas relativas a outros órgãos ou sistemas.

Dos antecedentes havia a referir episódio de orqui-epididimite 3 meses antes. Negava consumo de leite não pasteurizado ou seus derivados, assim como qualquer contacto com animais domésticos.

À observação encontrava-se imobilizado no leito, com dor à palpação das sacro-ilíacas, e dor e limitação das coxo-femorais. Salientava-se ainda

palpação abdominal dolorosa e ligeira hepato esplenomegalia.

Da avaliação analítica destaca-se elevação da Vg e PCR e negatividade das serologias víricas, reacção de Widal-Félix e Wright e hemoculturas. A RMN da bacia relevou sacroileíte bilateral. Foi colocada como hipótese mais provável um quadro de Espondilartrite, pelo que iniciou terapêutica com anti-inflamatório não esteróide, com alguma melhoria. A evolução clínica pouco favorável, obrigou a reformular as hipóteses diagnósticas, ponderando-se de novo a etiologia infecciosa. A positividade dos anticorpos anti-brucella por ELISA confirmou o diagnóstico de sacroileíte por *Brucella*. Iniciou terapêutica com rifampicina e doxiciclina, com boa resposta, estando à sexta semana de antibioterapia sem febre ou qualquer queixa articular.

Discussão: O envolvimento osteoarticular na brucelose, apesar de comum, pode tornar-se um grande desafio diagnóstico, uma vez que o período de latência da infecção pode ser variado e longo, nem sempre há um contexto epidemiológico sugestivo e a serologia nem sempre é positiva. Neste caso clínico, estas características associadas à sacroileíte bilateral, implicaram o diagnóstico diferencial com uma Espondilartrite. Só a determinação por ELISA permitiu estabelecer diagnóstico definitivo de brucelose e a instituição de terapêutica adequada.

CLP35 – OMBRO DOLOROSO: A IMPORTÂNCIA DA IMAGIOLOGIA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL – CASO CLÍNICO

Filipa Teixeira¹, Daniela Peixoto¹, Ana Ribeiro¹, Mónica Bogas¹, Carmo Afonso¹, Domingos Araújo¹

1. Serviço de Reumatologia, Hospital de Ponte de Lima, ULSAM

Introdução: A dor no ombro é um motivo frequente de recurso à consulta de Reumatologia e uma causa habitual de incapacidade. A patologia peri-articular é a causa não traumática mais comum, sendo a tendinopatia da coifa dos rotadores com conflito subacromial a entidade mais frequente. Em algumas situações, apesar de uma história e exame objectivo detalhados, não é possível distinguir outras causas mais raras.

Caso Clínico: Os autores descrevem o caso clínico de uma doente do sexo feminino, de 60 anos, referenciada à consulta de Reumatologia por omalgia direita com 6 meses de evolução cujo diagnóstico

mediante o quadro clínico poderia ter passado despercebido. Além da dor no ombro, a doente referia parestesias no braço direito, de início mais recente. Já tinha efectuado terapêutica com anti-inflamatório não esteróide, sem qualquer melhoria. No exame objectivo apresentava os sinais típicos de compromisso da coifa dos rotadores com limitação dolorosa dos movimentos, envolvendo sobretudo a abdução e rotação externa, e discreta atrofia dos músculos supra e infra-espinhoso. Na radiologia do ombro não apresentava alterações. Foi realizada ecografia do ombro, onde foi observada lesão ovalada hipoecogénica na vertente lateral da incisura espino-glenoideia com cerca de 2,5 cm de diâmetro, compatível com quisto gangliónico. Sem outros sinais ecográficos de envolvimento da coifa. Foi pedida RM do ombro direito que confirmou esta suspeita com possível ruptura do labrum glenoideu associada e evidência de compressão do nervo supra-escapular. Foi realizada aspiração do quisto e infiltração com corticóide com melhoria sintomática. No entanto, pelo reaparecimento das queixas e confirmação ecográfica de recidiva do quisto, foi proposta intervenção cirúrgica.

Discussão: A compressão do nervo supra-escapular por um quisto gangliónico ao nível da incisura espino-glenoideia é uma causa rara de dor no ombro que pode originar incapacidade irreversível por desnervação de alguns músculos da coifa dos rotadores. Na generalidade dos casos a sintomatologia é muito inespecífica, podendo ser confundida com tendinopatia do ombro. No caso descrito, apesar do quadro clínico poder subtilmente evocar compromisso neurológico, só a realização da ecografia, no momento da observação da doente, permitiu estabelecer o diagnóstico precocemente e tratamento adequado. A RM confirmou a suspeita, mostrando ainda ruptura do labrum glenoideu, alteração muito frequente nesta situação clínica. Na apresentação deste caso serão exibidas imagens ilustradoras das lesões identificadas.

CLP36 – TERAPÊUTICA BIOLÓGICA – EFICÁCIA VERSUS SEGURANÇA

Joana Matos da Silva¹, Ângela Santos Neves¹, Claudia Almeida Vicente¹, Regina Belo¹

1. UCSP Montemor-o-Velho

Pertinência: A terapêutica biológica é actualmente usada no tratamento de várias patologias reumatológicas (Artrite Reumatoide, Espondilite Anquilosante)

te, Artrite Psoriática). Os resultados têm surpreendido positivamente, apesar de pairar sempre a «sombra» dos efeitos adversos quando se inicia esta terapêutica. O presente trabalho tem por objectivo uma revisão dos efeitos adversos mais frequentes e qual o seu peso no processo de decisão terapêutica.

Métodos: Pesquisa Pubmed na MeSH Database das palavras-chave «Rheumatic Diseases», «Biological Therapy», «Biological Therapy – adverse effects / contraindications/complications», publicações até à data.

Desenvolvimento: Os agentes biológicos (AB's) foram implicados no aumento de risco de infecções, neoplasias e aparecimento de doenças auto-imunes em numerosos estudos. Os dados mais recentes referem que a maioria das infecções é «minor» e predominantemente localizada ao aparelho respiratório, urinário, pele e tecidos moles, havendo relatos de casos de sépsis e morte. Aponta-se ainda uma minoria de casos de reactivação de tuberculose e outras infecções oportunistas (histoplasmose, listeriose). Não existem dados que correlacionem os AB's com a reactivação de infecções virais crónicas. A literatura identifica como sendo comuns as alterações hematológicas (leucopenia) e o desenvolvimento de autoanticorpos, registando-se casos raros de síndromes «Lupus-like», vasculites e síndromes desmielinizantes. Verifica-se ainda a associação entre a terapêutica biológica e o aumento de risco de neoplasias, mais especificamente melanomas e neoplasias não melanocíticas da pele.

Conclusões: A terapia biológica está associada a um aumento de risco de infecções, neoplasias e doenças autoimunes, risco esse que deve ser ponderado no momento de decisão terapêutica. Os excelentes resultados que apresentam na evolução das patologias reumatológicas pode ser tentador, quer para o clínico quer para o doente, menosprezando-se esse risco. Torna-se assim imperativo que se haja critérios que ponderem este risco e que regulem a instituição dos AB's, tornando-se também necessários estudos a longo prazo que os fundamentem.

CLP37 – OSTEOPOROSE... PARA ALÉM DE UM FACTOR DE RISCO

Ângela Santos Neves¹, Edgar Ferreira²,
Joana Matos da Silva¹, Claudia Almeida Vicente¹,
Regina Belo¹, Diana dos Santos¹, Gil Correia¹
1. UCSP Montemor-o-velho; 2USF Pinhal de Frades

A importância da osteoporose centra-se no facto de ser um factor de risco para fracturas, sendo o

objectivo do seu tratamento a prevenção das mesmas nomeadamente das da anca pelas suas repercussões clínicas importantes. Sabe-se que a densitometria óssea mede com pouca precisão a densidade mineral óssea (largo intervalo de confiança) e também que esta não é um bom preditor do risco de fractura. Em termos de prevenção primária o factor de risco mais importante de fractura são as quedas e não a densidade mineral óssea pelo que uma abordagem inicial deve sempre passar pela prevenção das quedas. Os resultados com os fármacos anti fracturários correlaciona-se fracamente com a prevenção de fracturas e está associado a efeitos adversos importantes nomeadamente fracturas atípicas.

Pesquisa de artigos nas bases de dados MEDLINE, Cochrane e UPTODATE. Consulta de livros de texto: Orientações Técnicas de diferentes sociedades internacionais.

Os autores fazem uma revisão baseada na evidência das várias intervenções associadas à prevenção de fracturas em doentes osteoporóticos nomeadamente alimentação, hábitos tabágicos e alcoólicos, intervenções a nível de prevenção de quedas, exercício físico, suplementação mineral, programas de intervenção no domicílio e multifactoriais, uso de protectores da anca e terapêutica farmacológica.

A boa adesão do doente ao tratamento é condição *sine qua non* para a sua eficácia. A existência de efeitos secundários importantes ou intolerância são factores que levam ao abandono da terapêutica. A polimedicação é um problema importante na população geriátrica pelo que se torna necessário sermos parcimoniosos na gestão da medicação sob o risco de aumentarmos a frequência de efeitos adversos. Existem várias intervenções que demonstram benefícios com graus de evidência superiores relativamente à medicação, sendo no final mais custo-efectivas. Quando abordamos um doente nunca devemos desprezar essas intervenções que apesar de custo efectivas exigem um maior tempo de consulta e disponibilidade comunicacional por parte do médico e um envolvimento dos cuidadores que nem sempre é fácil ou possível mas que deve ser sempre tentado.

CLP38 – NEM TUDO O QUE PARECE É

Regina Belo¹, Ângela Santos Neves¹, Claudia Almeida Vicente¹, Joana Matos da Silva¹, Diana Santos¹, Gil Correia¹
1. UCSP Montemor-o-Velho

Introdução: A gota úrica é uma artrite microcristalina, cujo espectro clínico engloba vários estádios, sendo um deles a gota tofácea crónica. Esta corresponde a deposição de cristais de monourato de sódio no tecido conjuntivo, em estruturas articulares, periarticulares ou subcutânea, podendo levar a artropatia destrutiva. Nas mãos os tofos podem atingir grandes dimensões com deformação e compromisso da dinâmica articular associados.

Na gota tofácea crónica, o aparecimento dos tofos associa-se a idade precoce de diagnóstico de gota úrica, duração prolongada da doença, ausência ou tratamento insuficiente, crises agudas frequentes e níveis elevados de hiperuricémia. Os tofos gotosos desenvolvem-se após anos de doença; tipicamente poupam o espaço interarticular e apresentam radiologicamente uma forma redonda ou oval delimitadas por um halo esclerótico.

Caso Clínico: Doente género masculino, 54 anos, empregado fabril, recorre a consulta em Setembro 2010, apresentando tumefacção 4º dedo mão direita, em redor da articulação interfalângica distal, de consistência duro-elástica, limites irregulares, sem flutuação, rubor ou dor à palpação, mas com limitação da flexão. Perante a observação coloca-se o diagnóstico provisório de tofo gotoso. O doente nega antecedentes de hiperuricémia ou gota e refere antecedentes de lesão semelhante no mesmo local, após traumatismo em acidente laboral em 2005, com aumento progressivo de tamanho. Foi submetido em 2006 a exérese da lesão tendo sido esta lesão interpretada como tofo gotoso. O estudo imagiológico revela formação nodular heterogénea rodeando o flexor, a sugerir processo inflamatório, e imagem osteolítica na falange média do 4º dedo em relação com encondroma. O doente foi encaminhado para consulta em cuidados hospitalares, para prosseguimento do estudo e eventual exérese da lesão.

Discussão e Conclusão: Apesar do aspecto macroscópico compatível com tofo gotoso, analisando a história clínica, antecedentes e resultados dos exames complementares de diagnóstico, exclui-se a presença de gota tofácea crónica. O encondroma é um tumor benigno derivado de tecido cartilágneo, aparecendo radiologicamente como uma lesão lítica; geralmente indolores e de crescimento lento, são muitas vezes um achado radiológico, ocorrendo a maioria (60%) nos ossos longos das mãos. Em raros casos pode ocorrer degeneração maligna para condrosarcoma. O sinal mais importante de uma malignização é o surgimento de dor.

Nos casos de encondromas assintomáticos, procede-se a vigilância radiológica do tamanho. Nos casos sintomáticos e/ou grandes dimensões está indicada a exérese cirúrgica.

CLP39 – DORES RECORRENTES NA ADOLESCÊNCIA

T Santiago, J Rovisco, J Silva, JA Pereira da Silva¹

1. Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra;

Introdução: O Síndrome de Hiper mobilidade Articular (SHA) consiste num quadro de lassidão cutânea e ligamentar generalizado, sem doença congénita ou do tecido conjuntivo associada. Traduz-se por episódios recorrentes de dor em múltiplas articulações, sem sinais inflamatórios e sem critérios de fibromialgia. As articulações mais atingidas são as têporo-mandibulares, ombros, metacarpofalângicas (MCF), joelhos (patela) e túbio-társicas. A repetição de episódios favorece a ocorrência de artrose secundária. O diagnóstico assenta em 4 ou mais pontos dos critérios abaixo referidos; e artralguas há mais de 3 meses em quatro ou mais articulações. Atribui-se um ponto (um para cada lado do corpo) a cada um dos seguintes critérios: 1) Extensão passiva da 5ª MCF > 90º; 2) Contacto passivo do polegar com o antebraço; 3) Hiperextensão do cotovelo > 0º; 4) Hiperextensão do joelho superior a 0º; 5) contacto das palmas das mãos com o solo, mantendo joelhos em extensão.

Caso Clínico: Os autores descrevem o caso de uma jovem de 16 anos referenciada à Consulta de Reumatologia por dores articulares generalizadas e difusas com vários anos de evolução. As dores eram ocasionais, iniciavam-se subitamente, e agravavam com o exercício físico. O exame geral mostrou grande agilidade e flexibilidade articular. Apresentava ainda hiper mobilidade de várias articulações: os cotovelos faziam hiperextensão em mais de 150, o polegar contactava com o antebraço, e a 5ª MCF fazia 90º de extensão passiva. Foi feito o diagnóstico de SHA após exclusão de outras síndromes que cursam com hiper mobilidade. Foi aconselhada vigilância médica e reforço muscular, evitando movimentos extremos.

