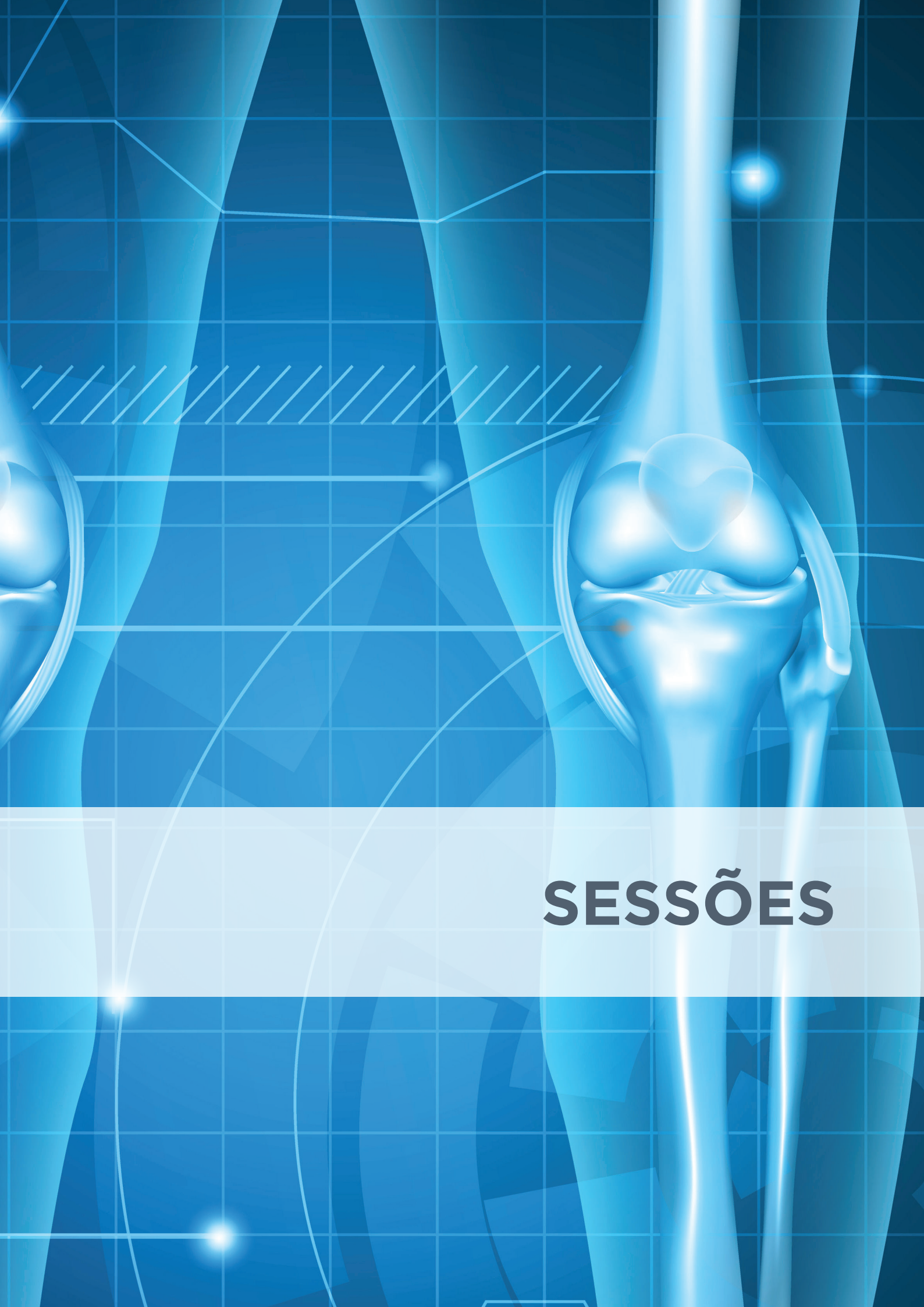




SESSÕES

Sessões

SESSÃO I - ECOGRAFIA EM REUMATOLOGIA: PARA ALÉM DAS ARTICULAÇÕES...

