



CONCURSO DE IMAGENS

Concurso de imagens

ACTA REUMATOL PORT. 2015;40:87-112 (SUP)

IM 01 – TOFOS GOTOSOS EXUBERANTES EM DOENTE QUE RECUSA TERAPÊUTICA

Tiago Costa¹, João Gomes¹, Sofia Serra¹, Teresa Pedrosa¹, Fernando Pimentel Santos², Sandra Falcão², Jaime C Branco³

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz

2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz

3. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz, CEDOC, NOVA Medical School/Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Apresentamos imagens de uma doente com gota apresentando tofos gotosos exuberantes, pouco frequentes actualmente devido ao diagnóstico precoce e ao tratamento eficaz da doença.

Trata-se de uma mulher de 53 anos, com diagnóstico de artropatia gotosa tofácea desde 2006, com história de hipertensão arterial essencial, fumadora activa e consumo regular de álcool. Estava medicada com prednisolona 5mg/dia, colquicina 1mg/dia, irbesartan + hidroclorotiazida 300+12,5mg/dia. A doente recusava tomar alopurinol. Foi internada em Abril de 2015 no Serviço de Reumatologia do Hospital Egas Moniz, por quadro com meses de evolução e de agravamento progressivo de tofos gotosos exuberantes nas mãos e pés com drenagem espontânea e posterior reaparecimento. Semiologicamente destacava-se: exuberante tofo gotoso no dorso da mão direita (10cm x 10cm) (Fig.1), dorso da mão esquerda (5cm x 5cm), parte anterior da planta dos pés (10cm x 10cm) (Figuras 2 e 3) com múltiplos tofos de pequenas dimensões ao nível das falanges das mãos e pés, punhos e cotovelos. Analiticamente destacava-se: Ácido úrico de 9,0mg/dl. Durante o internamento explicou-se a importância da evicção tabágica e de álcool. Tentou-se a reintrodução de alopurinol sem sucesso, tendo em conta a recusa veemente da doente. Atendendo ao contexto e considerando a relação risco-benefício optou-se por não tentar outras alternativas terapêuticas (febuxostat ou anakinra). Realizou-se *switch* de terapêutica anti-hipertensora para losartan e amlodipina (fármacos anti-hipertensores que podem contribuir para a redução de ácido úrico). Teve alta encaminhada à consulta de Cirurgia Plástica.



FIGURA 1.



FIGURA 2.



FIGURA 3.

IM 02 – BIFOSFONATOS: ENCAVILHAMENTO PROFILÁTICO DE UMA FRACTURA ATÍPICA DO FÉMUR

Patrícia Gomes¹, Miguel Figueiredo¹, Marco Pato¹, Catarina Pereira¹, Francisco Santos², Paulo Felicíssimo¹

1. Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

2. Centro Hospital Lisboa Norte

Objectivo: Apresentar a atitude perante um caso que satisfaz os critérios de fractura atípica do fémur associado aos bifosfonatos

Resumo: Doente do género feminino, com 56 anos, com antecedentes pessoais conhecidos de neoplasia da mama com metastização óssea, fractura patológica do fémur direito em 2009 e terapêutica prolongada com bifosfonatos (início da toma aos 45 anos, suspensão durante 8 meses em 2009 até à consolidação da fractura). Em 2014 iniciou coxalgia à esquerda sem história de trauma, com incapacidade funcional, necessitando de auxiliares para a marcha.

Imagens de radiologia convencional revelou espessamento da cortical externa da região subtrocantérica do fémur esquerdo (Figura 1).

Pela manutenção das queixas algicas associado ao risco de fractura, suspendeu-se a toma de bifosfonatos e procedeu-se ao encavilhamento profilático do fémur (Figura 2) de forma a permitir carga e retorno à vida activa.

Os bifosfonatos são medicamentos eficazes amplamente utilizados na redução do risco de fracturas osteoporóticas. Contudo, a sua utilização a longo prazo está associado ao aparecimento de fracturas, sendo necessário estarmos à alerta e sensibilizados para este potencial efeito adverso. O Ortopedista desempenha um papel importante no seu tratamento, que varia desde o conservador, à fixação profilática e à osteossíntese após fractura completa. O encavilhamento profilático permite um retorno à carga e às actividades de vida diária mais precocemente, prevenindo a morbidade da fractura, apesar dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico.



FIGURA 1.



FIGURA 2.

IM 03 – UMA LOCALIZAÇÃO RARA DE UM OSTEOCONDROMA

Daniela Santos Faria¹, Ana Raposo¹, Joana Sousa Neves¹, Marcos Cerqueira¹, Sérgio Alcino¹, Carmo Afonso¹

1. Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Ponte de Lima

Homem de 44 anos, com artralgiias mecânicas do 1º dedo do pé direito, agravado pelo uso de calçado apertado, que ao exame físico apresentava tumefação de consistência dura. A radiografia evidenciou várias exostoses a envolver a 1ª metatarso-falângica direita, tendo sido submetido a recessão cirúrgica. O resultado histológico revelou tratar-se de um osteocondroma, um dos tumores ósseos benignos mais comuns, contudo numa localização rara, uma vez que o mais frequente é surgir nos ossos longos nas extremidades da região do joelho e do ombro.



IM 04 – A MÁSCARA DE LEÃO

Ruben Carvalho¹, Carlos Sampaio Macedo², Carla Miranda³

1. Hospital de Santarém
2. Centro Hospitalar do Porto
3. Centro Hospitalar de Gaia-Espinho

A máscara de leão. Manifestação muito rara de doença de Paget. A doença de Paget consiste numa remodelação óssea anómala do osso, com expansão óssea. Um complicação frequente é a fractura patológica. Malignização é rara. O aspecto do crânio em máscara de leão é muito raro.



IM 05 – CONFLITO FEMUROACETABULAR TIPO CAM

Carlos Sampaio Macedo¹, Ruben Carvalho², Carla Miranda³, João Amorim¹

1. Centro Hospitalar do Porto
2. Centro Hospitalar de Santarém
3. Centro Hospitalar de Gaia-Espinho

Doente do sexo masculino, de 30 anos. Dor persistente nas ancas de características mecânicas, sem irradiação.

Rx: deformidade tipo *cam* dos colos do fêmur; interlinhas conservadas mas com esclerose supero-lateral, traduzindo osteoartrite secundária associada.