Discussão: A SHA é uma condição benigna que tende a melhorar com a idade. Exige a exclusão de outras síndromes que cursam com hiper mobilidade como o Síndrome de Ehlers-Danlos, Síndrome de Marfan e Osteogénese Imperfecta. Embora não haja tratamento específico para a SHA, podem

ser fornecidos conselhos para melhorar a qualidade de vida dos doentes sobre o estilo de vida, desportos, hobbies e fisioterapia. O tratamento baseia-se principalmente em actividades físicas aeróbicas e fortalecimento muscular; e apenas actividades de muito impacto devem ser evitadas. O uso de contenção elástica nas articulações mais susceptíveis poderá ser útil.

CLP40 – OSSO DURO DE ROER!

Claudia Almeida Vicente¹, Ângela Santos Neves¹, Joana Matos da Silva¹, Regina Belo¹
1. UCSP Montemor-o-Velho

Introdução: A prática de exercício físico tem registado uma aumento do número de participantes, por vezes sem orientação técnica. Daqui resulta o aparecimento de lesões de sobrecarga nas quais se incluem as tendinopatias, rupturas/contracturas musculares e as fracturas de *stress*.

Relato de caso: Jovem, 27 anos, praticante de voleibol recorre à nossa consulta por dor na face anterior da perna esquerda com um ano e meio de evolução e agravamento recente. A dor tinha características mecânicas e cedia parcialmente aos analgésicos. Nega queda ou traumatismo local. Os antecedentes patológicos são irrelevantes e nos alimentares salienta-se um baixo consumo de lactácios e um consumo importante de soda (1,5L/dia). À inspecção local apresenta zona tumefacta de consistência óssea sem sinais inflamatórios associados. Realiza análises de sangue e radiografia da perna esquerda, que revela fractura da face anterior da tíbia. O doente é referenciado à Ortopedia, onde realiza Ressonância Magnética que descarta envolvimento da medular. Inicia programa de reabilitação física e é informado da impossibilidade de retomar o voleibol. Volta à nossa consulta manifestando intenção de retomar o voleibol, apesar da opinião contrária do fisiatra e ortopedista. É prescrito ranelato de estrôncio e reforçada a necessidade de repouso. Volta passados dois meses, após ter retomado a prática de voleibol sem limitações. Um ano depois, mantém actividade física.

Discussão/Conclusão: As fracturas de *stress* são lesões relativamente comuns em atletas, mas o aumento de praticantes de actividade física torna estas lesões mais comuns na prática do médico de família. Além dos atletas estão em risco para este tipo de lesão os militares, quem inicia actividade

física ou aqueles que realizam caminhadas prolongadas (e.g. peregrinações). Só um grau de suspeição permite o pedido de exames que esclareçam o diagnóstico e desta forma se possa instituir o tratamento.

Palavras-chave: Fractures, *stress*.

CLP41 – BRUCELOSE OSTEO-ARTICULAR:

UM RETRATO DOS ÚLTIMOS 10 ANOS

T Santiago, J Rovisco, J Silva, JA Pereira da Silva¹

1. Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra;

Introdução: A brucelose é uma zoonose endémica em Portugal. As quatro espécies associadas à brucelose humana são: *Brucella melitensis*, *B. abortus*, *B. suis* e *B. canis*. Os principais meios de transmissão são a ingestão de alimentos não pasteurizados e o contacto ocupacional com animais infectados. A brucelose pode apresentar-se sob duas formas: aguda e crónica/localizada. Esta última forma, inclui em 20 a 40% dos casos, manifestações osteo-articulares variadas como sacroileíte, espondilodiscite, osteomielite, artrite periférica, tenosinovite e bursite.

Objectivo: Caracterizar uma série de doentes com Brucelose Osteo-Articular.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos casos diagnosticados de Janeiro de 2000 a Dezembro de 2009 nos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC).

Resultados: Foram estudados 90 doentes com o diagnóstico de brucelose nos HUC, sendo que 44 (49%; 26 homens/18 mulheres; média de 49,5 anos) tinham complicações osteo-articulares. Em 25 (45%) doentes foi possível identificar contexto epidemiológico associado. O sintoma mais frequente foi dor local (73%) seguido de poliatralgias e sintomas constitucionais, com duração média de 32 dias. A proteína C-reativa foi o marcador inflamatório mais frequentemente aumentado (82%). Em 42 doentes o Rosa Bengala foi positivo, e 28 doentes tinham um título Wright superior a 1/160. Em 37 (85%) doentes foi isolado o agente etiológico, com 75% das hemoculturas positivas. O exame imagiológico mais utilizado foi a Ressonância Magnética (46%). A manifestação osteo-articular mais frequente foi a espondilodiscite (57%) com envolvimento lombosagrado em 40%. Todos os doentes cumpriram antibioterapia. Um doente fez cirurgia para drenagem de abscesso. Os doentes fo-

ram hospitalizados, com a duração média de internamento de 28,3 dias. 60% tiveram boa evolução, 10% uma evolução razoável e em 10 doentes perdeu-se o *follow-up*.

Conclusões: A brucelose é uma doença de declaração obrigatória ainda não erradicada em Portugal, mas com grande impacto a nível sócio-económico e de saúde pública. Por este motivo, torna-se relevante o conhecimento epidemiológico dos casos de brucelose permitindo uma intervenção e terapêutica precoces.

CLP42 – HOSPITAL DE DIA – PAPEL DO ENFERMEIRO

Ildeberto Sousa¹, Ricardo Trinca¹, Fátima Pinto¹

1. Instituto Português de Reumatologia

A enfermagem é a prevenção de doenças, alívio do sofrimento, assim como a protecção, promoção e restabelecimento da saúde no cuidado de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, participando em todos os campos dos cuidados de saúde.

Com o objectivo de identificar o papel do enfermeiro no Hospital de Dia, tendo em conta que depende de conhecimentos, competências e atitudes, foi realizada uma revisão bibliográfica, desvendando o contributo do mesmo neste contexto.

Parte integrante de uma equipa multidisciplinar, o enfermeiro contacta o doente, estabelece uma relação potencialmente terapêutica com trocas de experiências, acolhe o doente, proporciona conforto e bem-estar, detecta e promove a satisfação das necessidades básicas, colhe dados pertinentes através de técnicas de comunicação eficazes, garante a continuidade dos cuidados, administra terapêutica e monitoriza o doente, ensina e capacita o doente para o autocuidado. Desta forma, presta cuidados à pessoa/família, segundo a sua experiência humana de saúde.

Desde o primeiro contacto telefónico com o doente, realizado antes da sessão em Hospital de Dia, passando pela alta e prolongando-se no contacto permanente em situação domiciliária por telefone, o enfermeiro desempenha um papel fulcral na manutenção da saúde e capacitação do doente para o autocuidado, proporcionando as condições necessárias para a existência de um utente informado, consciente e independente na auto-gestão da sua saúde/doença.

Desta forma a relação entre enfermeiro/utente/família, é fortalecida aumentando os níveis de

aceitação da continuidade do programa de tratamento. O espírito de equipa, utente/enfermeiro/médico/instituição, ganha consistência e proporcionam um aumento de confiança no cumprimento do programa terapêutico.

CLP43 – ECOGRAFIA EM REUMATOLOGIA:

REVISÃO DE 655 PROCEDIMENTOS

Miguel Sousa¹, Cláudia Miguel¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A execução de uma exame de imagem como a ecografia músculo-esquelética tem vindo a registar um interesse crescente pela parte dos Reumatologistas. O conhecimento que o Reumatologista possui da clínica e história natural das doenças reumáticas aliado ao domínio desta técnica permite-lhe uma aprofundada interpretação e correlação dos achados clínicos e ecográficos. Assim, a sua execução prolonga o exame clínico quase a um nível histológico e permite um diagnóstico mais preciso e precoce, dá informações relevantes para o prognóstico e permite, em tempo real, a execução de terapêuticas dirigidas, como infiltrações de corticosteroide ecoguiadas.

Material e Métodos: Foi feita uma análise retrospectiva de todos os relatórios de exames executados pelo primeiro autor, com cerca de 3 anos de experiência nesta técnica, de Fevereiro a Outubro de 2010. Os doentes foram referenciados da consulta de Reumatologia do Instituto Português de Reumatologia.

Alguns exames, como os denominados de avaliação poliarticular (englobando avaliação de atividade inflamatória articular, presença de sinais sugestivos de deposição de cristais e outras alterações) ou avaliação de entesis (fundamentalmente nas suspeitas de um quadro de espondilartropatia), englobam a avaliação de múltiplos segmentos articulares.

São realizados outros exames «especiais» como a avaliação da presença de sinais sugestivos de vasculite/arterite nas artérias temporais; a avaliação de sinais sugestivos da presença de deposição articular de cristais de pirofosfato de cálcio ou monourato de sódio; avaliação de sinal Doppler (sugestivo de hiperémia) a nível das articulações sacro-ilíacas; e medição da área do nervo mediano num corte transversal (que está aumentada aquando da compressão deste nervo a nível do canal cárpico).

São também descritas e analisadas, em cada

tipo de ecografia, as alterações encontradas, nomeadamente a presença de: derrame articular ou nas bursas, hipertrofia da sinovial, sinal Doppler a nível da sinovial, erosões, osteofitose, tendinose, tenossinovite, calcificações tendinosas e rupturas tendinosas.

Resultados: Foram realizadas 564 ecografias diagnósticas e 91 infiltrações ecoguiadas. Das primeiras destacam-se as ecografias aos membros superiores 30,5%; membros inferiores 24,1% e exames especiais 45,4%.

Dos exames aos membros superiores destacam-se as realizadas aos ombros 25,4% e também a cotovelos, punhos e dedos das mãos 5,2%.

Das ecografias aos membros inferiores destacam-se as realizadas aos tornozelos e dedos dos pés 10,6%; joelhos 9,0% e coxo-femoral e trocânter 4,4%.

Dos denominados exames especiais salientam-se as ecografias de avaliação poliarticular 31,4%; avaliação do nervo mediano 6,0%; avaliação de enteses 4,8% e avaliação das artérias temporais 1,6%.

Das 91 infiltrações ecoguiadas destacam-se as realizadas a nível do ombro 37,4%; tornozelos e dedos do pé 12,0%, joelhos (quisto de Baker) 11,0%; punhos e dedos da mão 9,9%; e cotovelos 5,5%.

Relativamente aos achados ecográficos nos exames realizados salientam-se a presença de: derrame articular 20,9%; hipertrofia da sinovial 16,7%; sinal Doppler 17,6%; erosões 9,7%; osteofitose 24,8%; tendinose 40,9%, tenossinovite 9,9%, calcificações tendinosas 26,0%, rupturas tendinosas 14,3%, deposição de cristais de monourato de sódio 3,9%; cristais de pirofosfato de cálcio 1,4%; bursite sub-acromio-deltaoideia em 20,6% das ecografias do ombro; quisto de Baker em 43,5% das ecografias do joelho.

Salienta-se também a presença de sinais sugestivos de: entesopatia inflamatória em 18,5% das avaliações de enteses; aumento de volume do nervo mediano em 70,6% destas avaliações; e sinais de arterite temporal em 11,1% destes exames.

Em 26,4% dos exames diagnósticos realizados não foram encontradas alterações patológicas relevantes.

Discussão e Conclusão: Na análise desta casuística destaca-se a elevada prevalência da execução de «exames especiais», como as denominadas avaliação poliarticular, das enteses e das artérias temporais. Estes exames apenas são executados por Reumatologistas que se dedicam a esta técnica e repercutem-se significativamente no diagnóstico diferencial, es-

tadiamento do grau de inflamação articular e sistémico e na precoce abordagem terapêutica.

Verifica-se também uma importante prevalência de exames a articulações cuja semiologia clínica é de difícil interpretação como os ombros e tornozelos.

Nos achados ecográficos destaca-se a elevada prevalência, em 73,6% dos casos, de alterações patológicas relevantes.

É de salientar que em 16,1% dos 564 exames realizados resultaram numa decisão terapêutica imediata, através de uma infiltração de corticosteróides ecoguiada que foi realizada no mesmo momento do exame.

Assim, os autores concluem que a ecografia músculo-esquelética executada pelo Reumatologista se revela fundamental para uma cada vez melhor prescrição de cuidados médicos aos seus doentes.

CLP44 – DISAGREE STUDY RHEUMATOID ARTHRITIS EULAR'S GUIDELINES: CONCORDANCE BETWEEN PORTUGUESE RHEUMATOLOGISTS

Luis Cunha-Miranda¹, Catarina Rodrigues²

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Pfizer Medical Department

Introdução: Hoje em dia é indiscutível a importância da utilização de recomendações como ferramenta essencial a uniformização da prática clínica. Na área da Artrite Reumatóide (AR) as transformações em termos de novos critérios de classificação e diagnóstico e de tratamento têm sido muito evidentes nos últimos anos, acompanhando assim a evolução científica que têm ocorrido relativamente a esta patologia. As novas recomendações para o tratamento da AR da *European League Against Rheumatism* (EULAR), publicadas em Maio de 2010, vieram sistematizar o estado da arte no que diz respeito ao tratamento da AR. Estas recomendações são um resultado de um consenso europeu no tratamento da AR com DMARDs e glucocorticóides, bem como estratégias para se atingirem os melhores resultados, com base na evidência e na opinião de peritos. Esta comissão de peritos é constituída por 25 reumatologistas, 2 doentes, 1 especialista em doenças infecciosas, 1 economista da saúde e 5 internos de 12 países Europeus e dos E.U.A.

Objectivos: Determinar se existe concordância entre os reumatologistas portugueses em relação a estas novas recomendações de tratamento da AR da EULAR.

Tabela.

Recomendação	Concordo em absoluto	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo em absoluto
1	78,4%	21,6%	0	0	0
2	65%	32,5%	0	0	2,5%
3	47,1%	44,1%	2,9%	2,9%	2,9%
4	19,5%	63,4%	7,3%	9,8%	0
5	21,4%	50%	21,4%	7,1%	0
6	47,4%	47,4%	5,3%	0	0
7	32,5%	65%	2,5%	0	0
8	32,4%	58,8%	2,9%	5,9%	0
9	31,6%	36,8%	18,4%	13,2%	0
10	5,3%	21,1%	52,6%	15,8%	5,3%
11	35%	47,5%	12,5%	0	5%
12	13,5%	64,9%	18,9%	2,7%	0
13	12,5%	71,9%	12,5%	3,1%	0
14	7,9%	21,1%	26,3%	42,1%	2,6%
15	32,4%	61,8%	2,9%	0	2,9%

Material e métodos: Reuniu-se um painel de peritos portugueses de reumatologistas e após a apresentação de cada uma das recomendações (o documento da EULAR é constituído por 15 recomendações) e foi pedido a opinião pessoal através de votação electrónica com *keypad*.