Glândulas salivares na doença de Sjögren

Raquel Miriam Ferreira¹

¹ Centro Hospitalar Universitário de São João

A apresentação aborda a Doença de Sjögren, com foco no papel da ecografia das glândulas salivares. Os principais tópicos da palestra incluem a relevância da ecografia no diagnóstico da patologia, monitorização e deteção de possíveis complicações, assim como as mais recentes utilidades do exame como avaliação de resposta terapêutica. Destaca-se a importância crescente da ecografia das glândulas salivares nos últimos anos, assim como as suas múltiplas vantagens como método não invasivo, acessível e bem tolerado. A ecografia das glândulas salivares permite avaliar a estrutura parenquimatosa, revelando associação com o perfil imunológico e correlação com os achados histopatológicos da biopsia das glândulas salivares *minor* (focus score) e com a taxa de fluxo salivar total não estimulada. Os critérios de classificação de Síndrome de Sjögren ACR/EULAR 2016 são recordados assim como a pertinência na sua revisão, de forma a considerar as alterações ecográficas das glândulas salivares como item adicional. Na apresentação, os sistemas de *score* ecográficos existentes e mais utilizados também são discutidos assim como as diferentes modalidades aplicáveis, como modo B e modo *doppler*. Dado que as glândulas salivares podem ser acometidas em diversas outras doenças, é realçada a importância do reconhecimento de possíveis mimetizadores, essencial para um correto diagnóstico diferencial. Por fim, são apresentados os mais recentes avanços e perspectivas futuras e promissoras da ecografia na Doença de Sjögren, nomeadamente a ecografia das glândulas lacrimais e a utilização de ecografia ultra-alta frequência das glândulas salivares *major* e *minor*.

Pele na esclerose sistémica

Tânia Santiago¹

¹ Serviço de Reumatologia, ULS de Coimbra

A ecografia da pele tem ganho crescente importância como método de avaliação da pele na esclerose sistémica, oferecendo uma análise não invasiva e objetiva das alterações da espessura e da rigidez da derme. O score modificado de Rodnan (mRSS), permanece o gold-stand-

dard, mas apresenta limitações como a subjetividade e variabilidade entre observadores. A ecografia, especialmente com sondas de alta frequência e elastografia, surge como técnica capaz de quantificar com maior precisão a espessura e a rigidez da pele, fornecendo parâmetros objetivos e reprodutíveis.

Entre os principais objetivos da ecografia estão a quantificação da espessura da derme e da rigidez cutânea, a identificação de alterações subclínicas, e a monitorização da progressão da doença e da resposta terapêutica ao longo do tempo.

Contudo, persistem limitações importantes. A diversidade de protocolos, sondas ecográficas e técnicas de aquisição e de análise de imagem gera heterogeneidade e dificulta a comparação entre estudos. A dependência do operador e do equipamento utilizado é significativa, exigindo treino e padronização.

As perspetivas futuras são promissoras. A padronização de protocolos internacionais irá contribuir para a comparabilidade e a fiabilidade dos resultados. Tecnologias como a ecografia de alta frequência e a shear-wave elastography já permitem maior resolução e distinção entre as diversas camadas da pele, aumentando a precisão e a reprodutibilidade. A deteção precoce de envolvimento da pele reforça o potencial da ecografia como marcador diagnóstico e como instrumento em ensaios clínicos. Finalmente, estudos longitudinais de larga escala, correlacionando achados ecográficos com parâmetros clínicos e laboratoriais, serão decisivos para consolidar o papel da ecografia da pele como ferramenta de rotina na avaliação da pele de doentes com esclerose sistémica.

Músculo esquelético no âmbito das miosites

Filipa Teixeira

A ecografia músculo-esquelética é uma ferramenta cada vez mais utilizada na avaliação das miosites, permitindo identificar alterações de ecogenicidade, atrofia e perfusão muscular. Estudos recentes demonstram que a ecografia pode detectar inflamação e dano muscular, com correlação significativa com força muscular, níveis de creatina quinase e achados histopatológicos, especialmente na dermatomiosite e nas miosites no contexto de síndromes de sobreposição. Embora a ressonância magnética seja mais sensível para identificar edema muscular agudo, a ecografia destaca-se pela acessibilidade, rapidez e utilidade na monitorização da resposta terapêutica. A análise quantitativa e semi-quantitativa

da ecogenicidade muscular por ecografia apresenta boa sensibilidade e pode ser integrada à avaliação clínica para monitorizar a atividade da doença. No entanto, a padronização dos protocolos de aquisição e interpretação ainda é necessária para garantir reprodutibilidade e comparabilidade entre centros.

Em resumo, a ecografia representa uma modalidade promissora para diagnóstico, estratificação e seguimento das miosites, com potencial para integração em algoritmos clínicos, desde que sejam superados desafios metodológicos e de padronização.

SESSÃO II - OSTEOARTROSE DA MÃO: A NECESSIDADE IMPERATIVA DE UMA VISÃO MULTIDISCIPLINAR OU INTERDISCIPLINAR?

A visão do reumatologista

Emanuel Costa

A osteoartrose (OA) da mão constitui uma das doenças musculoesqueléticas mais prevalentes e com maior impacto funcional e socioeconómico. O reumatologista desempenha um papel central na abordagem desta patologia, desde o diagnóstico diferencial — frequentemente desafiante face a outras doenças reumáticas inflamatórias com apresentações clínicas semelhantes — até à definição e monitorização da estratégia terapêutica.