IM 06 – OSTEOMA OSTEÓIDE

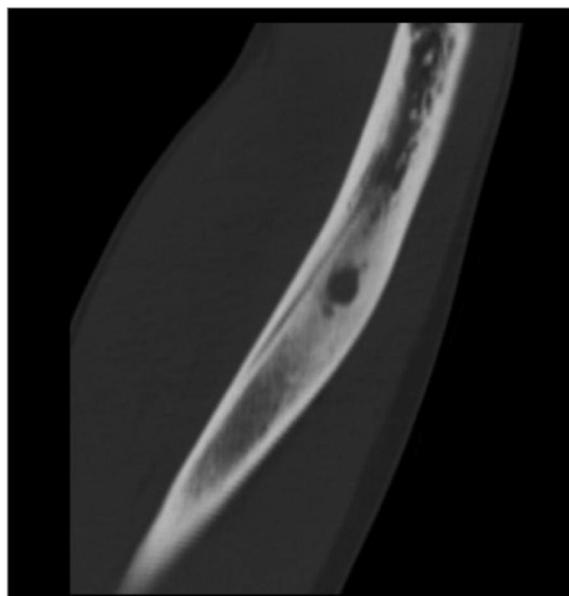
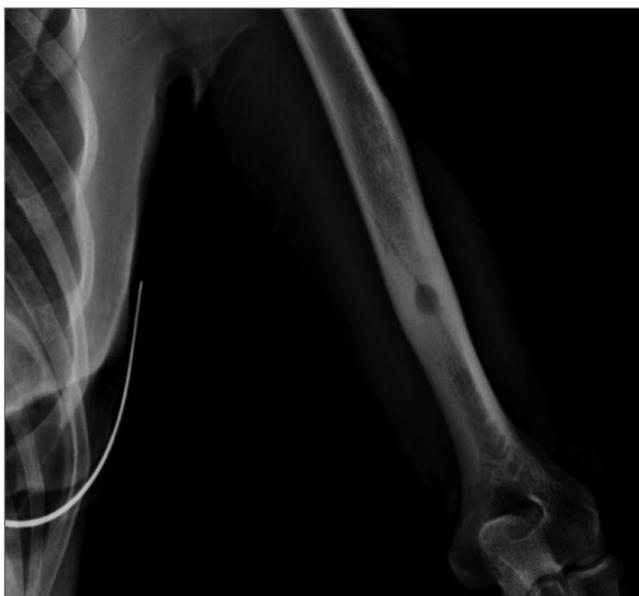
Carlos Sampaio Macedo¹, Ruben Carvalho², Carla Miranda³, João Araújo¹, Sara Magalhães¹, Orlando Cardoso⁴

1. Centro Hospitalar do Porto
2. Hospital de Santarém
3. Centro Hospitalar de Gaia-Espinho
4. Centro Hospitalar do Alto Ave

Sexo feminino, 42 anos. Desde há muitos anos com dor no braço esquerdo, face externa, que, sendo permanente, exacerba à noite.

Rx: esclerose segmentar do rádio com 'nidus' radiolucente. Confirmação do nidus por TC.

Tx: termoablação.



IM 07 – DOR LOMBAR ANTES DOS 30

Ruben Carvalho¹, Carla Miranda², Carlos Rodrigues³, João André Oliveira⁴, João Santos⁵

1. Hospital Distrital de Santarém
2. Centro Hospitalar de Gaia-Espinho
3. CH Trás os Montes e Alto Douro
4. Centro Hospitalar do Porto
5. Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Dor lombar antes dos 30. Jovem, sexo masculino, dor na transição lombosagrada, mecânica, incapacitante, sem irradiação. Sem historia traumática conhecida.

CT: anterolistesis IV/IV vs espondiloptose (confirmada por RM), com lise ístmica.

Tratamento cirúrgico.



IM 08 – NECROSE AVASCULAR DA CABEÇA DO FEMÚR

Ruben de Carvalho¹, Carlos Sampaio Macedo², Carla Miranda³, Sara Magalhães²

1. Hospital de Santarém

2. Centro Hospitalar do Porto

3. Centro Hospitalar de Gaia-Espinho

Doente do sexo feminino, 43 anos, sob corticoterapia por artrite psoriática.

Dor na anca esquerda, severa e persistente.

Rx:

- Radiolucência semilunar subcondral na cabeça do femur. Patognomónico.
- Sinal da linha subcondral radioluciente.
- Sem colapso articular.



IM 09 – DOENÇA CONGÊNITA RARA E A SUA COMPLICAÇÃO FREQUENTE

Carlos Sampaio Macedo¹, Ruben Carvalho², Carla Miranda³, João Santos⁴, João Araújo⁵

1. Centro Hospital do Porto
2. Hospital Distrital de Santarém
3. Centro Hospitalar de Gaia-Espinho
4. U. L. S. Alto Minho
5. Centro Hospitalar do Porto

Osteopetrose. Doença hiperostossante e deformante de todos os segmentos ósseos. Múltiplas fracturas patológicas no curso da doença são a regra. Sinais característicos: *Erlenmeyer flask deformity*, sinal da *sandwich*.



IM 10 – OSTEOARTRITE NA HEMOCROMATOSE

Carlos Sampaio Macedo¹, Ruben de Carvalho², Carlos Matos¹, Carla Miranda³, Carlos Rodrigues⁴

1. Centro Hospitalar do Porto
2. Hospital de Santarém
3. Centro Hospitalar de Gaia-Espinho
4. CHTMAD

Hemocromatose e osteoartrite secundária. Um estudo radiográfico simples pode permitir um diagnóstico fácil de osteoartrite por hemocromatose ou CPPD.

1. reconhecer o padrão de atingimento das articulações (simetria ou assimetria bilateral).
2. as articulações atingidas são as mais características da osteoartrite primária?
3. sinais específicos - *hanging osteophytes*.

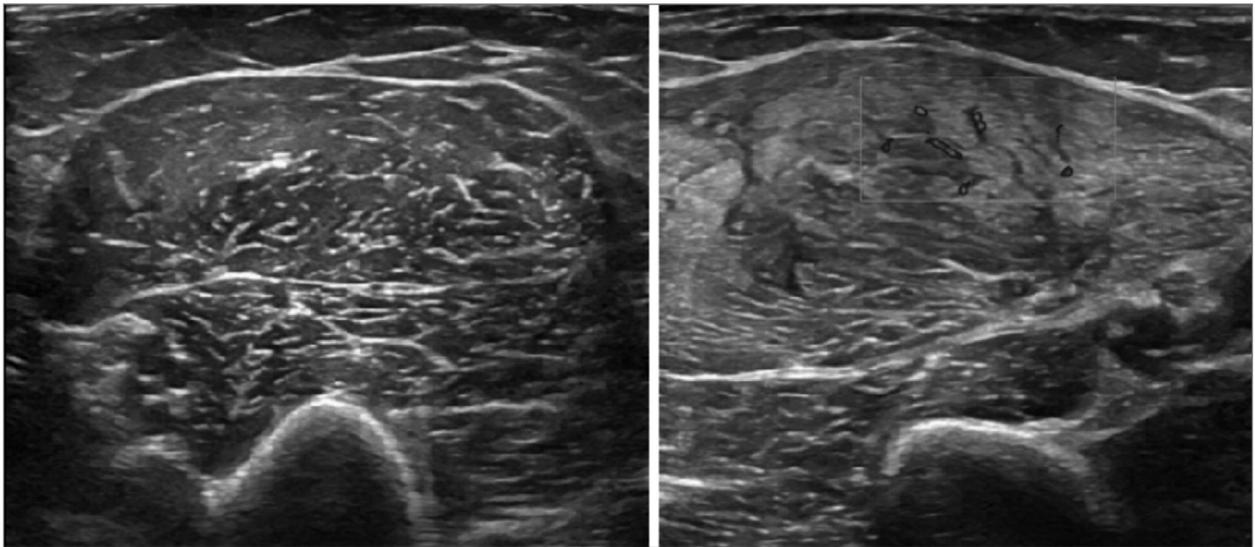


IM 11 - UM CASO DE MIOSITE NODULAR RECORRENTE: O PAPEL DA ECOGRAFIA

Daniela Santos Faria¹, Joana Sousa Neves¹, Ana Raposo¹, Marcos Cerqueira¹, Filipa Teixeira¹, Sérgio Alcino¹, Carmo Afonso¹

1. Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Ponte de Lima

Mulher de 39 anos, com história de miosite nodular focal, com 7 anos de evolução e múltiplos episódios de miosite nodular focal, envolvendo diferentes locais. Quando na presença de dor e tumefação «de novo» num determinado grupo muscular, a ecografia pode ter um papel muito importante na sua avaliação e confirmar a sua recidiva, ao evidenciar um padrão muscular alterado, com irregularidades e destruição da estrutura normal do músculo.