Resultados: Dos 52 reumatologistas presentes nesta reunião, estas foram as suas opiniões relativas a cada uma das recomendações apresentadas (ver Tabela).

Relativamente a outras questões também colocadas a este painel de peritos, 62% deste grupo de reumatologistas considerou estas recomendações importantes para a sua prática clínica, no entanto 61% referiu que estas pouco alterariam a sua prática clínica.

Conclusões: Embora globalmente exista uma concordância na maioria das recomendações existem algumas que não são tão consensuais. Embora sejam consideradas importantes estas recomendações, os reumatologistas portugueses não as consideram passíveis de alterar a sua prática clínica. Tal pode reflectir o distanciamento entre a realização de todas as recomendações EULAR, que são feitas por painéis de peritos, e a sua utilização. Um maior envolvimento de todos países que constituem a EULAR, abrangendo assim diferentes sensibilidades, através da criação de comissões nacionais, poderiam melhorar a qualidade e a aplicabilidade destas recomendações e assim aumentar a sua adopção na prática clínica.

CLP45 – ESTUDO EROS – EROSÕES RADIOLÓGICAS NA INTRODUÇÃO EM BIOLÓGICOS

Luís Cunha-Miranda¹, Catarina Rodrigues²

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Pfizer Medical Department

Introdução: Sabemos que a introdução de doentes em terapêuticas biológicas ou biotecnológicas obedece a regras definidas pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia que reflecte o consenso dos reumatologistas Portugueses bem como o estado da arte em termos internacionais.

A progressão radiológica é um dos *endpoints* quer clínicos, quer em termo de ensaios, dado esta progressão poder reflectir uma maior incapacidade e actividade da doença. Sabemos hoje que por cada ponto do *score* radiológico da Sharp modificado existe o agravamento de 0.01 do HAQ. Contudo a dificuldade na sua avaliação bem como uma menor sensibilidade para as implicações clínicas de tal progressão podem na prática diária limitar uma introdução atempada de doentes cuja progressão radiológica esteja a ocorrer.

Objectivos: Determinar qual as razões principais da introdução de doentes em terapêuticas biológicas e a relevância da progressão radiológica nessa mesma introdução.

Métodos: Estudo observacional por questionário envolvendo reumatologistas hospitalares acerca dos motivos de prescrição de biológicos e da

importância da progressão radiológica

Resultados: 31 reumatologistas responderam ao questionário (cerca de 25 a 30% dos reumatologistas hospitalares) 17 do sexo feminino (55%) com uma idade média de 42,7 +/- 9,3 (min 31 máx 60 anos). O tempo médio de especialidade foi de 9,9 +/- 7,8 (min 1 máx 25 anos).

Tendo sido pedido 2 respostas para a escolha entre 6 opções das razões para a prescrição de biológicos obteve-se o seguinte resultado: Falência a DMARDs -29, actividade da AR -19, cumprir os critérios da SPR - 3, progressão radiológica - 3, incapacidade física e psicológica -2, e doente novo e activo - 1.

Por outro lado foi perguntado a importância clínica da progressão radiológica e 11 responderam extremamente importante, 15 muito importante, 4 importante, 1 pouco importante e 0 responderam nada importante.

Mas quando questionados se nos últimos 100 doentes fizeram a avaliação radiológicas com o método de Sharp ou o Sharp Van der Heide 25 não aplicaram a nenhum doente, 3 aplicaram a 1 doente, 2 aplicaram a 2 doentes e 1 aplicou a 10 doentes. Ou seja no universo potencial de 3100 doentes foram aplicados a 17 doentes (0,5%).

Discussão: A progressão radiológica apesar de cientificamente relevante não o é na prática clínica. Os métodos de avaliação são morosos pouco práticos e sem relevância na prática clínica. O reumatologista centra a sua decisão de introdução de terapêutica biológica na actividade clínica da doença e na falência a DMARDs sintéticos sabendo de antemão que tal melhora muito a progressão radiológica.

Outras formas de avaliar o risco como as matrizes de risco bem como estratégias terapêuticas que tenham como um dos objectivos finais a progressão radiológica deverão cada vez mais ser utilizados para uma melhoria do *outcome* final do doente com AR.

CLP46 – AVALIAÇÃO DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA EM MULHERES NA PÓS MENOPAUSA

Paula Joice E. Mendonça¹, Talita de Cássia Raminelli da Silva²

1. Fisioterapeuta

2. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo;

A osteoporose é um distúrbio osteometabólico em que ocorre a diminuição da densidade mineral óssea

e pode aparcer de duas formas: primária ou secundária. A primária pode ser classificada em tipo I (pós-menopausa) e tipo II (senil) e a secundária é decorrente de processos inflamatórios, como a artrite reumatóide. O diagnóstico desse distúrbio é feito por meio da densitometria óssea. Dentre os fatores de risco para osteoporose existem os genéticos e biológicos (história familiar, raça branca, menopausa precoce) e os comportamentais e ambientais (uso de cafeína, sedentarismo e outros). O objetivo deste estudo foi avaliar a densidade óssea em mulheres através da densitometria óssea e correlacionar os resultados com os possíveis fatores de risco. Trata-se de um estudo descritivo qualitativo realizado no Brasil na cidade de Juiz de Fora – MG. A amostra foi composta por seis mulheres com idade média entre 70 anos, sedentárias e consumidoras de cafeína. Verificou-se que todas as mulheres apresentavam osteoporose e que existe relação direta com o sedentarismo e a cafeína na perda de massa óssea.

CLP47 – FENÓMENO DE RAYNAUD COMO MANIFESTAÇÃO DE PATOLOGIA ENDÓCRINA

Georgina Terroso¹, Miguel Bernardes¹, Luzia Sampaio¹, Lígia Silva¹, Francisco Simões Ventura¹

1. Hospital de São João e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

Os autores descrevem o caso clínico de mulher caucasiana de 40 anos com história de diabetes mellitus não insulínica que recorreu à consulta por quadro clínico com dois anos de evolução de fenómenos de Raynaud das mãos, edema difuso e dores contínuas ao longo dos dedos, sem ritmo característico. Quando inquirida, admitiu aumento do número do calçado do 35 para o 39.

No RX das mãos, detectou-se periostite, aumento da espessura do osso cortical em todos os metacarpianos, com aumento da entrelinha articular das articulações metacarpofalângicas algumas falanges distais com morfologia em âncora.

No RX dos pés, salientava-se morfologia em âncora de algumas das falanges distais, entesófitos regulares na inserção das fâscias plantares e tendões de Aquiles e aumento marcado da almofadas subcutâneas subcalcaneanas.

Analiticamente, destacava-se VSG: 43 mm/h, PCR: < 0.2 mg/L, IGF-1:1018 ng/mL (N: 101-267), beta-crosslaps: 1,18 ng/mL (N< 0.28) e osteocalci-

na 39 ng/mL (N<31.2), com doseamento de prolactina normal e sem outras alterações significativas.

Por suspeita de acromegalia, realizou ressonância magnética da hipófise, que revelou volumosa lesão expansiva intra-selar com diâmetros máximos de 33 mm (transversal) e 23 mm (crânio-caudal), correspondendo provavelmente a macroadenoma hipofisário.

Foi submetida a ressecção transesfenoidal endoscópica da neoplasia hipofisária, que apresentava aspecto histológico de adenoma com expressão de hormona de crescimento e prolactina.

Conclusão: A acromegalia é uma doença insidiosa, causada por hipersecreção de hormona do crescimento por adenoma da hipófise anterior.

As manifestações clínicas por excesso de secreção hormonal precedem geralmente as manifestações locais por efeito de massa (cefaleias, alterações visuais). Por vezes, são as manifestações reumatológicas que desencadeiam a investigação.

A compressão das artérias distais por proliferação dos tecidos moles condiciona fenómenos de Raynaud em cerca de 1/3 dos pacientes acromegálicos.

Embora não sendo comum, a acromegalia é uma das causas a ter em conta na avaliação do indivíduo com fenómenos de Raynaud.

CLP48 – ACUPUNCTURA MÉDICA CONTEMPORÂNEA NO TRATAMENTO DA GONALGIA: DOIS CASOS CLÍNICOS

Mileta Gomes¹, Inês Abreu Mendes¹, Elicha Fernandes²

1. USF Vale do Sorraia

2. USF S. Domingos

Introdução: A patologia articular do joelho é frequente na nossa prática clínica, afectando tanto indivíduos jovens, como adultos e idosos. Possui causas distintas, desde sistémicas a traumáticas.

A Acupuntura Médica Contemporânea consiste numa abordagem funcional do organismo. A sua aplicação no tratamento da dor articular é uma crescente, com evidência clínica na melhoria de sintomas recorrendo à desactivação de pontos-gatilho miofasciais e libertação de fibras nervosas, actuando localmente e a nível segmentar, promovendo vasodilatação, regulação de citocinas pro e anti-inflamatórias e aumento de libertação de neuropeptídeos e opióides.

Descrição dos casos: Caso 1- Indivíduo do sexo masculino, 24 anos de idade, sem antecedentes relevantes e com prática regular de exercício físi-

co. Recorreu por dor aguda localizada no joelho direito na sequência de traumatismo há 5 dias.

Ao exame físico destacava-se dificuldade na marcha e agravamento da dor à rotação interna e à flexão do joelho a 30°. Foram excluídas fracturas, rupturas ligamentares e lesões meniscais.

Caso 2 – Indivíduo do sexo feminino, 59 anos de idade, doméstica. Antecedentes de HTA, obesidade de grau II e gonartrose bilateral. Recorreu por agravamento de gonalgia à direita, com 1 semana de evolução, negando traumatismo directo.

Ao exame físico destacava-se dificuldade na marcha.

A ambos foi aplicado um protocolo de tratamento que incluía 6 sessões, com punctura local e electro-estimulação de alguns dos pontos.

Foram usados os pontos: ST35 e Xiyan, ambos com localização intra-articular; SP10 no músculo vasto medial (nervo femoral), ST30 no músculo vasto lateral e intermédio (nervo femoral), GB34 nos músculos longo peroneal (nervo peroneal superficial) e longo extensor dos dedos (nervo peroneal profundo) e ponto SP9 nos músculos gastrocnémio, polplíteo e solear (nervo tibial). Em todos os pontos com inserção muscular foi aplicado electro-estimulação, programa 4.2 do aparelho AS Super4®, que corresponde a uma frequência alternada entre os 2 e os 80Hz, com uma duração de 15 minutos cada sessão.

Resultados: O jovem afirmava melhoria significativa no final da 2ª sessão, tendo negado existência de dor ao final da 3ª sessão. Completou 4 sessões de tratamento.

A segunda doente referiu melhoria marcada ao final da 2ª sessão e negou existência de dor ao final da 5ª sessão. Completou 6 sessões de tratamento.

Conclusões: Considerando a sua eficácia terapêutica e o seu perfil de segurança, a acupuntura pode ser o tratamento de escolha em doentes com contra-indicações aos anti-inflamatórios orais. Com excepção dos doentes portadores de prótese do joelho, a electro-acupuntura é um tratamento potenciador dos efeitos locais da punctura.

CLP49 – AVALIAÇÃO DA CAPILAROSCOPIA NOS DOENTES REFERENCIADOS POR ACROCIAÑOSE

Inês Gonçalves¹, Paulo Clemente Coelho²

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A Capilaroscopia do leito ungueal con-

siste na observação, por microscopia dos capilares do leito ungueal. É um exame não-invasivo e fácil de executar, muito útil na abordagem das Doenças Difusas do Tecido Conjuntivo porque permite a observação *in vivo* de alterações da microcirculação. Os motivos de referenciação mais frequentes para a nossa unidade de capilaroscopia são o Fenómeno de Raynaud, Conectivite Indiferenciada, Anticorpos Antinucleares positivos (ANA+) e Acrocianose. A presença de alterações em qualquer dos casos deve motivar uma reavaliação detalhada, no sentido de diagnosticar atempadamente uma possível doença reumática sistémica.

População e Métodos: Procurou-se caracterizar os doentes referenciados para realização de capilaroscopia do leito ungueal, por Acrocianose, durante os últimos 2 anos. Os parâmetros considerados foram o género, idade, ausência/presença de ANA em título baixo (≥ 80 - < 320) ou alto ($\geq 1/320$) e alterações morfológicas capilares (normal, alterações ligeiras: dilatações segmentares; alterações acentuadas: megacapilares, hemorragias e áreas avasculares)

A capilaroscopia foi realizada com um estereomicroscópio com ampliação de 10x a 100x.

Resultados: Foram observados 50 doentes, dos quais 48 eram do sexo feminino (96%). A média de idades foi de 39 anos, com um mínimo de 16 anos e um máximo de 71 anos. A capilaroscopia foi normal em 20 doentes (40%). Das restantes 30 capilaroscopias (60%), 14% tinham alterações ligeiras e 46% alterações acentuadas de acordo com as especificações mencionadas anteriormente. Assim, 28 (56%) dos doentes observados apresentavam dilatações capilares; 22 (44%) tinham hemorragias, 4 (8%) megacapilares e 3 (6%) áreas avasculares.

O valor dos ANA era desconhecido em 12 doentes; nos restantes 38 doentes, 24 (63,2%) tinham ANA positivo e 14 (36,8%) ANA negativo. Nos doentes com ANA positivo, 9 (37,5%) tinham exame normal; 2 (8,3%) apresentavam alterações ligeiras e 13 (54,2%) eram portadores de alterações significativas.

Nos doentes com ANA negativo; 5 (35,7%) tinham exame normal; 3 (21,4%) tinham alterações ligeiras e 6 (42,8%) apresentavam alterações significativas.

Considerando os doentes com ANA em título baixo; 5 (33%) tinham exame normal; 2 (13%) alterações ligeiras e 8 (54%) alterações significativas. Nos doentes com título alto de ANA verifica-se que 4 (44%) apresentavam exame normal, 0 doentes

com alterações ligeiras e 5 (56%) com alterações significativas.

Conclusão: Estes resultados aproximam-se dos descritos na literatura internacional. A capilaroscopia na acrocianose pode mostrar hemorragias e dilatações capilares, enquadrando-se no diagnóstico diferencial com doenças reumáticas sistémicas, como a esclerose sistémica. Existe uma ligeira tendência para o padrão de capilaroscopia com alterações significativas, associado a valores positivos de ANA. Este fenómeno pode estar associado a Acrocianose secundária ou, por vezes, a verdadeiro Fenómeno de Raynaud secundário não identificado, em que a acrocianose apresenta um aspecto dominante em relação à fase de isquemia.