Embora não existam fármacos modificadores da progressão estrutural da OA, a abordagem do Reumatologista é fundamental na gestão da dor, na preservação da função e na educação do doente. O Reumatologista orienta o uso racional de terapêuticas farmacológicas (anti-inflamatórios não esteroides, infiltrações intra-articulares) e não farmacológicas.

Entidades específicas, como a osteoartrose nodal erosiva e a rizartrose, requerem avaliação detalhada e abordagem individualizada, pela sua associação com inflamação local, deformidade e impacto desproporcionado na qualidade de vida.

Num contexto de elevado burden em saúde, torna-se imperativo repensar modelos de gestão que promovam a eficiência e a otimização dos recursos, através de abordagens multidisciplinares e protocolos partilhados com Fisiatras, Ortopedistas, Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais. Estudos sobre estes modelos têm demonstrado ganhos em efetividade, satisfação dos doentes e sustentabilidade dos sistemas de saúde.

A OA da mão é, assim, um exemplo claro de como o reumatologista deve ser não apenas clínico, mas também estratégia na organização dos cuidados em Reumatologia.

O papel do fisiatra

Sofia Cláudio¹

¹ Medicina Física e de Reabilitação- Instituto Português de Reumatologia

A osteoartrose é a patologia articular mais frequente, tendo um carácter crónico e progressivo. A sua definição tem evoluído ao longo do tempo, sendo considerada atualmente uma condição complexa resultante da interação de fatores genéticos, biomecânicos e metabólicos.

A osteoartrose da mão está associada a dor, rigidez, limitação funcional e redução da qualidade de vida.

A abordagem terapêutica desta patologia pode englobar o tratamento farmacológico, não farmacológico e o tratamento cirúrgico.

A Fisioterapia é uma especialidade médica cujo objetivo reside na promoção da funcionalidade física e cognitiva, na atividade, na participação e na modificação dos fatores pessoais e ambientais. O seu trabalho envolve uma equipa pluriprofissional. Embora recorrendo também a uma abordagem farmacológica, a Medicina Física e de Reabilitação, ocupa um papel fundamental na terapêutica não farmacológica da osteoartrose da mão incluindo na educação do doente, prescrição de cinesioterapia, utilização de agentes físicos e prescrição de produtos de apoio.

Para além da sua equipa de Reabilitação o Fisiatra deve também estabelecer comunicação com outras especialidades, incluindo a Reumatologia e a Ortopedia, nomeadamente na referenciação do doente com osteoartrose da mão.

As recomendações internacionais para o tratamento desta patologia estão de acordo com a utilização de opções terapêuticas multidisciplinares e multimodais.

A janela do cirurgião ortopédico da mão

Vítor Vidinha

O aumento da esperança média de vida verificada nos países desenvolvidos, e a inversão da pirâmide demográfica do nosso país, faz querer que a prevalência da osteoartrose (OA) das mãos venha a crescer nos próximos anos. Consequentemente aumentará o número de doentes com esta patologia a procurar ajuda.

Atualmente dispomos de guias e protocolos, baseados na evidência científica, com os quais podemos fazer chegar o melhor tratamento aos nossos pacientes (medidas não farmacológicas; tratamento farmacológico; tratamento cirúrgico).

O tratamento cirúrgico deve ser considerado nos doentes com sintomas refratários às medidas não farmacológicas e ao tratamento farmacológico. A abordagem cirúrgica não está restrita à rizartrose, mas também às articulações interfalângicas.

No caso específico de artrite reumatoide (AR), uma grande parte dos doentes manifesta envolvimento das articulações da mão e punho, requerendo, por isso, a atenção do ortopedista. Os avanços da terapêutica medicamentosa permitiram controlar a progressão da doença. No entanto, nos grupos populacionais que não suportam os custos e nos casos de AR refratária ao tratamento médico, o tratamento cirúrgico mantém-se preponderante.

O processo terapêutico na OA deve ser faseado, e caracteristicamente conservador na primeira abordagem. O tratamento cirúrgico exige a envolvimento do doente na decisão. Informação sobre a técnica cirúrgica, prognóstico e potenciais complicações deve ser transmitida pelo médico, e a decisão de avançar com o tratamento partilhada entre o clínico e o paciente.

SESSÃO III – ATUALIDADES NA ARTRITE REUMATOIDE

Como utilizar os corticosteroides em 2025?

José António Pereira da Silva¹

¹Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Em 2025, os glucocorticoides continuam a ser um pilar no tratamento de muitas doenças reumáticas devido à sua incomparável eficácia e flexibilidade no controlo dos sintomas inflamatórios. A sua importância no *armamentarium* terapêutico tem diminuído drasticamente graças à emergência de terapêuticas modernas, com destaque para os agentes biológicos, capazes de suportar um controlo prolongado das doenças reumáticas e prevenir crises agudas, com perfis de toxicidade muito favoráveis. Na artrite reumatoide e lupus eritematoso, por exemplo, esses medicamentos continuam a ser frequentemente indispensáveis para induzir remissão rápida durante crises agudas.