IM 12 – OSTEOATROPIA DE CHARCOT

Ruben de Carvalho¹, Carlos Sampaio Macedo², Carla Miranda³, João Santos⁴, João Amorim²

1. Hospital de Setúbal
2. Centro Hospitalar do Porto
3. Centro Hospitalar de Gaia-Espinho
4. U. L. S. Alto Minho

Doente do sexo masculino, 67 anos.

Diabetes mellitus tipo 2, insulino-tratada com disfunção de múltiplos órgãos alvo.

Apresenta deformidade e limitação funcional dos pés.

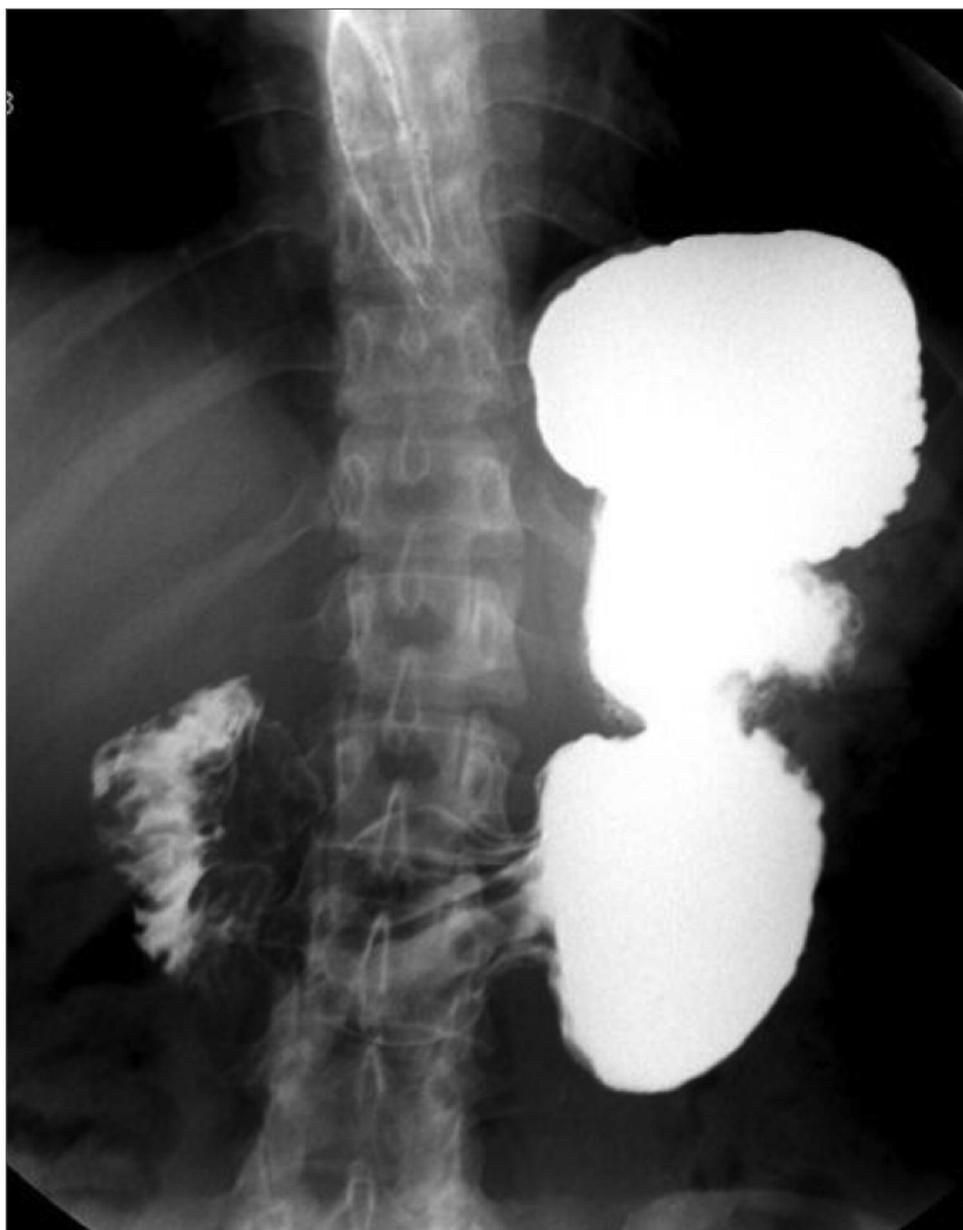
No exame radiográfico observa-se extensa destruição óssea centrada às articulações tibiotársicas e intertarsianas, marcada redução da mineralização óssea. A distinção se possível sobreinfecção pode ser radiograficamente difícil.



IM 13 – ENVOLVIMENTO ESOFAGOGÁSTRICO NA ESCLEROSE SISTÉMICA LIMITADAAna Águeda¹, Renata Aguiar¹, Catarina Ambrósio¹, Inês Cunha¹, Anabela Barcelos¹

1. Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE Aveiro

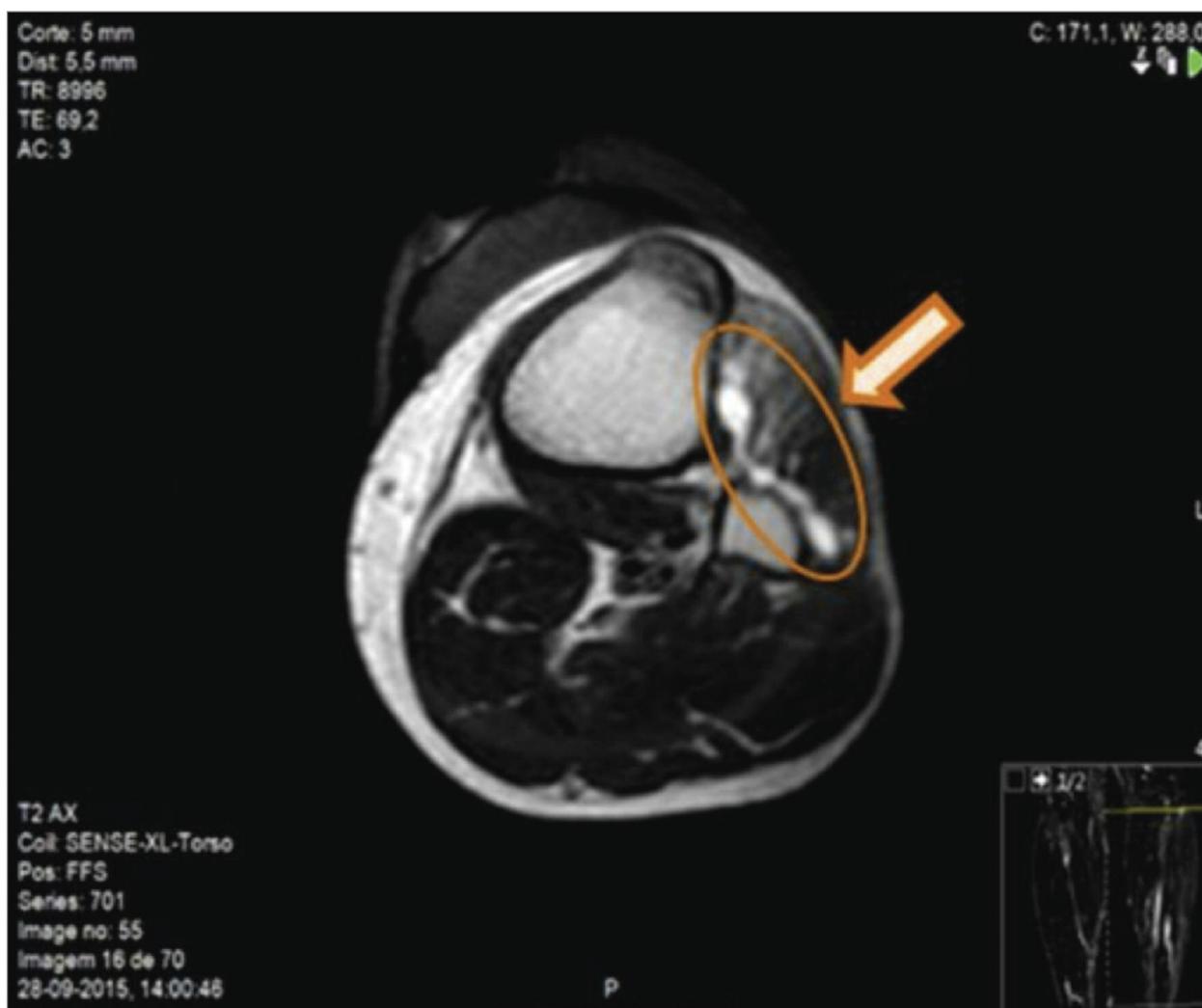
Mulher de 52 anos com Esclerose Sistémica Limitada, portadora, na primeira consulta, de trânsito gastroduodenal que realizara por disfagia e enfartamento pós prandial, e que havia revelado estômago hipotónico, com morfologia muito alongada, atingindo a escavação pélvica, com marcado atraso no esvaziamento do produto de contraste e escassa progressão para o arco duodenal. Durante o exame não se visualizou hérnia do hiato mas houve registo de episódio exuberante de refluxo gastroesofágico que atingiu o terço superior do esófago. Manometria esofágica com peristalse esofágica ineficaz (> 50 % das deglutições) com normal relaxamento da junção esofago-gástrica.



IM 14 – UMA CAUSA RARA DE PÉ PENDENTE: O VALOR DA ECOGRAFIA À «CABECEIRA» DO DOENTEJoana Sousa Neves¹, Daniela Santos Faria¹, Marcos Cerqueira¹, Ana Raposo¹, Filipa Teixeira¹, Carmo Afonso¹

1. Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Ponte de Lima, Portugal

Doente de 55 anos de idade enviado à consulta de Reumatologia por dor no membro inferior esquerdo (MIE) com 3 meses de evolução. Constatou-se diminuição da sensibilidade na face lateral do terço distal do MIE, no bordo medial do pé e halux, associado a pé pendente. Não tinha história de traumatismo prévio. Na avaliação ecográfica efetuada no decurso da consulta identificou-se de imediato uma imagem hipocogénica adjacente à cabeça do perónio esquerdo, passível de ser uma lesão a exercer compressão do nervo peronial que poderia explicar o quadro clínico. A eletromiografia confirmou uma neuropatia severa do nervo peronial comum esquerdo com grave lesão axonal motora e sinais de desnervação ativa e a RMN efetuada posteriormente para melhor esclarecimento etiológico da imagem referida, evidenciou uma extensa lesão quística acompanhando todo o trajeto do nervo peronial comum, com origem na articulação tibioperonial. O doente foi orientado para Cirurgia urgente.



IM 15 – ENVOLVIMENTO ESQUELÉTICO NA MASTOCITOSE SISTÊMICA

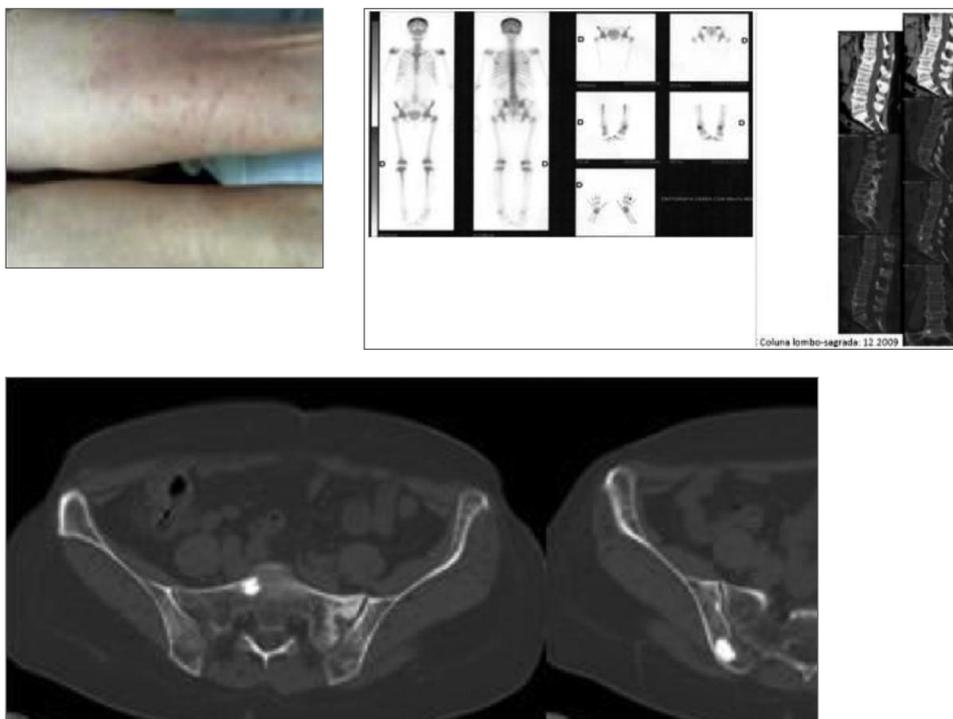
Joana Borges¹, Susana Fernandes¹, Cândida Silva¹, Rui Leitão¹, Eugénia Simões¹, José Vaz Patto¹, Augusto Faustino¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A mastocitose é uma doença cujas manifestações clínicas decorrem da infiltração e libertação de mediadores mastocitários. Frequentemente ocorre envolvimento cutâneo, que pode mesmo ser a manifestação inicial na maioria dos indivíduos. O envolvimento músculo-esquelético é também muito relevante. Podem ocorrer osteopénia/osteoporose e fraturas patológicas que podem ser os sintomas iniciais e, no caso das fraturas de fragilidade, marcadores de gravidade da doença. Relatam-se igualmente osteólise/osteosclerose, predominantemente no esqueleto axial e extremidades de ossos longos, mastocitomas associados a dor localizada e dor músculo-esquelética associada a incapacidade funcional.