CLP50 – CALCINOSE NA ESCLEROSE SISTÉMICA AGRAVADA POR HIPERPARATIROIDISMO, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Gonçalves¹, Paulo Clemente Coelho²

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A esclerose sistémica (ES) é uma doença do tecido conjuntivo caracterizada por alterações circulatórias, imunes e fibrosantes na pele e nos órgãos internos. A calcinose e a acroosteólise são achados característicos da ES, em particular da forma limitada, previamente designada de síndrome de CREST. Ainda se desconhecem os mecanismos da sua patogénese, apesar da lesão vascular estar já implicada como factor determinante. Alguns estudos parecem indicar também uma associação com a vitamina D, a paratormona (PTH) e o metabolismo do cálcio, nomeadamente a presença de hipercalcémia associada ao hiperparatiroidismo.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 58 anos, com quadro clínico compatível com Síndrome de CREST (calcinose, F. Raynaud, esclerose esofágica, esclerodactilia e telangiectasias) desde os 38 anos. Iniciou seguimento em consulta de Reumatologia no ano 2000 com 48 anos, evidenciando-se ao exame objectivo para além das alterações típicas da ES, nódulos de consistência dura e com pequenos pontos de exsudado branco nos dedos das mãos. Nas radiografias iniciais apresentava calcinose exuberante nas mãos e nos pés, com acroosteólise nos dedos das mãos; tinha densitometria óssea (DEXA) com osteopénia trabecular (*Tscore* L2-L4: -1,82; *Tscore* colo fémur: -0,51). Avaliação analíti-

ca com: Hb13 g/dl; Lct 7000, plaquetas 262 000, VS 9, PCR 0,5 mg/dl; ANA 1/500 com padrão finamente granular e nucleolar; creatinina 1,0 mg/dl, ureia 44 mg/dl, fosfatase alcalina 136 U/L (↑), proteínas totais 7,1 mg/dl, cálcio total 9,52 mg/dl, cálcio ionizado 1,1 mmol/L; fósforo 3,6 mg/dl; paratormona (PTH) 59,9 pg/ml (N: 8-74 pg/mL) e sedimento urinário com cristais de oxalato de cálcio. Como antecedentes pessoais, a salientar angioma hepático e nódulos tiroideus com função hepática e tiroideia normal; menopausa aos 41 anos sem THS.

Iniciou corticoterapia em doses baixas (prednisona 5 mg/dia), colchicina 1/2 cp/dia, cálcio e pentoxifilina 2x/dia.

Em 2002, por agravamento da diminuição da massa óssea, com aparecimento de valores compatíveis com osteoporose (DEXA com Tscore L2-L4: -2,69) inicia risedronato de sódio. Concomitantemente apresentava calciúria 473 mg/24h (N:100-400mg/24h) (↑), cálcio total 11,2 mg/dL (↓), cálcio ionizado 1,19 mmol/L, fósforo 3,4mg/dL e PTH 42 pg/mL.

Em 2004, apesar da terapêutica com bisfosfonatos a doente tem agravamento da osteoporose (DEXA: Tsc L2-L4:-2,8) e tem análises com cálcio ionizado 2,1 mmol/L(↑) e PTH 126 pg/mL (↑), pelo que, por suspeita de hiperparatiroidismo primário, realiza cintigrafia das glândulas paratiroideias, com exame normal.

A doente mantém vigilância regular na consulta, com agravamento ligeiro progressivo da sua doença de base – ES, para a qual iniciou azatioprina e captopril e mantém também vigilância da osteoporose e da hipercalcémia sem diagnóstico conclusivo.

Em 2008, apresenta radiografias com agravamento da calcinose e da acroosteólise, tem DEXA com Ts L2-L4: -2,9 e, cálcio total 11,3 mg/dl (↑), fósforo 3,2 mg/dL, calciúria de 334 mg/24h e PTH de 157 pg/ml (↑). Realiza então nova cintigrafia das glândulas paratiroideias, que é compatível com adenoma funcionante na glândula paratiroideia superior esquerda- Hiperparatiroidismo primário.

Em 2009, a doente realizou paratiroidectomia superior esquerda com descida da PTH para 16,5 pg/ml e normalização dos valores de calcémia e calciúria. Actualmente encontra-se a fazer terapêutica para a osteoporose com ranelato de estrôncio.

Discussão: Com a apresentação deste caso clínico pretende-se alertar para a possível relação entre

calcinose/acroosteólise exuberantes na Esclerose Sistémica com distúrbios metabólicos subjacentes, nomeadamente hiperparatiroidismo primário ou secundário a insuficiência renal ou déficits de vitamina D. Efectivamente, a hipercalcémia persistente, cuja causa mais frequente é o hiperparatiroidismo, ao aumentar o produto fósforo x cálcio, pode causar depósitos ectópicos de cálcio no tecido conjuntivo periarticular, principalmente se acompanhada por valores normais de fósforo. A própria acroosteólise também está descrita na literatura como uma das manifestações possíveis do hiperparatiroidismo

CLP51 – COMPROMISSO CUTÂNEO RAPIDAMENTE PROGRESSIVO NA ESCLEROSE SISTÉMICA DIFUSA:

A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Madruga Dias, J.¹, Costa, M.M.¹,
Queiroz Valério, R.², Pereira da Silva, J.¹

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, C.H.L.N., Lisboa

2. Centro de Saúde de Póvoa de Santa Iria, ACES Grande Lisboa XII – Vila Franca de Xira, Lisboa, Portugal; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Universidade da Madeira

Introdução: A Esclerose Sistémica Difusa é uma entidade clínica rara, variável em termos de manifestações iniciais e tempo de evolução, e usualmente de progressão lenta e prognóstico reservado. A rápida progressão de espessamento cutâneo é um factor preditivo da mortalidade (1 a 2 anos de sobrevida) e envolvimento de órgão-alvo [1]. Apresentamos um caso clínico de Esclerose Sistémica de aparecimento súbito e rapidamente progressivo, com instalação em 3 meses, e envolvimento de órgão-alvo 2 meses depois.

Caso Clínico: Reporta-se o caso de um doente de 49 anos, electricista, fumador (30 U.M.A.), referenciado pelo Médico de Família para Consulta de Reumatologia por quadro de astenia, perda ponderal (10 kg) e espessamento cutâneo difuso com menos de 3 meses de evolução. As lesões cutâneas atingem mãos, antebraços, pés, pernas, face, torác e abdómen, condicionando incapacidade funcional marcada, especialmente na motricidade manual. Apresentava também teleangiectasias faciais e esclerodactilia. Quatro meses após os primeiros sintomas surge fenómeno de Raynaud, pequenas áreas de necrose e perda de substância das polpas digitais. Os exames complementares de

diagnóstico revelaram ligeira anemia normocítica normocrômica (hemoglobina=11,2 g/dL), LDH aumentada (443 U/L), VS (42 mm/1.^a h) e PCR (2,43 mg/dL) elevadas. O estudo imunológico demonstrou A.N.A. título superior a 1/640 e anti SCL-70 positivo (223 U/L). A capilaroscopia revelou capilares tortuosos, densidade capilar irregular e diminuída, e presença de megacapilares. Devido à rápida instalação do quadro clínico excluíram-se causas secundárias nomeadamente exposição a tóxicos, fármacos, e neoplasias. Ecografia abdominal mostrou fígado aumentado com estrutura grosseira sem nódulos. A TC toraco-abdomino-pélvica confirmou hepatomegália homogénea, sem lesões de relevo. O estudo endocrinológico e doseamento de marcadores tumorais não detectaram quaisquer alterações. Estabelecido o diagnóstico de Esclerose Sistémica Difusa, procedeu-se ao estadiamento da doença. Endoscopia digestiva alta com evidência de esofagite de grau B no 1/3 inferior do esófago e hérnia do hiato de deslizamento (com 4 cm). Não se verificou compromisso pulmonar quer nos exames imagiológicos, quer nas provas de função respiratória. O Ecocardiograma inicial não apresentava alterações, mas 2 meses depois determina-se PSAP=39 mmHg e diminuição da contratilidade miocárdica. O Holter de 24h mostrou curtos períodos de perturbação interventricular (tipo bloqueio completo de ramo direito) e diminuída variabilidade da frequência cardíaca. Perante o grave compromisso cutâneo de instalação aguda e atingimento de órgão-alvo, decidiu-se iniciar terapêutica com Iloprost e.v., Bosentan 125 µg/dia, Pentoxifilina 400 mg 3 vezes/dia, Ácido Acetilsalicílico 100 mg/dia, Metotrexato 15 mg/semana, Folicil 5 mg/dia, Pantoprazole 40 mg/dia e Domperidona 10 mg antes das refeições, além de cessação tabágica, aplicação de emoliente cutâneo e medidas de protecção de variações de temperatura.

Conclusão: A instalação rapidamente progressiva de lesões cutâneas na Esclerose Sistémica Difusa acompanha-se por um compromisso de órgão maior precoce, sendo um factor de mau prognóstico. Deste modo, os doentes devem ser avaliados rapidamente de forma a ser instituída terapêutica atempada.

Referências

1. Domsic RT et al.; Skin thickness progression rate: a predictor of mortality and early internal organ involvement in diffuse scleroderma. *Ann Rheum Dis.* 2010 Aug 2. [Epub ahead of print]

CLP52 – TECNOLOGIA DOPPLER: O ANTES E O DEPOIS

Margarida M Silva¹, Dina Medeiros¹, Miguel Sousa¹, Ana A Teixeira¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A ecografia músculo-esquelética tem vindo a ganhar lugar como um dos mais importantes exames auxiliares de diagnóstico em reumatologia e cada vez mais os reumatologistas recebem treino e formação nessa área, realizando os próprios exames, uma vez que estão na posição privilegiada de ter uma compreensão alargada da natureza das doenças reumáticas. A utilização do Doppler em reumatologia é mais recente que a ecografia em escala de cinzentos, com menor número de estudos de validação, mas o seu uso abriu novas possibilidades.

Objectivos: Verificar as diferenças no tipo de ecografias efectuadas num serviço de reumatologia antes e depois da disponibilidade do Doppler.

Material e métodos: Revisão dos últimos exames efectuados num Serviço de Reumatologia com um aparelho de ecografia com sonda linear de 7-12 MHz e «power-Doppler», Doppler de cor e Doppler pulsado. Comparação com uma série anterior do mesmo serviço¹ realizada com um aparelho com uma sonda de 6-9 MHz e sem Doppler. Foi pedido aos três reumatologistas que realizam regularmente ecografia no Serviço, que revissem cada um os exames mais recentes por si efectuados, até um número aproximado de 500, classificando-as por região articular e tipo de exame; foram assim avaliadas 1.493 ecografias.

Resultados: Os resultados são apresentados na tabela.

Discussão: O nosso Serviço dispõe de um aparelho de ecografia desde Outubro de 1998, tendo um reumatologista iniciado na mesma data a sua formação; desde Outubro de 2007 que dispomos de equipamento com Doppler, havendo actualmente três reumatologistas a realizar ecografia como parte do seu horário normal de trabalho. O Doppler pode ser aplicado ao exame de qualquer articulação, embora com diferentes níveis de sensibilidade consoante a sua profundidade, e provavelmente já é usado na maioria dos exames efectuados, mas esse registo não foi feito no presente estudo. O que salientamos é a introdução de uma série de novos exames, que chamaremos «Doppler-dependentes»: avaliação de artérias temporais, avaliação de poliartrite e avaliação de enteses em que o Doppler é obrigatório. A avaliação de

Tabela.

Regiões / Tipo de exame	Antes do Doppler N= 1.164 Resultados em %	Depois do Doppler N= 1.493 Resultados em %
Ombro	53,1	30,6
Tibiotársica / Pé	10,2	13,2
Artéria temporal, Enteses, Avaliação de Poliartrite	0	24,2
Joelho	14,6	10,2
Punho / Mão	9,8	10,5
Coxofemoral	5,4	6,7
Cotovelo	5,2	3,3
Outras	1,7	1,3

poliartrite e a avaliação de enteses são exames muito específicos da reumatologia e de grande utilidade no diagnóstico e na tomada de decisões terapêuticas. Comparando os nossos resultados com outras publicações², verificamos que a nossa percentagem de exames «Doppler-dependentes» é menor mas tal facto deve-se pelo menos em parte à mais recente introdução da tecnologia Doppler no nosso Serviço.

Conclusão: A tecnologia Doppler é um avanço na ecografia músculo-esquelética permitindo novas abordagens e uma melhor caracterização dos quadros clínicos. A possibilidade de identificação da presença de sinovite e entesite leva-nos a afirmar que tal técnica já não pode ser dispensada num Serviço de Reumatologia.

Referências

1. Margarida M Silva, M Jesus Mediavilla, José Saraiva Ribeiro, e col: Ecografia Reumatológica: Uma Técnica Diagnóstica e Terapêutica. Acta Reuma Port 2004 Jan-Mar 29(1): S61-S62.
2. Paulo Monteiro, Eugenio de Miguel, E Martín Mola: Ecografia músculo-esquelética em reumatologia. Acta Reuma Port 2009 Abr-Jun 34(2): 388-394.

CLP53 – ECOGRAFIA MÚSCULO-ESQUELÉTICA – REVISÃO DE 955 ULTRASONOGRAFIAS

Dina Medeiros

Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A crescente utilização da ecografia músculo-esquelética na Reumatologia constitui um avanço fundamental na prática clínica diária da especialidade. Ao permitir uma avaliação objectiva mais aprofundada, facilita o diagnóstico, a inter-

venção/monitorização terapêutica e a avaliação da actividade inflamatória de inúmeras patologias reumáticas sistémicas. A isto acresce o facto de se tratar de uma técnica não invasiva e de baixo custo.

Objectivo e Métodos: Descrever a actividade desenvolvida pelo autor, na Unidade de Ecografia Músculo-Esquelética, ao longo do período de tempo de 12 meses. Os doentes foram referenciados pelo médico assistente de Reumatologia, a partir da Consulta Geral. As ecografias foram classificadas de acordo com: avaliação poliarticular – correspondente à pesquisa diagnóstica de sinovite, erosões e presença de cristais; avaliação de enteses – método de avaliação qualitativa das enteses no processo diagnóstico de espondilartrites; ecografia dos ramos superficiais da artéria temporal média – método de diagnóstico adjuvante na arterite de células gigantes; e ainda avaliação ultrasonográfica dos ombros, articulações temporo-maxilares, cotovelos, mão/punhos, articulações sacro-ilíacas, ancas, joelhos e pés/tornozelos. Foram ainda contabilizadas as intervenções ecográficas, como sendo as infiltrações peri/intra-articulares, com corticoesteróides e lidocaína, e as artrocenteses ecoguiadas. Por fim, foram identificados os principais diagnósticos ecográficos.