Adicionalmente, a preocupação com efeitos adversos a longo prazo, continuou a alimentar a investigação de estratégias para minimizar a dose e a duração do tratamento com glucocorticoides. Protocolos de desmame e o uso de doses baixas continuam a ser investigados, focando na preservação da resposta terapêutica e otimização da segurança.

A investigação sobre a combinação de glucocorticoides com outros agentes terapêuticos, visando melhorar a eficácia de ambos com menor toxicidade, tem acrescentado evidência de suporte à decisão mais favorável.

Assim, o cenário em 2025 reflete, como sempre, a procura do melhor equilíbrio entre eficácia no controlo

inflamatório e a segurança a longo prazo. Precisamos hoje muito menos dos glucocorticoides do que no passado, mas estaríamos prontos para os dispensar completamente?

TERAPIA COMBINADA DE bDMARDS E DE bDMARDS COM tsDMARDS

Joaquim Polido Pereira

A introdução dos fármacos modificadores da doença biológicos (bDMARDS) e novos fármacos sintéticos (tsDMARDS, como os inibidores de JAK) revolucionou o tratamento da artrite reumatoide (AR). Contudo, uma proporção de doentes mantém atividade significativa da doença apesar de múltiplas linhas terapêuticas, o que motivou a exploração de diferentes combinações — dois bDMARD ou bDMARD com tsDMARD — com o objetivo de reforçar a eficácia.

Os primeiros ensaios em AR, nomeadamente a associação de etanercept com anakinra, não demonstraram ganhos clínicos relevantes face à monoterapia e evidenciaram um aumento de infeções graves e outros eventos adversos. Meta-análises subsequentes confirmaram que a combinação de dois bDMARDS acarreta risco acrescido de toxicidade sem benefício robusto em eficácia.

Mais recentemente, estudos retrospectivos e pequenas séries em AR refratária avaliaram a combinação de bDMARDS com tsDMARDS (por exemplo, tofacitinib). Estes sugerem viabilidade em doentes altamente resistentes, com algum ganho clínico e perfil de segurança aceitável a curto prazo. No entanto, a evidência é limitada, heterogênea e insuficiente para sustentar recomendações formais.

As recomendações EULAR e ACR para a AR não suportam a utilização por rotina de combinações de agentes alvo, privilegiando a troca sequencial e a associação com csDMARDS.

Em suma, na AR, a terapêutica combinada com bDMARDS ou bDMARDS e tsDMARDS mantém-se como abordagem excecional, reservada a casos refratários e sob monitorização em centros especializados. A prioridade continua a ser a personalização do tratamento, equilibrando eficácia, segurança e sustentabilidade.

Artrite reumatoide e insuficiência cardíaca

Elisabete Martins

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crónica associada a risco acrescido de complicações cardiovasculares, incluindo insuficiência cardíaca (IC). Estudos epidemiológicos demonstram que os doentes com AR apresentam maior probabilidade de desenvolver IC, sobretudo com fração de ejeção preservada (HFpEF). Níveis elevados de biomarcadores cardíacos,

como o NT-proBNP, associam-se a pior prognóstico nesta população. A inflamação sistémica persistente e a ativação imunitária desempenham um papel central na disfunção ventricular esquerda, promovendo remodelação cardíaca e aumento do risco de IC. O diagnóstico pode ser dificultado pela sobreposição de sintomas com outras manifestações da AR e pela preservação da fração de ejeção. A utilização precoce de técnicas de imagem e a valorização dos biomarcadores cardíacos podem melhorar a deteção precoce da IC nestes doentes. No que respeita à terapêutica, alguns fármacos utilizados no tratamento da AR apresentam efeitos cardiovasculares adversos, enquanto o controlo eficaz da inflamação se associa a redução do risco. A AR deve, portanto, ser reconhecida como um importante fator de risco para IC, justificando estratégias específicas de prevenção, monitorização e intervenção terapêutica.