Descrição das imagens: Os autores apresentam uma imagem de envolvimento cutâneo (Figura 1) numa doente com mastocitose sistémica, em que é visível um exantema urticariforme do antebraço esquerdo, com formação de pápulas após fricção local (sinal de Darier). São apresentadas igualmente imagens de envolvimento esquelético: Figura 2) Cintigrafia óssea (de 2009, prévia ao diagnóstico), com «alteração do padrão de fixação no esqueleto, com aumento difuso na calote craniana, úmeros, fémures e 2/3 proximais das tíbias, sugestivo de expansão da medula óssea vs hiperparatiroidismo». Figura 3) Tomografia computadorizada da coluna lombo-sagrada (de 2009): OP difusa das vértebras lombares e sacro. Pequenos nódulos de compacta no corpo de L5, S1, asa ilíaca direita. Afundamento dos planaltos somáticos superiores L2 e L5. Hérnia discal subligamentar paramediana dta L4-L5 que molda o saco tecal junto à raiz L5 direita. Figura 4) Tomografia computadorizada das sacroilíacas (2012): Em topografia subarticular esquerda: aspeto de rarefação c/áreas periféricas escleróticas (3x5cm); semelhante na região mais posterior ilíaco direito, com área de esclerose ebúrnea (1,6cm), tipo enostótico (infiltração por mastocitose); área esclerótica à direita da região mais central da asa do sacro (11mm) e ilíaco esquerdo (4mm) com aspetos reticulares e alteração estrutural da região anterior da asa do ilíaco esquerdo (16mm) e última vértebra lombar, padrão esclerótico; esta vértebra exhibe colapso moderado. Alterações na vertente anterior do contorno do planalto inferior de L4 com perda de substância

Conclusão: As imagens apresentadas traduzem diferentes tipos de envolvimento esquelético na mastocitose sistémica.



IM 16 – GRANULOMATOSE COM POLIANGÉITE – DEFORMAÇÃO NASAL EM SELA

Diogo Jesus¹, Mary Marques¹, Gisela Eugénio¹, Pedro Carvalho¹, Joana Ferreira¹, Armando Malcata¹
1. Serviço de Reumatologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Doente com granulomatose com poliangéite que desenvolveu deformação nasal em sela (seta), com destruição da cartilagem nasal dorsal.

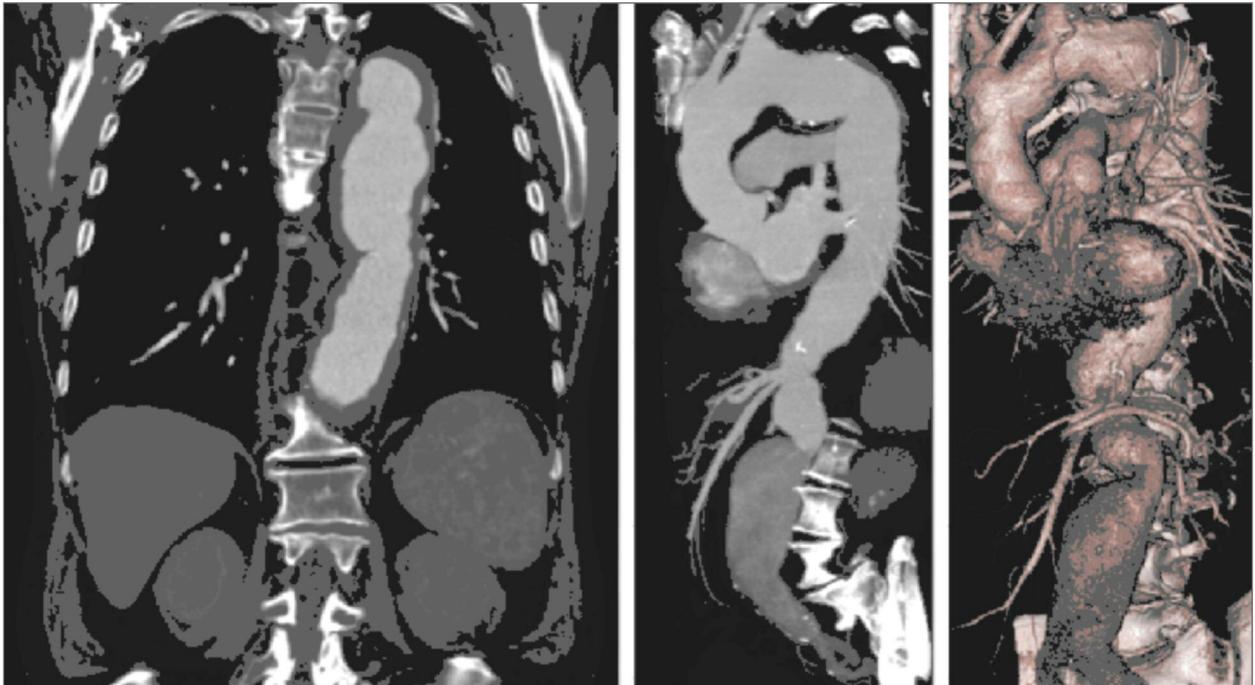


IM 17 – VASCULITE NÃO CLASSIFICADA – EXUBERANTE DILATAÇÃO ANEURISMÁTICA DA AORTA

Diogo Jesus¹, Mary Marques¹, Gisela Eugénio¹, João Pedro Tavares², Mariana Galante Santiago¹, Armando Malcata¹

1. Serviço de Reumatologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
2. Serviço de Medicina Interna – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Doente com vasculite não classificada, apresentando exuberante dilatação aneurismática da aorta ascendente, crosseada, descendente torácica e abdominal.



IM 18 – SACRAL CHONDROSARCOMA MIMICKING LUMBAR DISC HERNIATION

Joana Fonseca Ferreira¹, Gisela Eugénio¹, Paulo Tavares², Fernando Judas³, José Manuel Casanova³

1. S. Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

2. S. Hematologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

3. S. Ortopedia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A 58 year-old Caucasian female present in the outpatients clinics with low back pain radiated by the right thigh reaching the heel by the back of the leg. Patient also complains of paresthesia and decreased muscle strength.

Pain started 6 weeks before, suddenly and very intense, and the patient promptly went to an emergency service. X-ray made was reported as normal. Radiculopathy diagnose was establish, and conservative treatment was started. Patient maintain pain in the next weeks, first reliving with bed rest, but getting worse progressively, and with night pain at the time of the first appointment in the Rheumatology outpatient clinic. Patient denied any other relevant symptoms.