Resultados: Durante cerca de 12 meses foram observados 583 doentes, com um total de 955 ecografias e 164 intervenções ecoguiadas. A média mensal foi de 80 ecografias. Das 955 ecografias realizadas, 32% (304) corresponderam à região dos ombros, 17% (163) foram do tipo poliarticular, 12% (116) joelhos, 11% (104) pés/tornozelos, 10% (94) mãos/punhos, 6,5% (63) ancas, 5% (47) avaliação de enteses, 3,5% (36) cotovelos, 1,5% (14) sacro-ilíacas, 1,3% (12) avaliação dos ramos superficiais da artéria temporal média, e 0,2% (2) articulação

temporo-maxilares. Relativamente às intervenções ecográficas realizadas, do total de 164 actos, 44% (72) corresponderam a infiltrações peri-articulares do ombro, 19% (32) joelhos (artrocenteses 10, intra-articulares 19 e peri-articulares 3), 13% (21) pés/tornozelos (intra-articulares 13, peri-articulares 8), 10% (16) a intervenções ao nível dos punhos/mãos (intra-articulares 14 e peri-articulares 2), 7% (12) a infiltrações dos cotovelos (9 intra-articulares e 3 peri-articulares), e 7% (11) a infiltrações ao nível das ancas. No que respeita à distribuição de acordo com o diagnóstico ecográfico, verificou-se um total de 733 diagnósticos, sendo que 565 (413) corresponderam a patologia aba-articular, 22% (158) à presença de sinovite (com 89% dos casos a apresentar *power Doppler*), 8% (59) a osteoartrose, 5% (35) a patologia microcristalina, 4,5% (34) a neuropatias e 0,5% (5) a arterite de células gigantes.

Discussão e Conclusão: constatou-se que a maioria dos actos correspondeu à ultrasonografia dos ombros, seguida de avaliação poliarticular, da ecografia dos joelhos, dos pés/tornozelos e finalmente da ecografia das mãos/punhos. A ecografia dos ombros é uma técnica de fácil execução que permite, simultaneamente, a intervenção terapêutica, nomeadamente a infiltração peri e intra-articular com corticoesteróide, com menor risco de complicações, pelo que a solicitação deste tipo de exame continua a ser muito elevada. É de realçar, contudo, que a avaliação poliarticular acarreta um peso relevante na distribuição total das ultrasonografias realizadas, enfatizando a sua relevância como adjuvante diagnóstico. As restantes avaliações ecográficas dos joelhos/pés e mãos revelam ainda a facilidade na execução deste exame, o facto de não ser invasivo e ainda pouco dispendioso, sendo preferido frequentemente a outro tipo de exames imagiológicos, com o acréscimo de permitir uma intervenção terapêutica imediata. Quanto ao tipo de patologia identificada, verificou-se que a patologia aba-articular é muito prevalente, logo seguida de patologia inflamatória articular-sinovite, o que reflecte o quadro sintomático que geralmente é referenciado à Unidade de Ecografia, e que está de acordo com a normal distribuição de patologia na Consulta Geral de Reumatologia.

CLP54 – ARTRITE E AORTITE – UM CASO CLÍNICO RARO
Luzia Sampaio¹, Lígia Silva¹, Georgina Terroso¹,
Eva Mariz¹, Manuel Vaz², Paulo Pinho³,
Francisco Simões Ventura¹

1. Serviços de Reumatologia do Hospital de São João e Faculdade de Medicina do Porto
2. Serviços de Cardiologia do Hospital de São João e Faculdade de Medicina do Porto
3. Serviço de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de São João

Caso Clínico: Os autores descrevem um caso clínico de um homem de 67 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos e assintomático até há 2 anos, altura em que apresentou instalação súbita de insuficiência aórtica severa (grau III/IV), poliartrose migratória com envolvimento das pequenas articulações das mãos, ombros e joelhos e emagrecimento de 20 kg em 1 ano.

Ao exame objectivo apresentava gonartrite direita, sopro aórtico holodiastólico (IV/VI) e sopro na aorta abdominal, sem outras alterações. O estudo analítico revelou anemia N/N (Hgb 11,3g/dl), aumento da velocidade de sedimentação (98 mm/ /1^ah), hiperproteïnemia (93g/l), hipergamaglobulinemia policlonal, Factor Reumatoide, anti CCP, ANCA e ANA negativos. Marcadores de Hepatite B e C e HIV negativos, e VDRL positiva para 16 diluições e TPPA reactiva. O estudo radiológico osteo-articular não mostrou alterações. A angioRMN aórtica revelou dilatação aneurismática da aorta ascendente, sem alterações dos troncos supra-aórticos, ou artérias abdominais.

Foi medicado com penicilina benzatinica 2,4x10⁶ U/ semana durante 3 semanas (esquema repetido 2 vezes), e submetido a substituição da válvula aórtica e da aorta ascendente. O exame histológico da parede da aorta ascendente mostrou infiltrado inflamatório linfoplasmocitário da camada média e adventícia.

O doente apresentou melhoria clínica e analítica progressivas, actualmente sem anemia, sem síndrome biológico inflamatório e proteínas totais normais, tendo-se verificado também diminuição gradual da positividade de VDRL.

Conclusão: A sífilis é uma infecção crónica causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Na fase inicial da infecção ocorre disseminação da bactéria pelo organismo, e quando não tratada pode levar a complicações tardias importantes, como o envolvimento do sistema nervoso central (neurosífilis), sistema cardiovascular com vasculite dos vasa *vasorum* da aorta ascendente, e sistema músculo-esquelético com artrite e tenossinovite.

A infecção pelo *Treponema pallidum* é, portanto, uma causa conhecida, embora rara, de aortite e artite, sendo um importante diagnóstico diferencial a considerar.

CLP55 – COMPLICAÇÕES PÓS-CIRÚRGICAS EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE MEDICADOS COM ANTI-TNF

Inês Gonçalves¹, Cláudia Miguel¹, Cândida Silva¹, Luís Cunha-Miranda¹, Helena Santos¹, Paulo Clemente Coelho¹, Ana Assunção Teixeira¹
1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A terapêutica biotecnológica revolucionou a abordagem dos doentes com artrite reumatóide (AR). A sua introdução precoce reduz a progressão radiológica e melhora o prognóstico funcional dos doentes, diminuindo a necessidade de cirurgia ortopédica articular. No entanto, a necessidade de cirurgia ortopédica mantém-se, na sequência de destruição articular sequelar ou pós-traumática e em doentes com doença mais prolongada.

Da revisão da literatura, verifica-se que parece haver uma tendência para maior incidência de infecções nos doentes medicados com biotecnológicos, sobretudo se associados a corticoesteróides.

As recomendações actuais da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) incluem a suspensão destas terapêuticas, antes de cirurgias *major* programadas.

Objectivo: Avaliar a incidência de complicações pós-cirúrgicas nos doentes com AR medicados com fármacos biotecnológicos e identificar possíveis factores de risco associados a infecção pós-operatória.

Métodos: Estudo retrospectivo utilizando os registos da base de dados da Sociedade Portuguesa de Reumatologia dos doentes com AR (BioReportAR) seguidos no Instituto Português de Reumatologia (IPR) e sob terapêutica biotecnológica submetidos a cirurgia ortopédica programada ou de urgência após o início do tratamento. Foram revistos os processos clínicos destes doentes e recolhidos os dados relativos às características demográficas e clínicas, agente biotecnológico, período de suspensão peri-operatório, tipo de cirurgia e a ocorrência de complicações pós-cirúrgicas.

Resultados: Dos 160 doentes incluídos na BioReportar, encontraram-se 8 doentes na situação clínica pretendida, dos quais 7 (87%) do sexo feminino. Destes doentes, 3 estavam medicados com etanercept, 3 com adalimumab e 2 com infliximab. A idade média dos doentes foi de 52±7,8 anos, duração média de tratamento com anti-TNFα prévio à cirurgia de 1,9±2,9 anos, duração média de doença de 13,8±8,8 anos; 7 doentes foram submetidos a cirurgia programada e 1 doente foi submetida a cirurgia de urgência. Esta doente estava medicada

com adalimumab, e não realizou suspensão pré-cirúrgica de qualquer fármaco. A cirurgia consistiu na redução fechada de fractura com fixação interna do fémur direito e não se registaram intercorrências no pós-operatório. Dos doentes com cirurgia programada, 4 faziam corticoterapia com uma dose média de 7,5 mg/dia de prednisona, 5 tinham um DMARD associado (metotrexato ou leflunomida) e 1 fazia dois DMARDs em associação com o biotecnológico (metotrexato e hidroxicloroquina). O tempo médio de paragem do anti-TNFα antes das cirurgias programadas foi de 18 dias para o etanercept, 37 dias para o adalimumab e 32 dias para o infliximab. A média do tempo total de suspensão do anti-TNFα foi 53 dias para o etanercept (suspensão de 35, 62 e 63 dias), 121 dias para infliximab (suspensão de 75 e 168 dias) e 68 dias para o adalimumab (suspensão de 91 e 46 dias). As cirurgias programadas foram: 3 correcções de *hallux valgus*, 2 revisões de prótese da anca, 1 artroplastia do joelho e 1 artroplastia de metacarpo-falângica. Neste grupo ocorreram 2 casos de complicações pós-operatórias: 1 caso de deiscência e infecção da sutura, e 1 caso de fleimão na região da sutura. Estas duas doentes foram responsáveis pelos maiores períodos de suspensão do anti-TNFα respectivo: infliximab – 168 dias e etanercept – 63 dias.

Conclusões e discussão: Registaram-se apenas 8 doentes submetidos a cirurgia ortopédica após a introdução do biotecnológico, todos sob anti-TNFα. O número reduzido de doentes dificulta a valorização dos resultados.

Salienta-se que a doente que sofreu cirurgia de urgência, não teve complicações e a maior disparidade no reinício da terapêutica, esteve associada às infecções.

São necessários estudos com maior número de doentes para clarificar a tendência observada neste trabalho e eventualmente otimizar a duração do período de suspensão de fármacos biotecnológicos, uma vez que a escolha da duração desse período deve ser um compromisso entre a prevenção de complicações e a ocorrência de novas crises da artrite inflamatória.

CLP56 – O PAPEL DA ECOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DE ENTESITE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Serra¹, José António Pereira da Silva¹
1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A entesite é um achado clínico, histopatológico e imagiológico, frequente e sugestivo de Espondilartropatia. A clínica e o exame objectivo podem ser frustrantes, dificultando assim o diagnóstico. A ecografia permite identificar alterações estruturais na entese, muito sugestivas de entesopatia, tornando-a uma ferramenta importante no diagnóstico destas situações.

Caso Clínico: Doente de 41 anos com diagnóstico de gonartrite bilateral recorrente, sem causa aparente, desde há 5 anos, já submetido a sinovectomia total sem sucesso. Associadamente refere artralguas das metatarsofalângicas (MTFs) de ritmo misto e por vezes talalgia. Negava queixas axiais. O exame objectivo demonstrava tumefacção de ambos os joelhos e dor à palpação das MTFs e região aquiliana esquerda, com tumefacção duvidosa. Estudo analítico normal. Realizou ecografia dos joelhos e dos pés que revelaram sinovite com sinal *power-doppler* em ambos os joelhos e em algumas MTFs. Associadamente detectou-se uma tendinite aquiliana com erosões e actividade inflamatória no local da entese, aspectos muito sugestivos de entesopatia. O diagnóstico de Espondilartropatia tornou-se assim a hipótese mais provável. Dois meses depois notou aparecimento de lesões no couro cabeludo, compatíveis com psoríase, semelhantes a outras que já havia tido no passado e nunca valorizou. Estabeleceu-se assim o diagnóstico de Artrite psoriática.

Conclusão: Este caso clínico, à semelhança de outros estudos, demonstra que a ecografia é um método mais sensível e específico na detecção de entesite do que o exame clínico, podendo revelar-se muito útil no diagnóstico de espondilartropatias, sobretudo quando clinicamente duvidoso. Além da ajuda diagnóstica, a possibilidade de detecção de actividade inflamatória através da aplicação do *power-doppler* é útil na diferenciação entre processos agudos e crónicos.

CLP57 – GOTA PSEUDO-REUMATÓIDE

Sara Serra¹, José António Pereira da Silva¹

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A Gota é uma das doenças reumáticas inflamatórias mais comuns. Apesar do *goldstandard* para o diagnóstico definitivo continuar a residir na identificação de cristais de monourato de sódio (MUS) no líquido articular, nem sempre a

sua recolha é possível. A hipótese de que a ecografia possa ser útil na detecção da deposição intra ou peri-articular de cristais é, então, especialmente tentadora.

Caso Clínico: Doente de 55 anos que recorre à consulta de Reumatologia com quadro de poliartrite dos punhos, pequenas articulações das mãos, tibiotársicas e metatarsofalângicas, desde há 3 anos, diagnosticado como artrite reumatóide pelo seu médico assistente. Antecedentes de mono/oligoartrite recorrente desde há 10 anos. Medicado com AINEs e metotrexato sem sucesso. História de etilismo moderado. Estudo analítico com VS e PCR elevadas, uricémia normal e factor reumatóide positivo. Realizou ecografia articular que evidenciou sinovite activa e sinais ecográficos sugestivos de artrite microcristalina gotosa. Realizou-se artrocentese ecoguiada da tibiotársica com colheita de líquido articular cuja observação microscópica identificou cristais de MUS. Estabeleceu-se o diagnóstico de gota poliarticular crónica.

Conclusão: Este caso clínico evidencia o potencial da ecografia no diagnóstico de Gota. Perante a dificuldade em obter líquido articular, a ecografia deve ser considerada um auxiliar para o diagnóstico, por permitir a identificação de depósitos extra-articulares de MUS e facilitar o acesso a derrames de pequeno volume.