SESSÃO IV – DOENÇAS SISTÉMICAS EM REUMATOLOGIA

Calcinose nas doenças difusas do tecido conjuntivo: o estado da arte em 2025

Beatriz Samões

A calcinose consiste na deposição de cristais de cálcio insolúveis na pele e noutros tecidos. Está descrita em várias doenças difusas do tecido conjuntivo, em particular na esclerose sistémica e na dermatomiosite (do adulto e juvenil), mas também, com menor frequência, na doença mista do tecido conjuntivo e no lúpus eritematoso sistémico. A sua patogénese ainda não está bem esclarecida, mas parece envolver mecanismos de microtrauma recorrente, isquemia vascular e inflamação crónica. As lesões de calcinose podem causar dor, ulceração, infeção, limitação funcional e, consequentemente, ter impacto na qualidade de vida. O seu diagnóstico pode ser feito através da história clínica e do exame físico, no entanto, numa percentagem significativa de casos é apenas detetada recorrendo a exames de imagem, sendo a radiografia o método mais usado. O tratamento continua a ser desafiante, não existindo, até à data, nenhum fármaco aprovado para esta indicação. A evidência científica atual é ainda pouco robusta, baseando-se sobretudo em casos clínicos e séries de casos. As estratégias já estudadas englobam terapêuticas locais e sistémicas. Em alguns casos, é necessário recorrer a excisão cirúrgica. É necessário um maior conhecimento sobre a patogénese desta manifestação, a validação de *outcome measures* e o desenvolvimento de ensaios clínicos de maiores dimensões para estabelecer recomendações de tratamento

Videocapilaroscopia ungueal nas conectivites: importância diagnóstica, prognóstica e na monitorização

Georgina Terroso

A videocapilaroscopia do leito ungueal (VLU) é um exame simples para avaliação da microcirculação, sendo fundamental no diagnóstico diferencial do fenómeno de Raynaud.

A identificação de padrão esclerodérmico (precoce, activo ou tardio) sugere a presença de conectivite subjacente e caracteriza-se por alterações típicas: megacapilares, perda capilar, micro-hemorragias e formas anormais.

O padrão não esclerodérmico compreende outras alterações não específicas, frequentemente presentes em indivíduos saudáveis.

Na esclerose sistémica, o fenómeno de Raynaud habitualmente precede o envolvimento de outros órgãos, sublinhando a importância da VLU no seu diagnóstico precoce, ocasionando monitorização regular de envolvimento de outros órgãos e tratamento dirigido atempado.

Por outro lado, as alterações basais e ao longo tempo, sobretudo a diminuição da densidade capilar (padrões activo e tardio), predizem progressão e envolvimento de órgão, relacionando-se com complicações, nomeadamente úlceras digitais, hipertensão arterial pulmonar, doença pulmonar intersticial e progressão da fibrose cutânea.

No lúpus eritematoso sistémico, os achados mais frequentes são a presença de capilares dilatados, formas anormais e micro-hemorragias, existindo ainda frequentemente padrões “scleroderma-like” e padrões não específicos. Parece haver uma associação entre as alterações encontradas, principalmente a presença de formas anormais e micro-hemorragias, com a actividade de doença.

Outras doenças do tecido conjuntivo não parecem associar-se a um padrão específico e a associação com actividade de doença ainda carece de investigação adicional.

Na doença mista do tecido conjuntivo, por exemplo, as alterações variam desde padrão “não esclerodérmico” até padrões “scleroderma-like” ou esclerodérmico em diferentes fases, podendo as alterações encontradas indiciar actividade de doença, mas ainda sem dados consistentes.

Lúpus Eritematoso Sistémico: o ano em revisão

Luís S. Inês^{1,2,3}

¹Serviço de Reumatologia, Hospital da Universidade de Coimbra – ULS Coimbra.

²Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.

³Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

Novos biomarcadores de diagnóstico e prognóstico. Foram identificados e validados novos autoanticorpos

com elevada especificidade para o LES. Estes são promissores para melhorar o diagnóstico. Os seus níveis séricos associam-se com a atividade clínica do LES e o envolvimento de órgãos maior. A sua monitorização poderá contribuir para personalizar a terapêutica do LES.

Otimização da estratégia treat-to-target (T2T). A obtenção precoce e sustentada de remissão é fundamental para a otimização do prognóstico. Nova evidência indica que são necessários pelo menos 3 anos de remissão sustentada da nefrite lúpica (NL) para prevenir a degradação da função renal. As novas recomendações do ACR e da EULAR advogam a combinação de imunossuppressores na terapêutica inicial da NL. O obinutuzumab demonstrou eficácia em ensaio clínico de fase 3 no tratamento da NL, sendo uma opção alternativa ao belimumab e à voclosporina/inibidores da calcineurina em imunossupressão combinada.

Otimização da redução de glucocorticóides (GCs). A minimização dos GCs ao máximo de 5 mg/dia e a sua paragem é uma componente importante da estratégia T2T. As novas recomendações do ACR para a NL indicam que os GCs devem ser reduzidos a 5 mg/dia precocemente, no máximo até 6 meses após o início da terapêutica. Nova evidência indica que a subsequente redução e paragem dos GCs em baixa dose é mais segura após alcançar a remissão sustentada da atividade do LES durante 12 meses. A redução deve ser muito gradual, ao longo de pelo menos 6 meses até paragem dos GCs.