General physical examination was unremarkable. Patient present claudication, and extreme difficult in tip toe and heels walking. Muscle strength 4 in the right limb in all muscles groups. Straight leg raising and Lasegue maneuver were positive on the right limb. There was no foot drop, and no sensory change. There was some tenderness in the sacrum, but spine range of motion was preserved.

Lumbar and pelvic radiograph was repeated: Right sacral-iliac joint appears erased, associated to trabecular density decrease of right sacrum wing, suggestive of a lytic lesion, however, this lesion was difficult to observe (Figure 1).

Lumbar and pelvic CT show an expansive lytic lesion, with soft tissue density, involving right sacral wing with endosteal scalloping and invasion of the first sacral foramen with compression of the S1 root. Lesion extends to the sacral-iliac joint and iliac bone. There was no clear sclerotic reaction, or associated calcifications (Figure 2).

MRI confirm the presence of a lesion sacral right wing, extending to the iliac bone, with lobulated and well-defined boundaries, showing hypo intense signal on T1 and intermediate signal on T2-weighted images. There was no apparent soft tissue mass associated (Figure 3).

Dedifferentiated chondrosarcoma of the sacrum was confirm by bone biopsy. A complete staging workup was performed and no metastases were found.

With this work we pretend to report that worsening of pain after conservative treatment in a patient with radicular syndrome should lead to a diagnostic workflow.

Chondrosarcomas are the third most common primary malignant bone tumors, after myeloma and osteosarcoma. Chondrosarcomas are a very heterogeneous group of malignant bone tumors. Dedifferentiated subtype is a rare form of chondrosarcoma with a high metastatic potential and a poor prognosis.



FIGURE 1.



FIGURE 2.

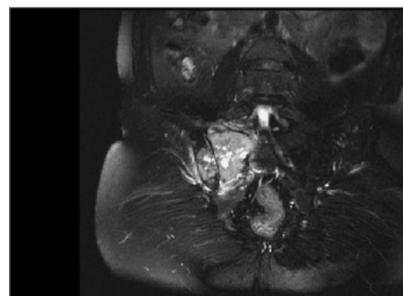


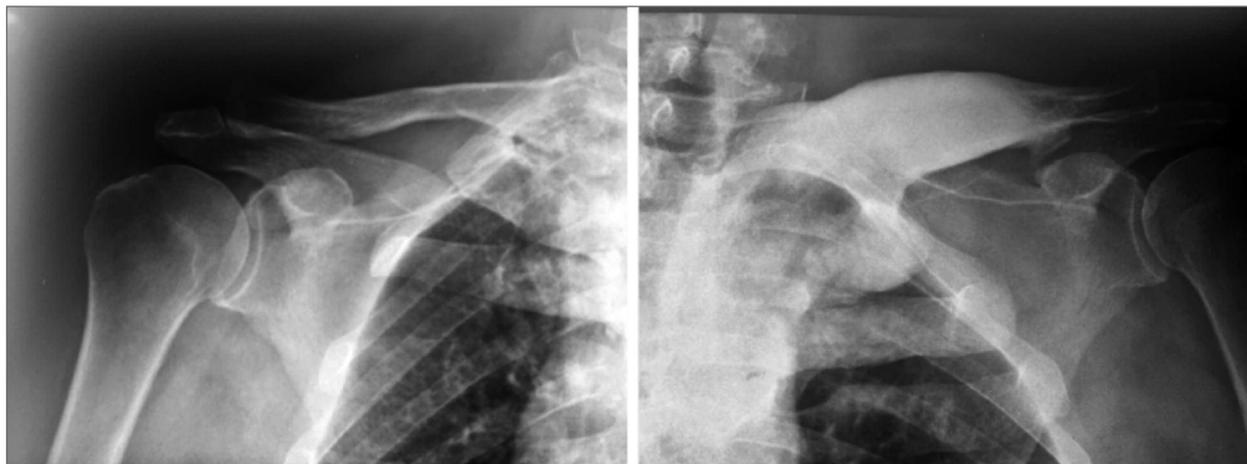
FIGURE 3.

IM 19 – CLAVÍCULA PAGÉTICA

Susana Fernandes¹, Joana Borges¹, Manuela Micaelo¹, Cândida Silva¹, Augusto Faustino¹

1. Instituto Português de Reumatologia

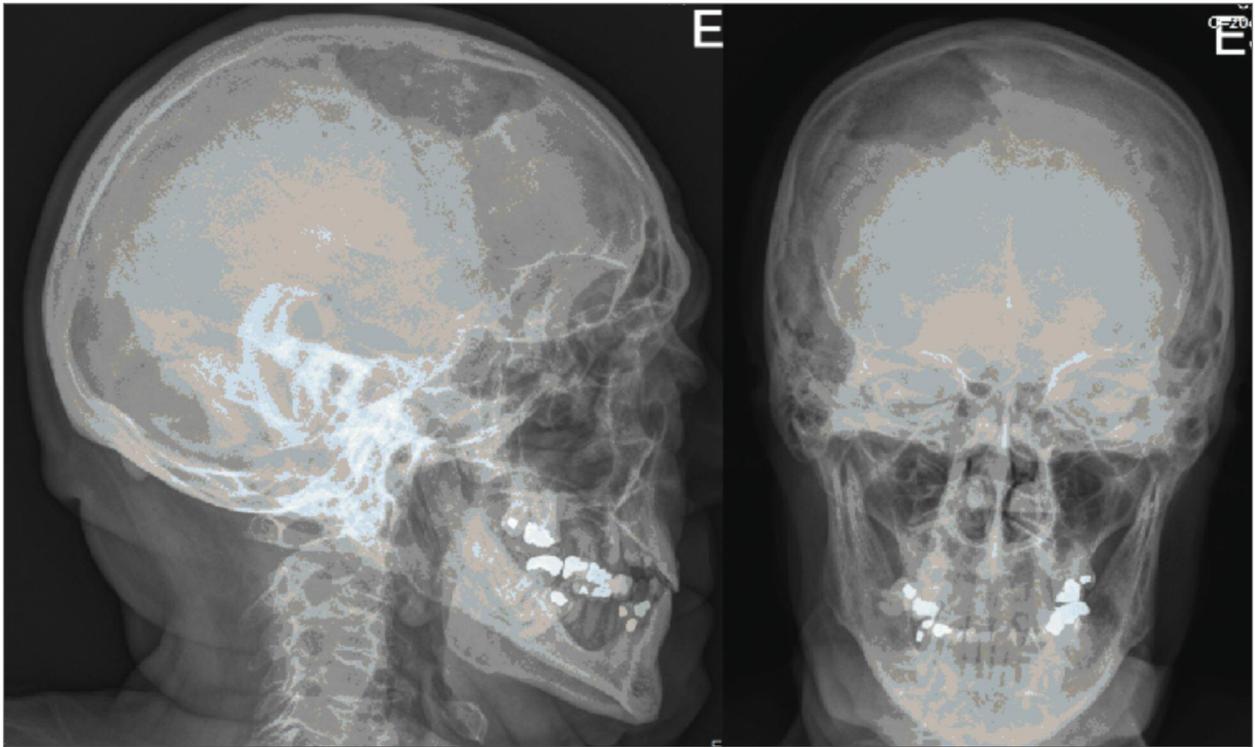
Apresentamos a imagem de um doente actualmente com 74 anos, caucasiano, natural de Portalegre, que iniciou aos 48 anos um quadro de omalgia esquerda, com dor na palpação e aumento da temperatura localizadas à clavícula homolateral. A cintigrafia revelou intenso aumento da fixação do radiofármaco no terço proximal e médio da clavícula esquerda, assim como na articulação esterno clavicular esquerda, manúbrio esternal e dois primeiros arcos costais esquerdos na sua vertente anterior. Análises com fosfatase alcalina de 110. O diagnóstico é de **Doença de Paget Polioestótica**. Dadas as co-morbilidades cardiovasculares (Cardiopatia Isquémica com Enfarte Agudo do Miocárdio recente e cicatriz de enfarte na parede anterior, Bloqueio Completo de Ramo Direito, Diabetes Mellitus, Dislipidémia), foi tratado com risendronato 35 mg durante 6 anos. Houve melhoria da dor e diminuição da temperatura local, com fosfatase alcalina de 74. Por retorno de dor, vai fazer actualmente toma de ácido zolendrónico 5 mg. Apresentamos a **Radiografia actual dos ombros** do doente, onde se observa um franco aumento da densidade óssea, com aumento e alargamento exuberante da clavícula esquerda (terço proximal e médio), associado a uma perda total da diferenciação cortico medular.