CLP58 – ENTESOPATIA DO TENDÃO DE AQUILES E DA FASCIA PLANTAR: UM ESTUDO COM ECOGRAFIA

Margarida M Silva¹, Júlia Ferreira¹,

Filipe Barcelos¹, Jorge Barbosa²

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Serviço de Fisiatria. Hospital de Curry Cabral

Introdução: O envolvimento das enteses é uma característica das espondilartropatias seronegativas (EASN). A ecografia já demonstrou ser mais sensível que a clínica para a detecção de entesopatia, e também ser um exame reprodutível. Nos últimos anos têm sido publicados diversos índices ecográficos para avaliação das enteses nas EASN, todos avaliando múltiplas enteses de forma detalhada.

Objectivos: Avaliação de possíveis diferenças no envolvimento das enteses dos tendões de Aquiles e das fascias plantares em doentes do foro reumatológico com e sem EASN.

Material e métodos: Avaliação retrospectiva dos registos clínicos de doentes seguidos em consulta

de reumatologia enviados para ecografia das enteses e avaliados pelo mesmo método quantitativo. As ecografias foram realizadas pelo mesmo reumatologista experiente em ecografia reumatológica, com ecógrafo com sonda linear de 7-12MHz e *power-doppler*. Nos três grupos de doentes estudados (com diagnóstico de EASN, com suspeita de EASN, com talalgias mas sem EASN) foi aplicado o MASEI¹ com duas adaptações: limitação do índice às enteses do calcâneo e pontuação das calcificações com 0 se ausentes e 1 se presentes (ao invés de 0 a 3). A pontuação total de cada doente correspondeu à soma da pontuação das 4 enteses, correspondendo zero à pontuação de um exame completamente normal. O estudo incluiu 128 enteses de 32 doentes, em exames efectuados entre 9/2008 e 11/2010. Os grupos 1 e 2 incluíam doentes com sintomas e doentes sem qualquer manifestação clínica de entesopatia do calcâneo, enquanto que os doentes do grupo 3 eram todos sintomáticos, por definição.

Resultados: Os resultados estão apresentados na tabela.

Discussão: Esta é uma pequena amostra na qual os doentes foram avaliados de forma criteriosa, sempre de acordo com o mesmo sistema, tendo sido registadas todas as alterações de forma a ser obtida uma pontuação que traduzisse as alterações observadas em números, de maneira a se poderem efectuar comparações. A pontuação mais alta foi obtida pelo grupo 3, que só incluía doentes com talalgias no momento do exame, apesar de terem outros diagnósticos reumatológicos que não EASN. Esse grupo de doentes também apresentava uma média de idades bastante superior. Sabemos que o envolvimento das enteses, sendo característico das EASN, não é específico; já existem estudos publicados com ecografia que mostraram elevada prevalência de entesopatia em outras doenças reumáticas, como a artrite reumatóide e a doença de Behçet^{2,3}. Sabe-se também que os en-

tesofitos são um fenómeno do envelhecimento independente da presença de doença reumática⁴. Procurou-se neste estudo minimizar o peso das calcificações na pontuação total, classificando-as apenas como presentes ou ausentes.

Conclusão: O envolvimento das enteses do tendão de Aquiles e da fascia plantar sendo muito frequente e não específico de EASN, mesmo quando avaliado minuciosamente por ecografia, não pode ser usado isoladamente para diagnosticar EASN.

Referências

1. De Miguel E, Cobo T, Munoz-Fernandez S, Naredo E, Uson J, Acebes JC, et al.: Validity of entheses ultrasound assessment in spondylarthropathy: Ann Rheum Dis. 2009 Feb; 68(2): 169-74. Epub 2008 Apr 7
2. Genc H, Cakit BD, Erdem HR: Ultrasonographic evaluation of tendons and enthesal sites in rheumatoid arthritis: comparison with ankylosing spondylitis and healthy subjects. Clin Rheumatol 2005 May-June 24(3): 272-277
3. Hatemi G, Fresko I, Tascilar K, Yazici H: Increased Enthesopathy Among Behçet's Syndrome Patients With Acne and Arthritis Arthritis Rheum 2008 May 58(5): 1539-1545
4. Shaibani A, Workman R, Rothschild BM: The significance of enthesopathy as a skeletal phenomenon. Clin Exp Rheumatol. 1993 Jul-Aug;11(4):399-403.

CLP59 – OSTEOPOROSE TRANSITÓRIA DA ANCA

Cristina Ponte e Raquel Marques¹,
Catarina Resende², Vasco Mascarenhas¹,
Paulo Rego², José Carlos Romeu¹, Pedro Pinto¹,
Jacinto Monteiro¹, José Alberto Pereira da Silva¹

1. Hospital de Sta Maria

2. Hospital de Sta Maria e Hospital da Luz

Introdução: Osteoporose transitória da anca (OTA) é uma doença rara de etiologia desconhecida atingindo principalmente mulheres no terceiro trimestre da gravidez. Frequentemente inicia-se por coxalgia súbita com claudicação, mimetizando a osteonecrose.

Tabela.

	Total	EASN	EASN suspeita	Talalgias
N	32	14	11	7
Género	22F 10M	9F 5M	6F 5M	7F
Idades	47,78±14,0 (20-74)	47,36±12,55 (29-70)	38,64±11,03 (20-55)	63±6,73 (53-74)
Pontuação	4,12±2,43	3,86±2,11	2,73±2,05	6,86±1,21

Apesar de autolimitada, a remissão completa, comum entre os 6 a 24 meses, é causa de muita controvérsia a nível de opções terapêuticas. Abordagens cirúrgicas e não cirúrgicas encontram-se descritas na literatura com preferência para as últimas.

Material: Apresentam-se dois casos de OTA para os quais se iniciou tratamento conservador.

Métodos: Consultas de Ortopedia e Reumatologia.

Resultados: Mulher grávida de 35 anos que às 34 semanas de gestação inicia subitamente dor na face posterior da coxa e anterior do joelho direito. Visto a avaliação radiológica encontrar-se limitada, optou-se apenas por fazer descarga. Porém, por persistência das queixas iniciou deflazacort 6 mg/dia durante 5 dias, altura em que no contexto de pequeno traumatismo com agravamento da dor induziu-se o parto às 37 semanas.

Após investigação complementar imagiológica identificou-se fractura por osteoporose localizada. Foi efectuada redução cruenta e osteossíntese e iniciada terapêutica com calcitonina, cálcio, calcitriol e alendronato com rápida melhoria.

Mulher de 43 anos que inicia subitamente dor intensa e incapacitante na região glútea e inguinal esquerda com agravamento progressivo. Fez RMN da bacia que mostrou osteoporose, derrame articular, edema da medula óssea, colo e cabeça femoral. Após exclusão de causas inflamatórias iniciou-se prednisolona (1mg/k/dia), calcitonina, cálcio e calcitriol com melhoria clínica gradual.

Discussão: A OTA deverá ser considerada como diagnóstico diferencial em doentes com coxalgia súbita. Apesar de actualmente o tratamento conservador ser o mais preconizado, não elimina o risco de complicações raras mas potencialmente fatais como a fractura do colo do fémur.

Conclusão: Não obstante tratar-se de uma patologia autolimitada, a OTA gera importante limitação funcional pelo que se torna imperativo a definição de uma terapêutica mais clara e dirigida a cada doente.

CLP60 – POLIARTERITE NODOSA – CASUÍSTICA

Diana Briosa e Gala¹, Tânia Santiago², João Rovisco², Valéria Semedo³, José António Pereira da Silva⁴

1. Hospital de Santo André – Leiria
2. Hospitais da Universidade de Coimbra
3. Hospital Infante D. Pedro
4. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A poliarterite nodosa é uma vasculite necrosante sistémica caracterizada pela presença de um processo inflamatório agudo e necrose fibrinóide das artérias de pequeno e médio calibre. É uma doença com baixa prevalência na população geral (6:100 000 habitantes), sendo considerada uma doença rara.

A evolução clínica pode ser aguda ou crónica, verificando-se uma grande variabilidade de sinais e sintomas.

Objectivos, Material e Métodos: Pretende-se caracterizar do ponto de vista epidemiológico, clínico, analítico e terapêutico uma amostra de doentes com o diagnóstico de poliarterite nodosa. Os autores apresentam um estudo retrospectivo de 17 doentes com este diagnóstico, estabelecido entre Setembro de 2000 e Abril de 2010, nos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Resultados e Conclusões: Verificou-se nesta amostra um predomínio de doentes do sexo feminino. A idade média à data do diagnóstico foi de 61.4 anos de idade.

As principais manifestações clínicas identificadas foram: Mialgias, artralgias, astenia e febre. A manifestação cutânea mais comum foi *Livedo reticularis*.

O estudo analítico revelou, frequentemente, elevação do valor de velocidade de sedimentação e determinação positiva do marcador serológico p-Anca.

A terapêutica instituída foi, na sua maioria, prednisolona e ciclofosfamida.

Na maior parte dos doentes a doença progrediu com hipertensão arterial e insuficiência renal.

O diagnóstico de poliarterite nodosa implica um elevado índice de suspeição, verificando-se manifestações clínicas e evoluções muito variáveis.

CLP61 – LOMBALGIA AGUDA – UM DESAFIO CLÍNICO E IMAGIOLÓGICO

Cristina Ponte¹, Elsa Vieira-Sousa¹, António Francisco², Rita Sousa³, Graça Sá⁴, Fernando Saraiva¹, José Carlos Romeu¹, José Alberto Pereira da Silva¹

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, C.H.L.N.
2. Serviço de Neurocirurgia, Hospital de Santa Maria, C.H.L.N.
3. Serviço de Neurorradiologia, Hospital de Santa Maria, C.H.L.N.

Introdução: A lombalgia aguda é o quinto motivo mais frequente de admissão no serviço de urgência

hospitalar. Estudos epidemiológicos mostram que cerca de 90% das pessoas apresentarão esta queixa em algum momento da vida. O grande desafio diagnóstico na observação destes doentes prende-se com a identificação de um pequeno subgrupo que apresentará uma etiologia não comum de lombalgia aguda (infecção, fractura, neoplasia/metástases). Manifestações clínicas como por exemplo febre, sintomas constitucionais, défices neurológicos ou refractariedade à terapêutica analgésica constituem sinais de alerta para um estudo laboratorial ou imagiológico mais detalhado. Considerando as causas de lombalgia comum, as hérnias discais agudas representam apenas uma pequena fracção de doentes com queixas de lombalgia.

Apresenta-se o caso clínico de um doente com quadro clínico de lombalgia aguda refractária à terapêutica analgésica instituída, internado no Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital de Santa Maria para estudo etiológico.

Caso Clínico: Homem, 49 anos, com antecedentes de queda com traumatismo da coluna lombar há cerca de 5 anos e com o diagnóstico prévio de litíase renal com episódios recorrentes de cólica renal esquerda desde há 3 anos. Recorre ao serviço de urgência por quadro clínico de lombalgia alta esquerda intensa com 48h de evolução, sem factor desencadeante aparente, nomeadamente esforço ou traumatismo recente, com irradiação ao hipogastro mas sem trajecto radicular. Negava febre, queixas referentes aos diferentes órgãos ou aparelhos, nomeadamente genito-urinárias, assim como emagrecimento, anorexia ou outras manifestações sistémicas. Na observação à admissão apresentava *murphy* renal à esquerda e palpação dolorosa do flanco e hipogastro sem reacção peritoneal. A pressão das apófises espinhosas era indolor, os sinais de Laségue e Bragard eram negativos e a força muscular, sensibilidade e reflexos osteotendinosos (ROTs) estavam mantidos. O restante exame físico era normal, incluindo o exame vascular. O estudo analítico não revelou qualquer alteração, nomeadamente aumento dos parâmetros inflamatórios ou alterações no sedimento urinário. Nas radiografias da coluna lombar evidenciava-se deformação vertebral de L2 (perda de altura anterior do corpo vertebral), discopatia L2-L3 traduzida por diminuição do espaço discal, esclerose dos pratos vertebrais adjacentes e osteofitose. Ecografia renal e TAC abdomino-pélvica sem alterações relevantes. Apesar de optimização da analgesia com recurso a administração endovenosa de mor-

фина, o doente manteve-se muito sintomático pelo que se optou pelo seu internamento para investigação etiológica. Foi então realizada RMN da coluna lombar que revelou em T1 fractura somática não recente de L2 e lesão epidural posterior paramediana esquerda, alongada no sentido vertical estendendo-se de L1-L2 a L3-L4, com conteúdo isoíntenso em relação ao disco. Após contraste com gadolínio verificou-se reforço de sinal à periferia da colecção. A cintigrafia óssea excluiu envolvimento ósseo secundário. O doente foi submetido a foraminectomia, laminectomia e discectomia L2-L3 com remoção de múltiplos fragmentos discais extrusos com topografia epidural posterior e lateral esquerda. Teve alta após 48 horas totalmente assintomático.

Discussão: Nas hérnias discais agudas a fragmentação e migração herniária para o espaço epidural posterior é rara. Por razões anatómicas o disco intervertebral normalmente migra para o espaço epidural anterior e lateral. Deste modo, o diagnóstico definitivo de hérnia discal posterior é difícil. Na revisão da literatura está descrito um espectro variável de manifestações clínicas que podem ir desde uma simples dor lombar sem alterações neurológicas objectiváveis até à síndrome da cauda equina. Os achados na ressonância magnética também podem mimetizar outro tipo de lesões epidurais posteriores. Neste caso foram colocadas as hipóteses de hematoma epidural em fase de reabsorção, apesar da sua localização preferencial também ser anterior, de lesão tumoral (por ex. meningioma ou lesão metastática secundária), apesar de pouca captação de contraste ao centro como seria de esperar, e de abscesso local, embora os parâmetros inflamatórios fossem normais e não houvesse evidência de conteúdo líquido central. Apenas a abordagem cirúrgica permitiu um diagnóstico definitivo intra-operatório.

Conclusão: Este caso chama a atenção para o desafio clínico e imagiológico que constitui uma topografia/localização rara de hérnia discal no diagnóstico diferencial da lombalgia aguda, em que o internamento, o estudo imagiológico e a intervenção cirúrgica céleres foram fundamentais para o diagnóstico e resolução do quadro clínico.

CLP62 – AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR NA COORTE DE DOENTES COM ESCLEROSE SISTÉMICA SEGUIDOS NOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. RESULTADOS PRELIMINARES

Sara Serra¹, Cátia Duarte², Maria João Salvador¹,
Jorge Silva², José António Pereira da Silva¹

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da
Universidade de Coimbra

2. Hospitais da Universidade de Coimbra

Objectivo: Caracterização dos factores de risco cardiovascular na coorte de 40 doentes com Esclerose Sistémica (ES), e cálculo do risco de um evento coronário *major* aos 10 anos pelo *score* de Framingham.