SESSÃO V - SESSÃO LUSO-BRASILEIRA - VASCULITES EM REUMATOLOGIA

Doença de Behçet difícil de tratar

Alexandre Wagner Silva de Souza

A terapia da doença de Behçet (DB) é planejada de acordo com as manifestações apresentadas pelo paciente. Doença refratária ao tratamento leva primeiramente à necessidade de se reavaliar o diagnóstico da doença. Pacientes com manifestações mucocutâneas e articulares, o tratamento base é glicocorticóides (GC) tópicos e colchicina. A falta de resposta a essa terapia leva à necessidade de prescrição de azatioprina, apremilaste, talidomida, etanercepte ou interferon alfa. O ustekinumab e secukinumab são agentes promissores no tratamento da DB mucocutânea refratária. Manifestações oculares, especialmente a uveíte posterior e vasculite retiniana devem ser tratadas com GC associados a agentes anti-TNF, incluindo infliximabe e adalimumabe. O interferon alfa e o tocilizumabe são alternativas em caso de refratariedade aos agentes anti-TNF. Uveíte

anterior isolada deve ser tratada com medicação tópica (i.e., colírios com GC e agentes cicloplégicos) e azatioprina ou ciclosporina. Em manifestações vasculares, a trombose venosa profunda deve ser tratada com GC e azatioprina, o uso de anticoagulantes é controverso. Em caso de recorrência de trombose venosa, agentes anti-TNF ou interferon alfa são alternativas. Em casos graves de trombose venosa profunda, e.g., síndrome de Budd-Chiari ou trombose de veia cava superior ou inferior, e manifestações arteriais da DB devem ser tratadas com GC em altas doses associadas à ciclofosfamida ou a agentes anti-TNF. Manifestações neurológicas agudas da DB devem ser tratadas com pulsoterapia com metilprednisolona, GC em altas doses e azatioprina. Casos refratários devem ser tratados com agentes anti-TNF ou tocilizumabe. Contudo, manifestações neurológicas crônicas podem ser tratadas com metotrexato ou infliximabe.

SESSÃO VI - HOT TOPICS EM OSTEOPOROSE

Biomarcadores: progressos e consensos

Romana Vieira

Bone turnover markers (BTMs) are metabolites produced during the bone remodeling cycle. They include bone formation markers (bone alkaline phosphatase, osteocalcin, and procollagen type I N-propeptide) and resorption markers (serum C-terminal telopeptide of type I collagen, urinary N-terminal telopeptide of type I collagen, and tartrate-resistant acid phosphatase type 5b).

Over the past 20 years, significant experience has been gained in the measurement and clinical interpretation of BTMs. They represent a simple, low-risk, convenient, and dynamic method to assess bone turnover, making them a valuable tool in the management of patients with metabolic bone diseases.

In the context of clinical practice for osteoporosis, BTMs have proven useful in predicting fracture risk, evaluating the underlying bone turnover phenotype, determining appropriate therapeutic strategies, monitoring adherence and response to bone-active treatments, and managing treatment withdrawal.

Nevertheless, a proper clinical application of BTMs must always take into account the numerous analytical and pre-analytical factors that may influence BTM levels, as well as the physiological and pathological conditions that can affect bone turnover.

This presentation aims to delineate the fundamental principles of bone physiology and critically review the most widely utilized BTMs, in accordance with the lat-

est international consensus guidelines. Furthermore, it will compare BTMs with alternative methodologies for assessing bone remodeling dynamics. Emphasis will be placed on optimal analytical techniques, validated reference ranges, and key factors contributing to biological and analytical variability. Finally, the presentation will explore the clinical utility of BTMs, discussing their advantages, inherent limitations, and potential pitfalls.

Tratamentos dentários em doentes sob agentes anti-reabsortivos e risco de osteonecrose da mandíbula: como proceder?

Gonçalo Cunha Coutinho, José Cunha Coutinho

A osteonecrose dos maxilares relacionada com medicamentos (MRONJ) é uma complicação rara mas potencialmente grave associada ao uso de agentes anti-reabsortivos, imunomoduladores e anti-angiogénicos. Desde a sua primeira descrição em 2003, tornou-se um desafio crescente para clínicos e doentes, sobretudo em contextos de tratamento oncológico e osteoporótico. A definição atual da American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS, 2022) baseia-se na persistência de osso exposto ou sondável por mais de oito semanas, na ausência de radioterapia prévia dos maxilares ou de doença metastática da cabeça e pescoço.

Os fatores fisiopatológicos incluem inibição da remodelação óssea, redução da angiogénese, disfunção imunológica e infeção local. Os principais fármacos implicados são bisfosfonatos, denosumab e, mais recentemente, romosozumab. A incidência varia conforme o agente, a dose cumulativa, a associação com outras terapêuticas e a presença de fatores de risco locais como doença periodontal, peri-implantite e extrações dentárias.