IM 20 – VOLUMOSA LESÃO LÍTICA DA CALOTESusana Fernandes¹, Joana Borges¹, Cândida Silva¹, Augusto Faustino¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Apresentamos a imagem de um doente de 80 anos com Artrite Reumatóide com 20 anos de evolução, actualmente sob etanercept 50 mg semanal. Recorreu ao Serviço de Urgência com dorso-lombalgia de ritmo mecânico, agravamento nocturno, com um mês de evolução. Sem astenia, perda ponderal, febre. As radiografias e TC da coluna dorsal e lombar revelaram múltiplas lesões líticas atingindo os vários corpos vertebrais, de maior expressão lesional de D3 a D11 e compressão da medula em D3, assim como lesões em L1, L3 e S1. Analiticamente sem anemia, insuficiência renal ou hipercalcémia. Mostramos a radiografia de crânio deste doente, com extensa lesão lítica fronto-parietal direita (46x42mm). A investigação uma Gamapatia Monoclonal IgG kappa com proteinúria de Bence Jones positiva sugestiva de Mieloma Múltiplo.

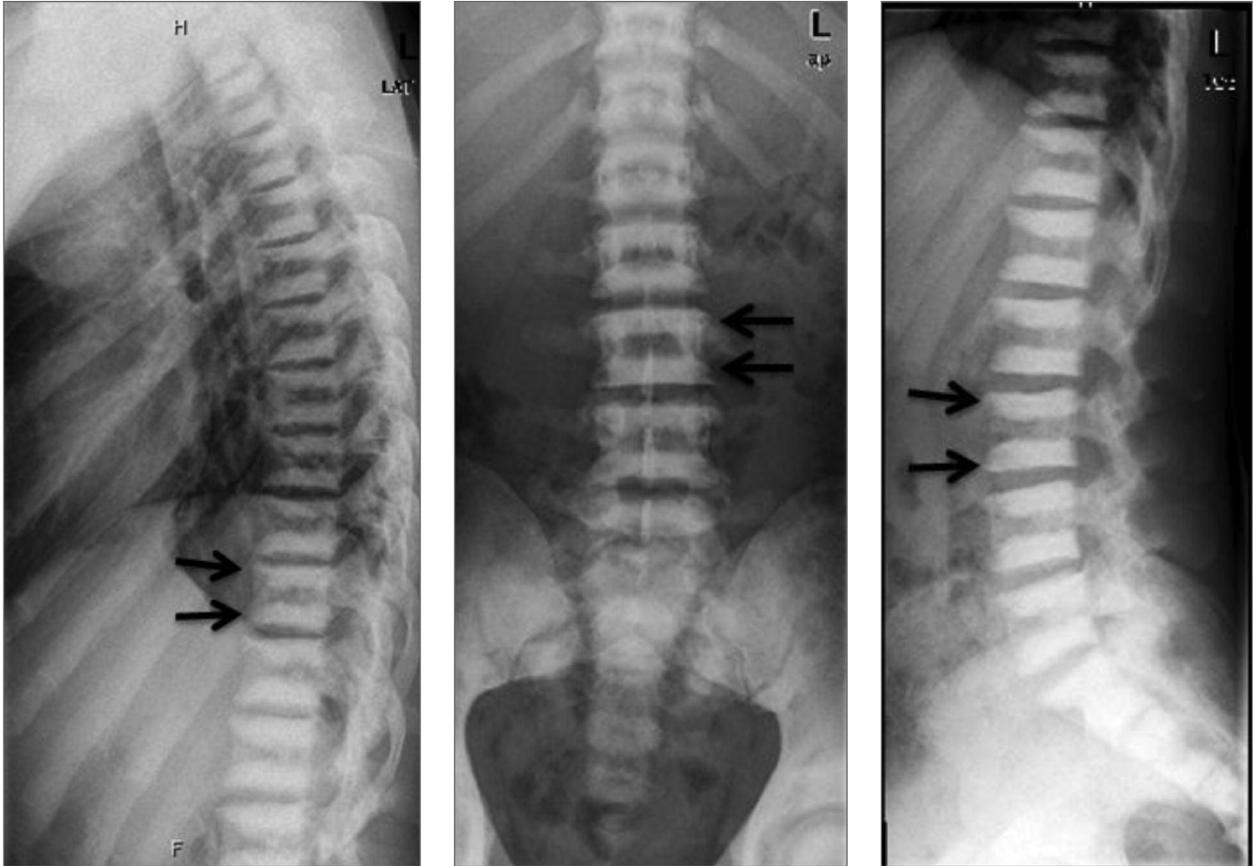


IM 21 – UM CASO RARO DE OSTEOPETROSE

Mary Lucy Marques¹, Diogo Jesus¹, Pedro Carvalho¹, Sara Serra¹, Armando Malcata¹

1. Serviço de Reumatologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Doente de 20 anos de idade com uma forma intermediária de osteopetrose de hereditariedade autossómica recessiva associada ao gene CLCN7. Imagens da coluna dorso-lombo-sagrada de frente e perfil mostrando esclerose vertebral (setas) intercalada com áreas de osso de densidade normal na sua porção média, resultando numa aparência típica de «vértebras em sanduiche» ou «camisola de rugby».