População e Métodos: Foram incluídos doentes consecutivos com o diagnóstico clínico de ES, cumprindo critérios de classificação ACR, seguidos na Consulta de Reumatologia de Coimbra.

Procedemos à caracterização demográfica e avaliação de factores de risco cardiovascular relacionados com o estilo de vida (IMC e tabagismo), história pessoal de hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidémia, antecedentes pessoais e familiares de doença cardiovascular, parâmetros analíticos (glicémia, ficha lipídica, função renal, uricémia e proteína C reactiva) e ainda hábitos medicamentosos.

Avaliámos o risco de um evento coronário *major* aos 10 anos, segundo o *score* de Framingham, metodologia recomendada pelas *Guidelines* do ATP III (*Adult Treatment Panel III*), de 2004.

Resultados: Foram incluídos 40 doentes (90% do sexo feminino), com uma idade média de 59,05 ± 11,15 anos e duração média de doença de 10,75 ± 11,22 anos. A forma de doença mais frequente é a limitada, correspondendo a 72,5% dos casos.

Cinquenta por cento dos doentes têm excesso de peso ou são obesos. Quanto à prevalência dos outros factores de risco cardiovascular *major*, observou-se dislipidémia em 65%, hipertensão arterial em 42,5%, diabetes mellitus em 12,5%, e tabagismo em 2,5% dos doentes.

Apenas 5% tinham antecedentes familiares de cardiovascular.

A aplicação do *score* de Framingham revelou que 18,2% da população apresentava um risco superior a 20% de um evento cardiovascular *major* aos 10 anos. A maioria dos doentes (78,8%) encontravam-se no grupo de baixo risco (risco <10%).

Conclusões: De acordo com os resultados, a maioria dos doentes deste estudo, quando comparado com as normas aplicadas ao *score* de Framingham, não apresentavam risco cardiovascular significativo a longo prazo. Contudo, é necessária a realização de estudos comparativos com outras populações e avaliação prospectiva destes doentes para uma correcta avaliação do risco cardiovascular

nestes doentes e da aplicabilidade de *scores* como o de Framingham.

CLP63 – IMPACTO DA ESCLEROSE SISTÉMICA NA VIDA DOS DOENTES. ESTUDO PRELIMINAR.

Sara Serra¹, Cátia Duarte¹, Maria João Salvador¹,
Jorge Silva¹, José António Pereira da Silva¹

Objectivo: Avaliar o impacto da Esclerose Sistémica (ES) na qualidade de vida e capacidade funcional de portadores da doença

População e métodos: Inclusão de doentes consecutivos com o diagnóstico clínico de ES, cumprindo critérios de classificação ACR, seguidos na Consulta de Reumatologia de Coimbra. Foram recolhidos os dados e feita a caracterização transversal da coorte incluindo dados demográficos e clínicos. Foi avaliada, à data da última consulta, a capacidade manual utilizando o auto-questionário Abilhand (26 questões, usando uma escala de 3 níveis 0-incapaz, 2 sem dificuldade, pontuação de 0-52). A qualidade de vida usando o MOS SF-36 2v (auto-questionário, 36 questões, pontuação de 0-100, sendo 100 indicativo de melhor qualidade de vida) e a capacidade funcional, pelo *Sclerosis Health Assessment Questionnaire* – SHAQ (auto-questionário, *score* variando de 0-3, sendo o grau de incapacidade maior quanto maior a pontuação). Variáveis contínuas são apresentadas como média e desvio padrão, variáveis categóricas como proporções. A correlação entre os diferentes *scores* foi avaliada utilizando o Coeficiente de Correlação de Spearman. $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados: Foram incluídos 40 doentes (89,5% sexo feminino), com uma idade média de 57,7 ± 10,8 anos e tempo médio de duração de doença de 10,8 ± 11,2 anos.

A forma de doença mais frequente era a limitada (71,1%). Todos os doentes avaliados tinham fenómeno de Raynaud, 15,8% úlceras digitais, 75,7% dos doentes apresentavam esclerodactilia e 23,7% sinovite. A retracção tendinosa e acrosteólise observavam-se em 15% e 6,7%, respectivamente.

A média do Abilhand foi de 40,5 ± 8,9 (17-52) pontos e a média do SHAQ de 0,5 ± 0,5 (0-1). Todos os domínios do SF36 apresentavam *scores* médios inferiores a 60, sendo o valor médio do Sumário da Componente Física (SCF) de 40,7 ± 22,1 e o Sumário da Componente Mental (SCM) de 40,1 ± 16,9, todos valores significativamente inferiores

($p < 0,05$) quando comparados com uma população controlo portuguesa saudável.

O SCF correlaciona-se moderadamente e de forma negativa com o SHAQ ($r = -0,499$, $p = 0,002$). O SCF apresenta uma correlação moderada com o Abilhand ($r = 0,670$, $p = 0,002$) e com o SCM ($r = 0,439$, $p = 0,007$). O SHAQ apresenta uma correlação moderada negativa com o Abilhand ($r = -0,568$, $p = 0,011$).

Conclusão: Neste estudo, a ES apresentou um impacto significativo na qualidade de vida e capacidade funcional dos doentes, existindo uma boa correlação entre os diferentes índices utilizados. Estudos futuros, controlados, serão necessários para validação dos resultados.

CLP64 – ACHADOS ECOGRÁFICOS EM DOENTES COM ESCLEROSE SISTÉMICA: ESTUDO PRELIMINAR

Sara Serra¹, Cátia Duarte¹, Maria João Salvador¹, Jorge Silva¹, José António Pereira da Silva¹

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O espessamento cutâneo é um achado comum na Esclerose Sistémica (ES) que dificulta a avaliação clínica de artrite e a diferenciação de patologia degenerativa ou periarticular nestes doentes.

Objectivo: Avaliar o envolvimento articular em doentes com ES seguidos na Consulta de Reumatologia de Coimbra

População e métodos: Inclusão de 33 doentes consecutivos com o diagnóstico clínico de ES, cumprindo critérios de classificação ACR, seguidos na Consulta de Reumatologia de Coimbra. Foram recolhidos os dados clínicos e laboratoriais e feita a caracterização transversal da coorte incluindo avaliação da qualidade de vida usando o MOS SF-36 2v e a capacidade funcional (*Sclerosis Health Assessment Questionnaire-SHAQ*). Foi avaliada, à data da última consulta, o envolvimento articular clínico e ecográfico de 30 articulações (2 punhos, 10 metacarpofalângicas, 10 interfalângicas proximais e 8 interfalângicas distais das mãos) em cada doente, utilizando um Ecógrafo General Electric P5 com uma sonda linear de 7-12 MHz de frequência. Foram também incluídos 16 controlos saudáveis, que foram submetidos à avaliação ecográfica das mesmas articulações.

Variáveis contínuas são apresentadas como média e desvio padrão, variáveis categóricas como proporções. A diferença entre grupos foi avaliada utilizando o teste T- student e dados categóricos foram

analisados utilizando o teste exacto de Fisher. A correlação entre o número de articulações com alterações ecográficas e o SHAQ e domínios do componente físico do SF-36, foi avaliada utilizando o Coeficiente de Correlação de Spearman. $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados: Os 33 doentes com ES (87,9% sexo feminino) incluídos neste estudo apresentavam uma idade média de $57,7 \pm 10,8$ anos e tempo médio de duração de doença de $10,8 \pm 11,2$ anos.

A forma de doença mais frequente era a limitada (69,7%). 63,6 % apresentavam queixas de artralguas das mãos à data da avaliação, contudo apenas 24,2% tinham sinovite ao exame objectivo. Do total de 33 doentes avaliados 69,7% dos casos apresentavam sinovite articular à ecografia: derrame articular e/ou hipertrofia sinovial. 46,4% dos casos apresentavam hipertrofia sinovial e 6% tinham tenossinovite associada. 26% do total de casos com hipertrofia sinovial apresentavam sinal *Power-Doppler*, na maioria dos casos de grau ligeiro. A prevalência de sinovite ecográfica foi significativamente superior à detectada clinicamente (23/33 vs 8/33, $p < 0,05$).

No grupo de controlos foi detectada sinovite ecográfica em 18,8% dos casos (3/16) sendo em todos os casos, caracterizada só por derrame articular ligeiro sem hipertrofia sinovial e sem sinal P-D. Dos doentes com alterações ecográficas de sinovite, 34,8% apresentava elevação da VS e 39,1% da PCR. Não se encontrou diferenças no SHAQ e no Componente Físico do SF-36 entre os doentes com e sem sinovite ecográfica. Verificou-se correlação negativa moderada entre o nº total de articulações com sinovite ecográfica e a capacidade funcional do SF-36 ($r = -0,45$, $p = 0,019$), mas não com os restantes domínios do SF-36.

Conclusão: Este estudo evidencia que a ecografia é um método mais sensível para avaliação de artrite em doentes com ES relativamente ao exame objectivo. Não se verificou relação entre a VS e PCR e a presença de artrite, concluindo-se que os marcadores de fase aguda poderão não ser bons preditores de envolvimento articular na ES. A presença de sinovite ecográfica associa-se a uma pior capacidade funcional do SF36. Estudos de maiores dimensões e controlados são necessários.

CLP65 – IMAGENS EM REUMATOLOGIA: ECOGRAFIA NUM CASO DE NECROSE AVASCULAR

Margarida M Silva¹, Paulo Clemente Coelho¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: O diagnóstico precoce da osteonecrose é o objectivo a atingir, uma vez que nas fases avançadas as opções terapêuticas são ainda mais limitadas. A Ressonância Nuclear Magnética (RNM) é o método de imagem de eleição porque nos dá o diagnóstico numa fase prévia ao colapso da superfície óssea. No entanto, razões de disponibilidade e custo fazem com que esse exame não esteja tão acessível quanto seria desejável e na generalidade dos casos o primeiro exame solicitado é a radiografia simples. Descrevemos um caso clínico de uma doente em que a ecografia estava acessível e documentou diversas alterações numa coxofemoral com osteonecrose e também na anca contralateral, que era sintomática mas sem alterações evidentes na radiografia simples.

Caso clínico: Doente de 49 anos, do sexo feminino, com o diagnóstico de artrite reumatóide, que em Julho de 2010 inicia queixas de dor na coxo-femoral direita inicialmente de ritmo mecânico e

posteriormente de ritmo misto, com incapacidade progressiva e mais tarde queixas semelhantes mas menos intensas à esquerda. Em Outubro recorreu ao reumatologista assistente e foi internada para avaliação da situação. Analiticamente não se verificou elevação dos parâmetros de fase aguda. A radiografia da bacia mostrava colapso da cabeça do fémur direito e ausência de alterações evidentes à esquerda. Fez-se ecografia das coxofemorais que mostrou à direita derrame intra-articular, sinal Doppler pericefálico e perda da continuidade da cortical; à esquerda derrame articular de menores dimensões e já se evidenciava alteração da cortical compatível também com colapso. Foi feita TAC das ancas que confirmou alterações bilaterais. Perante o diagnóstico de necrose avascular da anca a doente foi colocada em descarga articular, estando actualmente em programação para artroplastia da anca direita. Analiticamente não se verificou a existência de dislipidemia. Não existiam antecedentes de hábitos tabágicos.

Esta doente tinha iniciado cerca dos 40 anos de idade um quadro de poliartrite aditiva e simétrica envolvendo as mãos (MCFs e IFPs), punhos, ombros e joelhos; a artrite acompanhava-se de rigidez matinal articular superior a 1 hora. O quadro acompanhou-se de emagrecimento de cerca de 10 Kg, e de xerostomia e xeroftalmia. Observada no Instituto Português de Reumatologia foi feito o diagnóstico de Artrite Reumatóide com factores reumatóides negativos e anticorpos anti-CCP positivos em título alto, verificando-se previamente à terapêutica valores elevados da VS (61 mm 1ª hora) e da PCR (3,4 mg/dl). As radiografias das articulações periféricas não revelaram alterações erosivas no início nem na evolução da doença. Para

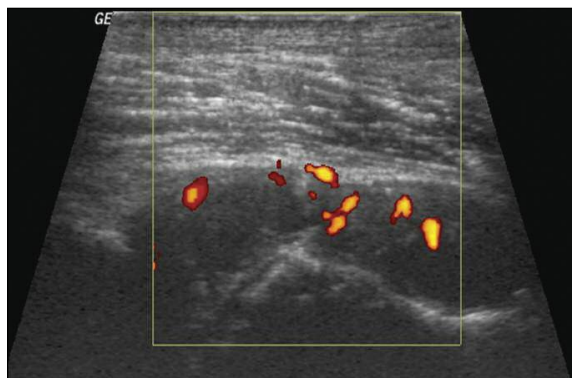


Figura 1. Coxofemoral dta, long anterior. Sinal Doppler peri-cefálico



Figura 2. Coxofemoral dta, long anterior. Volumoso derrame intra-articular e colapso da cabeça femoral



Figura 3. Coxofemoral esq, long anterior – derrame articular e afundamento da cortical da cabeça femoral

investigação do emagrecimento e estado de magreza (peso - 35 Kg; altura 1,60 m; IMC de 13,67), foi realizada avaliação analítica (marcadores tumorais e avaliação da serologia de hepatites e HIV sem alterações), despiste de síndrome de mal-absorção e de doença celíaca negativos. A doente passou a ser seguida em consulta de nutrição e de psicologia. O tratamento na consulta de Reumatologia tem sido feito com metotrexato, prednisona de 5 a 7,5 mg/dia, hidroxiquina, celecoxibe, cálcio e vitamina D e ácido zoledrónico anual, este após ter havido fractura osteoporótica de D12 e verificação que o balanço fosfocálcico e os níveis de vitamina D eram normais.

Conclusão: A apresentação deste caso clínico pretende chamar a atenção para o papel da ecografia no diagnóstico da necrose avascular do fémur, que pode ser feito mais cedo quando comparado com a radiografia. No entanto, o diagnóstico precoce, antes que se verifique um desnível da cortical não é acessível a nenhum destes métodos. São necessários mais estudos que confirmem os achados que descrevemos.

CLP66 – INTERNAMENTO NO IPR – A OPINIÃO DO DOENTE... E DO MÉDICO!