A apresentação clínica evolui em estádios graduados, desde ausência de sinais infecciosos (estádio 1) até à extensão extra-alveolar com complicações graves (estádio 3). O diagnóstico precoce e a prevenção são fundamentais: recomenda-se avaliação estomatológica antes do início da terapêutica, eliminação de focos sépticos e acompanhamento regular. O tratamento deve ser individualizado, combinando medidas conservadoras — higiene oral, colutórios, analgesia e antibioterapia — com intervenção cirúrgica quando necessária, visando a remoção do osso necrótico e o encerramento sem tensão dos tecidos.

Esta apresentação revisita a definição, epidemiologia, fisiopatologia, fatores de risco, estratégias de prevenção e opções terapêuticas da MRONJ, sublinhando a importância de uma abordagem multidisciplinar para preservar a qualidade de vida dos doentes.

Terapêutica combinada e sequencial

Raquel Freitas

A osteoporose é uma doença óssea metabólica crónica e progressiva que requer tratamento prolongado numa população com uma expectativa de vida cada vez maior. Nos últimos anos, tem-se reforçado a importância de estratégias terapêuticas que vão além da monoterapia contínua. A abordagem sequencial, iniciando com agentes anabólicos e seguindo com anti-reabsortivos, mostra-se particularmente relevante em doentes com risco elevado ou iminente de fratura, permitindo ganhos mais robustos e sustentados na densidade mineral óssea e na redução do risco de fraturas. Por outro lado, a terapêutica combinada, embora menos estudada, surge como uma alternativa em situações específicas, podendo resultar efeito sinérgico em determinadas localizações.

A escolha do regime deve ser individualizada, tendo em conta a estratificação de risco, terapêutica prévia, a adesão e tolerância, bem como a relação custo-benefício. Apesar dos avanços terapêuticos, persistem questões em aberto, como a duração ótima de cada fase do tratamento, a sequência mais eficaz em diferentes subgrupos e a aplicabilidade em contexto real.

SESSÃO VII - ESPONDILARTRITES EM DEBATE

Implicações para a prática clínica da utilização dos índices compostos na Apso

Elsa Sousa

Psoriatic arthritis (PsA) remains a challenge in clinical practice, as a multifaceted inflammatory disease with heterogeneous phenotypes, including musculoskeletal (MSK): arthritis, enthesitis, dactylitis, tenosynovitis, and/or spondylitis, with potential irreversible damage; and extra MSK: uveitis, psoriasis and inflammatory bowel disease manifestations, that often change and evolve through follow-up. This is further complicated by its associated metabolic comorbidities, which pose additional complexity to the rheumatologist when embracing patients in a holistic perspective. Disease burden is generally assessed by objective measures of disease activity/damage, laboratory parameters, and patient-reported outcomes. Composite indices for disease activity/impact monitoring, capture some of this diversity, but still lack consensus on which index to prefer either in clinical or research practice. Comparative analysis of the performance of such tools brings some clarity to this topic. Cut-offs for disease activity have been defined for most composite indices, helping to categorize PsA patients.

Specifically, low disease activity and remission definitions have prognostic relevance, while response criteria are useful for efficacy and effectiveness assessment.

The demands increase in particularly severe patients, now formally recognized and defined as difficult-to-treat (D2T) and difficult-to-manage (D2M). In the future, the integration of biomarkers and more sensitive detection tools in multidimensional indices is expected to give an important contribution to the monitoring of PsA patients

Discrepâncias na resposta à terapêutica em doentes com espondilartrite axial: uma questão de foco no alvo certo? O controlo da dor é o objetivo primordial

Mary Lucy Marques^{1,2}

¹Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

²Serviço de Reumatologia, Leiden University Medical Center, Leiden, Países Baixos

A espondilartrite axial (axSpA) caracteriza-se por grande heterogeneidade clínica e por uma resposta variável às terapêuticas atualmente disponíveis. Embora as recomendações internacionais ASAS-EULAR apontem para a maximização da qualidade de vida através do controlo da inflamação, da prevenção da progressão de dano estrutural e da preservação da função, o alívio da dor é apontado como prioritário pelos doentes. Trata-se de um sintoma multidimensional, que pode ter origem inflamatória, mas também ser influenciado por dano estrutural, sensibilização central, fadiga, distúrbios do sono e comorbilidades psicológicas. Assim, controlar apenas a inflamação nem sempre garante um alívio adequado da dor. Cerca de 30% dos doentes em remissão ou baixa atividade inflamatória continuam a reportar dor significativa, ilustrando a potencial discrepância entre o controlo definido pelo médico e a perceção do doente. Por outro lado, a persistência deste sintoma pode contribuir para o sobretratamento. Estudos recentes mostram que 1 em cada 10 doentes apresentam *'difficult to manage axSpA'*, sendo que os *patient reported outcomes*, nomeadamente a persistência da dor, contribuem grandemente para esta classificação. Surge assim uma questão central: estaremos realmente a focar o alvo certo? O futuro poderá passar pela aplicação de uma abordagem de duplo alvo (*dual target*), como previamente proposto por alguns autores para a avaliação da resposta terapêutica na artrite reumatóide. Esta estratégia não abandona a lógica tradicional de monitorizar a inflamação, mas acrescenta à equação o que realmente importa ao doente, permitindo que a evolução terapêutica (como mudar ou intensificar tratamento) seja guiada por ambos os domínios.