IM 22 – FACIES E ESTATURA DE UM DOENTE COM SÍNDROME TRICORRINOFALANGEAL

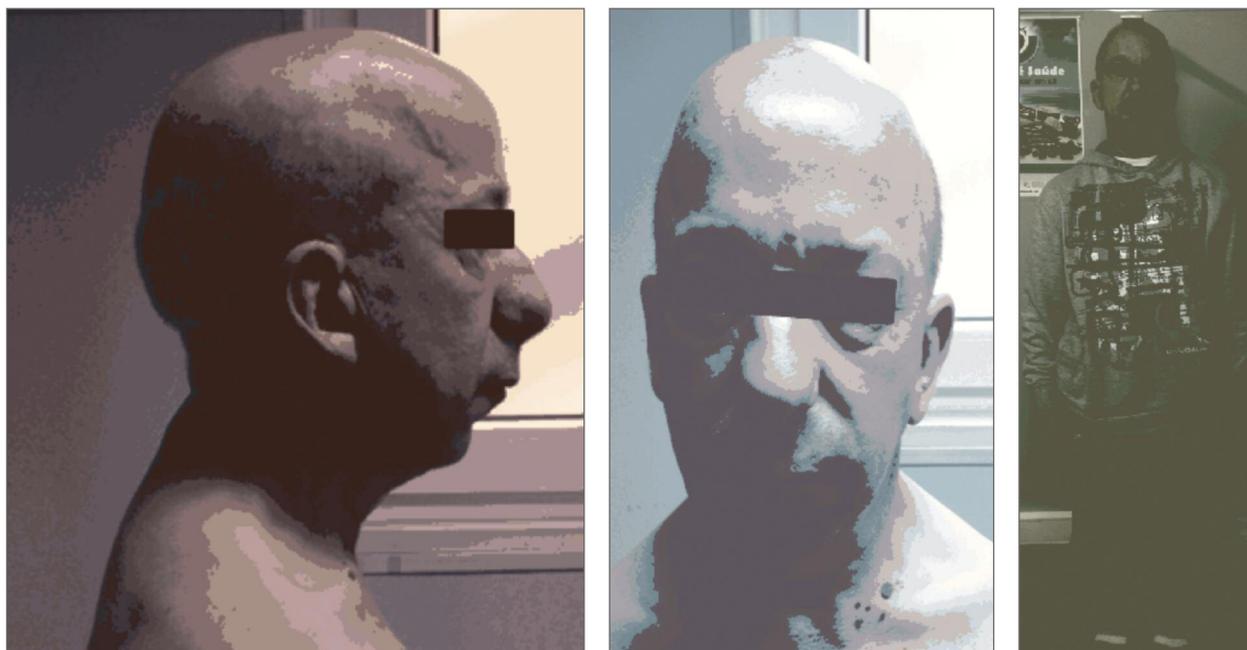
Vitor Brás da Silva¹, Susana Fernandes², Manuela Micaelo²

1. Centro Hospitalar de Lisboa Central – EPE- Hospital Curry Cabral

2. Instituto Português de Reumatologia

A **Síndrome Tricorrinofalangeal** (STRF) é uma síndrome autossómica dominante rara, descrita por Giedion em 1966 e com apenas algumas centenas de casos na literatura até à data. Existem três variantes, sendo o tipo I, o mais prevalente. Deve-se a uma haploinsuficiência do gene que codifica o FT TRFS1 localizado no braço longo do cromossoma 8. Clinicamente caracteriza-se por alterações da estatura, fâcies, ósseas e articulares distintas.

As imagens apresentadas representam alterações fenotípicas do fâcies e estatura de um doente com STRF (fâcies: osso frontal proeminente; nariz em forma de pêra; alongamento do sulco subnasal; lábio superior fino; retrognatismo; alopecia de padrão androgénico, rarefacção supraciliar externa, baixa estatura).



IM 23 – SÍNDROME TRICORRINOFALANGEAL: ALTERAÇÕES TÍPICAS DAS EXTREMIDADES

Vitor Brás da Silva¹, Susana Fernandes², Manuela Micaelo²

1. Centro Hospitalar de Lisboa Central – EPE - Hospital Curry Cabral
2. Instituto Português de Reumatologia

A **Síndrome Tricorrinofalangeal (STRF)** é uma síndrome autossómica dominante rara, descrita por Giedion em 1966 e com apenas algumas centenas de casos na literatura até à data. Existem três variantes, sendo o tipo I, o mais prevalente. Deve-se a uma haploinsuficiência do gene que codifica o FT TRFS1 localizado no braço longo do cromossoma 8. Clinicamente caracteriza-se por alterações da estatura, fâcias, ósseas e articulares distintas.

As imagens apresentadas representam alterações fenotípicas clínicas e imagiológicas das extremidades dos membros superiores e inferiores de um doente com STRF (braquidactilia; leitos ungueais aplanados, com estriações; desvio cubital das IFP das mãos; encurtamento do 4º dedo dos pés; displasia epifisária em forma de cone das IFP).



IM 24 – DOENÇA POR DEPOSIÇÃO DE CRISTAIS DE PIROFOSFATO DE CÁLCIO – LOCALIZAÇÃO RARA

Maria Eugénia Simões¹, Susana Fernandes¹, Joana Borges¹

1. IPR

Doente do sexo feminino, de 72 anos de idade, com crises de monoartrite recorrente dos punhos, de um ou de outro com mais de 5 anos de evolução.

Também desde aí, omalgias de ritmo inflamatório com períodos de grande incapacidade.

Analicamente, a destacar, VS de 60, PCR 2,5 mg/dl, cálcio e fósforo normais, Mg sérico de 1,7 (normal de 1,8), PTH, TSH normais; FR, AAN e anti-CCP neg.

A imagem mostra calcificação linear bem definida, não no ligamento triangular do carpo mas a nível da interlinha entre o semi-lunar e o piramidal, além de rizartrose evoluída.

Este caso tem interesse pela localização atípica dos achados radiográficos.



IM 25 – AFINAL A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA TAMBÉM MOSTRA FRATURAS?Joana Borges¹, Susana Fernandes¹, Eugénia Simões¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: Embora seja o método de eleição na abordagem da patologia traumática, sendo particularmente útil no diagnóstico de fraturas, há situações em que são necessários métodos de avaliação complementar.

Descrição da imagem: A.I.M., do género feminino, atualmente com 62 anos, seguida em Consulta de Reumatologia com o diagnóstico de osteoartrose. Há cerca de 2 anos, registou-se traumatismo do joelho esquerdo. Desde então, a doente manteve queixas álgicas a este nível, que agravaram nos últimos 6 meses. Foi avaliada por Ortopedia, sendo solicitados radiografia e Ressonância Magnética do joelho esquerdo, que a doente realizou no mesmo dia. A radiografia (Figura 1) apresentava ligeira diminuição de entrelinha articular predominantemente a nível do compartimento fémoro-tibial interna com alguma esclerose subcondral. Na Ressonância Magnética (Figura 2), era visível uma imagem compatível com fratura da extremidade proximal da tibia (compartimento interno do planalto tibial), além de fratura do menisco interno. A doente foi submetida a sinovectomia artroscópica e correção da laceração do menisco. Mantém dor de ritmo mecânica localizada à região correspondente à região anserina).

Conclusões: As imagens apresentadas destacam a necessidade da utilização de métodos de imagem complementares na abordagem de doentes com sintomas persistentes e não completamente esclarecidos.