Jorge Lourenço¹, Inês Gonçalves²,
Manuela Parente³, Dina Medeiros³, Vera Las³, Eugénia Simões³, Ana Teixeira³

1. Hospital de Curry Cabral – Interno de Medicina Física e Reabilitação (MFR)

2. Instituto Português de Reumatologia (IPR) – Interna de Reumatologia

3. Instituto Português de Reumatologia (IPR) – Especialista em Reumatologia.

Introdução: O Instituto Português de Reumatologia é um centro de excelência no diagnóstico e tratamento de doenças reumatológicas que possui um enfermaria com 24 camas onde doentes com diversa patologia reumatológica são internados para avaliação clínica, tratamento farmacológico e reabilitação. A resposta dos doentes aos tratamentos e evolução clínica é feita diariamente de diversas formas, entre elas através da escala visual analógica da dor (EVA). O médico responsável pelo internamento, por sua vez, também refere qual a sua percepção da evolução da condição clínica do doente através de uma EVA, desde o dia de internamento até à sua alta.

Objectivos, Material e Métodos: Neste trabalho

pretende-se descrever uma amostra de doentes que estiveram internados no IPR durante um período de tempo, e correlacionar os dados obtidos entre algumas das suas características epidemiológicas (nomeadamente idade, sexo, diagnóstico principal e diagnósticos associados) com a percepção subjectiva da dor segundo a EVA em comparação com a avaliação clínica efectuada pelo médico.

Os autores apresentam um estudo retrospectivo dos aproximadamente 70 doentes que estiveram internados durante o mês de Novembro de 2010 no serviço de internamento de IPR.

Resultados e Conclusões: Verificou-se nesta amostra um predomínio de doentes do sexo feminino. Observaram-se diferenças significativas entre a avaliação efectuada pelos doentes e pelo médico, consoante a existência, ou não, do diagnóstico secundário de depressão, entre outras variáveis. Os dados obtidos, embora relativos a um curto período de tempo, são reveladores de que são necessários mais e melhores instrumentos que nos permitam, profissionais de saúde, avaliar de uma forma fácil e correcta a evolução clínica dos doentes em regime de internamento.

O curto período de tempo durante o qual a amostra foi recolhida poderá ter interferido com os resultados obtidos. Um estudo mais longo, com a duração mínima de um ano, poderá ser efectuada no seguimento deste trabalho para a validação de alguns dos resultados obtidos e conclusões observadas.

CLP67 – AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO EM IDOSOS

Cândida Nunes Casimiro Marques.

Centro de Saúde dos Olivais (ACES de Lisboa Oriental, ARSLVT)

Introdução: O aumento da esperança média de vida e a diminuição da taxa de natalidade têm levado a que Portugal apresente um alto índice de envelhecimento e seja mesmo um dos países com um envelhecimento demográfico mais elevado da Europa e mesmo do Mundo.

O aumento de longevidade é acompanhado de um processo degenerativo das capacidades físicas, psicológicas e sociais que é importante combater.

É reconhecido o contributo do exercício físico no idoso como factor da melhoria da qualidade de vida, da autonomia e da funcionalidade e saúde.

Objectivos: Avaliar a influência do exercício físico na aptidão física funcional e no equilíbrio em idosos integrados num programa de exercício físico.

População e métodos: Durante o ano de 2009 foram seguidos na Sala do Movimento do Centro de Saúde dos Olivais (ACES de Lisboa Oriental, ARSLVT) 169 utentes, dos quais 151 com 65 ou mais anos de idade, todos eles enviados pelos seus médicos de família para intervenção de fisioterapia, com o objectivo da melhoria de queixas algicas osteoarticulares (principalmente lombalgias, mas também outras, como cervicalgias, omalgias e gonalgias), de descondicionamentos físicos, de défices posturais e de alterações do equilíbrio e da marcha (para se fazer a prevenção de quedas), por intermédio do recurso a técnicas de cinesioterapia específicas.

Os utentes estiveram divididos por questões logísticas (dimensões da sala e disponibilidade dos acessórios para a cinesioterapia), em grupos de cerca de 20 elementos, fazendo cada grupo de utentes 2 sessões de 55 minutos cada por semana.

Os utentes intervencionados foram semestralmente avaliados por intermédio da *bateria de testes de aptidão física funcional de Fullerton* e da *bateria de testes da escala avançada de equilíbrio de Fullerton*, mensalmente quanto à tensão arterial, à frequência cardíaca e ao peso, e anualmente quanto à altura e ao perímetro abdominal.

Regularmente foram também feitas sessões de Educação para a Saúde para sensibilização dos utentes, abrangendo áreas específicas dos aparelhos da locomoção e da relação (tais como a prevenção das quedas, a escolha e uso correctos do calçado, as posturas correctas, a alimentação adequada para a prevenção da osteoporose,...), mas também de outras áreas, como as medidas de prevenção dos factores de risco para as doenças cardio e cerebro-vasculares (da obesidade, da hipertensão arterial, da diabetes,...).

Destes 151 utentes foram estudados os dados recolhidos de 101 utentes para os quais se obtiveram duas avaliações válidas no ano (no início e no final do ano).

Resultados: Destes 101 utentes apenas 6 eram do sexo masculino, representando 9,5 por cento dos casos, e as suas idades estavam compreendidas entre os 65 e os 89 anos (média – 74,9; desvio-padrão – 5,6).

A sua distribuição por grupo etário está representada na Tabela I e na Figura 1.

Quanto aos testes de aptidão física funcional efectuados (para cada um deles é indicado entre

Tabela I. Distribuição dos utentes por grupo etário

Grupo etário	N	Percentagem
65-70	23	22,8
71-75	39	38,6
76-80	21	20,8
81-85	14	13,9
86-90	4	4,0

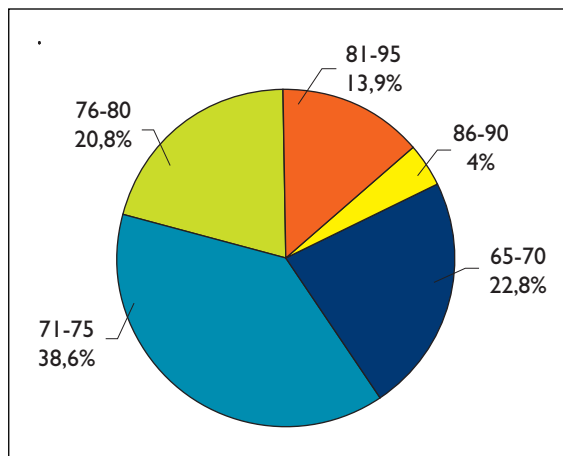


Figura 1. Distribuição dos grupos etários por percentagem.

parênteses o percentil 50), os resultados da avaliação inicial e da avaliação final foram, respectivamente:

- *Índice de massa corporal (IMC)*, 28,0 e 27,8 (26,1 Kg/m²);
- *Andar 6 minutos*, 452,4 e 511,0 (503 metros);
- *2 minutos de «step» no próprio lugar*, 74,8 e 90,5 (84 elevações do joelho);
- *Flexão do antebraço*, 13,0 e 15,0 (15 execuções/30 seg);
- *Levantar e sentar na cadeira*, 12,1 e 14,0 (13 execuções/30 seg);
- *Sentado, caminhar 2,44 metros e voltar a sentar*, 7,1 e 5,7 (6,0 seg);
- *Sentado e alcançar*, -1,4 e 1,8 (3,8 cm);
- *Alcançar atrás das costas*, -5,2 e -1,8 (-3,8 cm).

Na Tabela II estão representados estes resultados, assim como os seus percentis.

Quanto aos testes da escala avançada de equilíbrio (todos eles com uma escala de resultados de 0 a 4), os resultados da avaliação inicial e da avaliação final foram, respectivamente:

- *Permanecer de olhos fechados com os pés juntos*, 2,2 e 3,2;

Tabela II. Resultados iniciais e finais obtidos com os testes de aptidão física funcional, com os respectivos percentis 25, 50 e 75

Teste	Avaliação		Percentagem		
	Inicial	Final	25	50	75
Estatura e peso (IMC)	28,0	27,8	23,1	26,1	29,1
Andar 6 minutos	452,4	511,0	439	503	562
2 minutos de «step» no próprio lugar	74,8	90,5	68,0	84,0	101,0
Flexão do antebraço	13,0	15,0	12,0	15,0	17,0
Levantar e sentar na cadeira	12,1	14,0	10,0	13,0	15,0
Sentado. caminhar 2,44m e voltar a sentar	7,1	5,7	7,1	6,0	4,9
Sentado e alcançar	-1,4	1,8	-2,5	3,8	10,2
Alcançar atrás das costas	-5,2	-1,8	-10,2	-3,8	2,5

- *Alcançar um objecto no plano frontal, 2,0 e 3,0;*
- *Efectuar uma trajectória circular de 360° sobre um apoio, 1,8 e 2,9;*
- *Transpor um banco com 15 cm de altura, 2,8 e 3,6;*
- *Dar 10 passos em linha recta, 1,6 e 2,7;*
- *Equilíbrio sobre um apoio, 1,8 e 3,1;*
- *Permanecer de olhos fechados e em pés juntos numa superfície de espuma, 1,5 e 2,7;*
- *Saltar a dois pés, 1,7 e 2,8;*
- *Marchar com rotação simultânea da cabeça, 2,0 e 3,0;*
- *Controlo da reacção postural, 1,5 e 2,7.*

Na Tabela III e na Figura 2 representam-se os resultados iniciais e finais dos testes da escala avan-

çada de equilíbrio.

Recorrendo ao test *t* de *student* para comparar as médias iniciais e finais dos resultados dos testes de avaliação, constatamos que estas diferenças foram estatisticamente significativas ($p < 0,0001$) para todos os testes, com a excepção do IMC ($p = 0,6087$).

Conclusões: Podemos pois concluir que a intervenção de exercício físico operacionada durante o ano de 2009 na Sala do Movimento, relativamente a este grupo de 101 utentes com 65 ou mais anos de idade, se saldou por uma melhoria estatisticamente significativa da sua aptidão física e do seu equilíbrio, tendo portanto havido para esta população evidentes ganhos de saúde.

Tabela III. Resultados iniciais e finais dos testes da escala avançada de equilíbrio (média - 2,0)

Teste	Inicial	Final
Permanecer de olhos fechados com os pés juntos	2,2	3,2
Alcançar um objecto no plano frontal	2,0	3,0
Efectuar uma trajectória circular sobre um apoio	1,8	2,9
Transpor um banco com 15cm de altura	2,8	3,6
Dar 10 passos em linha recta	1,6	2,7
Equilíbrio sobre um apoio	1,8	3,1
Permanecer de olhos fechados e pé juntos numa superfície de espuma	1,5	2,7
Saltar a dois pés	1,7	2,8
Marchar com rotação simultânea da cabeça	2,0	3,0
Controlo da reacção postural	1,5	2,7

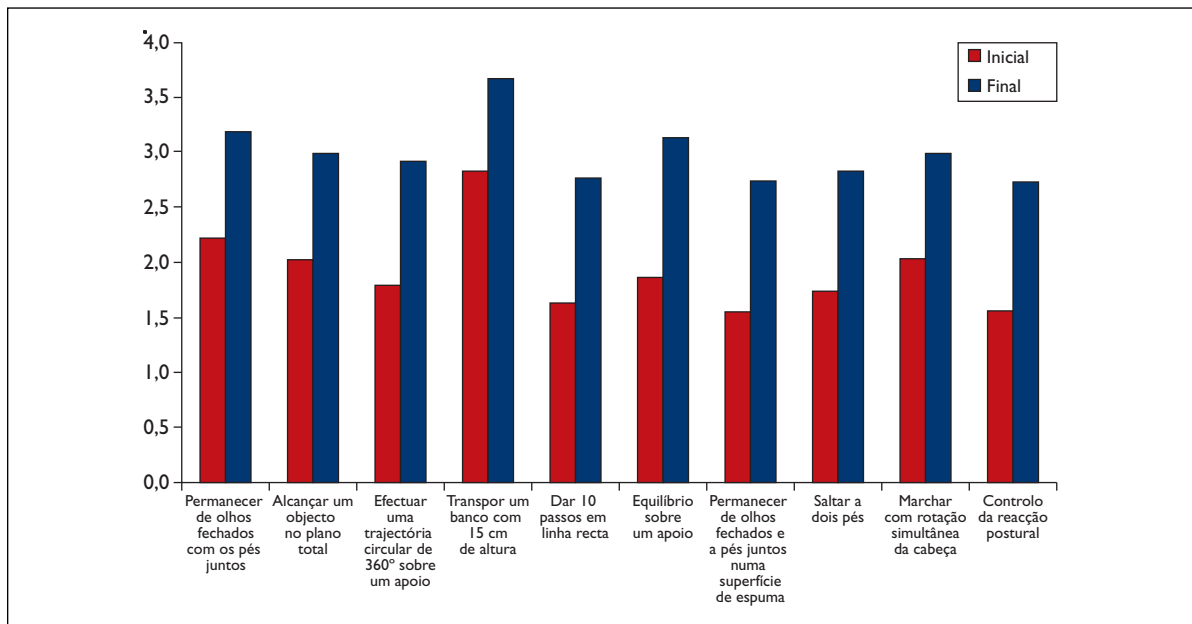


Figura 2. Resultados iniciais e finais dos testes da escala avançada de equilíbrio (média - 2,0).



**CONCURSO
DE SLIDES**

CONCURSO DE SLIDES
INSCRIÇÕES ABERTAS NO SECRETARIADO [ELVIRA MORAES]
ATÉ SEXTA-FEIRA – 10 DEZEMBRO ÀS 16H30M

ESCLEROSE SISTÊMICA AVANÇADA: CASO CLÍNICO.

Machado V¹, Cabral A¹, Vaz C², Maços F³, Cabral F⁴,
 Sousa A¹, Pereira R¹

1. Serviço de Medicina, Hospital Sousa Martins ULS Guarda E.PE.
2. Reumatologia, Hospital Sousa Martins ULS Guarda E.PE.
3. Serviço de Gastroenterologia, Hospital Sousa Martins ULS Guarda E.PE.
4. Serviço de Dermatologia, Hospital Sousa Martins ULS Guarda E.PE.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 46 anos, que apresenta esclerose sistémica com 25 anos de evolução e sem terapêutica imunossupressora prévia. Recorreu ao serviço de urgência por edema agudo do pulmão. Tem antecedentes de 7 dilatações por estenose esofágica e no internamento verificou-se a presença de fibrose pulmonar, hipertensão pulmonar, derrame pericárdico, isquémia e esclerodactilia grave com reabsorção de múltiplas falanges dos dedos das mãos.



Figura. Face



Figura. Mãos



Figura. Rx mãos



Figura. Rx tórax



Figura. TC tórax 1



Figura. TC tórax 2