Discrepâncias na resposta à terapêutica em doentes com espondilartrite axial: uma questão de foco no alvo certo? O controlo da inflamação é o objetivo primordial

Alexandre Sepriano

Chronic low back pain, usually with inflammatory characteristics, is the main clinical feature of axial spondyloarthritis (axSpA). Most patients with axSpA respond well to nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAID), which are the first line of treatment. For those who do not respond, have contraindications or do not tolerate NSAIDs the next step (if axial complaints dominate) is treatment with biological disease modifying drugs (bDMARDs) and targeted synthetic DMARDs (tsDMARDs). There are now many treatment options, and the majority of patients will show some level of response to these anti-inflammatory treatments. True refractory cases (for whom pain due to comorbidities is excluded) with ongoing inflammation despite optimal treatment comprise the (yet to be quantified) minority. It is now well established that ongoing inflammation either measured with the ASDAS or in imaging studies (MRI) leads to loss of mobility, disability, pathological structural changes in the axial skeleton and overall loss of health-related quality of life. Anti-inflammatory treatment works because axSpA is an inflammatory disease. Targeting inflammation is therefore the core tenet of managing axSpA aiming at preventing or minimizing poor long-term outcomes. In this lecture we will explore the evidence that proof that targeting inflammation in daily clinical practice is the optimal way of managing axial spondyloarthritis.

SESSÃO VIII - DOENÇAS REUMÁTICAS SISTÉMICAS: NOVAS PERSPETIVAS

Applicability of CAR-T Cells in the treatment of refractory systemic rheumatic diseases

Hans Ulrich Scherer¹

¹Leiden University Medical Center, Netherlands

Chimeric Antigen Receptor T-cell (CAR-T) therapy has revolutionized the treatment landscape of hematologic malignancies. Since recently, its applicability is also being explored in the context of refractory systemic rheumatic diseases. Specifically, CAR-T-mediated depletion of B cells yields impressive and unprecedented effects across multiple disease indications. Most patients receiving this single intervention experience long-lasting, drug-free remission, with changes to their immunological landscape suggesting complete eradication of

pathogenic B cell autoreactivity. Key to this remarkable therapeutic effect appears to be the profound depletion of B cells in peripheral blood and tissues, including the central nervous system, whereafter B cells repopulate with a naïve phenotype. The procedure itself is well-tolerated and manageable in the weeks following treatment, with mostly low-grade, transient complications such as cytokine release syndrome, neurotoxicity or hematotoxicity.

Next to these promising therapeutic effects, the complete eradication of a target cell population in humans provides novel insights into the pathogenesis of individual systemic rheumatic diseases, specifically the role of individual B cell populations in maintaining disease chronicity. Different targets are being explored, such as CD19 or BCMA, yielding similar yet distinct effects. Finally, CAR-T therapy poses challenges to national health care systems, given that the intervention is costly and requires specific expertise which is currently not widely available.

The presentation will delineate these exciting developments and explore future strategies of CAR-T application in a changing therapeutic environment.

Miopatias inflamatórias: novas perspectivas terapêuticas

Raquel Campanilho-Marques

As miopatias inflamatórias idiopáticas constituem um grupo heterogêneo e raro de doenças imunomediadas sistêmicas, caracterizadas por inflamação muscular e/ou cutânea e potencial envolvimento multiorgânico, representando um desafio diagnóstico e terapêutico. O tratamento permanece centrado em imunossuppressores clássicos com eficácia variável consoante o subtipo clínico.

Recentemente, terapias emergentes — como inibidores de JAK, bloqueadores de FcRn, abatacept, agentes anti-fibróticos e terapias celulares (CAR-T) — têm revelado potencial promissor. Ensaios clínicos em curso visam refinar a abordagem terapêutica e desenvolver estratégias dirigidas ao subtipo e ao mecanismo patogénico. Apesar da escassez de ensaios randomizados e da heterogeneidade fenotípica das MII, os avanços em terapias-alvo e a integração de abordagens não farmacológicas, nomeadamente exercício personalizado, sustentam uma perspectiva otimista para o futuro da terapêutica destas doenças complexas.