



## **POSTERS**

## POSTERS

DIA 27 DE ABRIL DE 2006

**P1 – CARACTERIZAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DA COMPOSIÇÃO CORPORAL E RISCO CARDIOVASCULAR ASSOCIADO EM 3040 DOENTES REUMÁTICOS**

A. Abreu<sup>2</sup>, J. Saraiva Ribeiro<sup>1</sup>, A. Cardoso<sup>2</sup>, R. Fernandes<sup>2</sup>, F. Rosa<sup>2</sup>, L. Coelho<sup>1</sup>, L. Miranda<sup>1</sup>, M. Parente<sup>1</sup>, R. Leitão<sup>1</sup>, P. Coelho<sup>1</sup>, M. Silva<sup>1</sup>, M. Mediavilla<sup>1</sup>, H. Santos<sup>1</sup>, M. Micaelo<sup>1</sup>, E. Simões<sup>1</sup>, H. Madeira<sup>1</sup>, C. Silva<sup>1</sup>, J. Ferreira<sup>1</sup>, D. Medeiros<sup>1</sup>, F. Barcelos<sup>1</sup>, M. Sousa<sup>1</sup>, C. Miguel<sup>1</sup>, S. Cortes<sup>1</sup>, L. Freire<sup>2</sup>, F. Pimentel<sup>1</sup>, V. Las<sup>1</sup>, A. Neto<sup>1</sup>, J. Figueirinhas<sup>1</sup>, J. Vaz Patto<sup>1</sup>, F. Mesquita<sup>2</sup> e A. Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

**Introdução:** A patologia reumática, tal como a cardiovascular, tem uma elevada prevalência e morbilidade no nosso país com consequentes implicações clínicas e custos sociais elevados em termos de saúde pública. Ambas se associam a alterações antropométricas e da composição corporal. Assim, uma abordagem multidisciplinar, tendo como objectivos o diagnóstico e correcção precoces de alterações ponderais, podem prevenir a morbilidade e mortalidade, associados a ambas as situações.

**Objectivos:** Caracterizar uma população de doentes reumáticos, no que diz respeito às suas características antropométricas, sua composição corporal e factores de risco cardiovascular associados.

**Material e Métodos:** Foram observados todos os doentes que recorreram à consulta de reumatologia, durante dois meses. Foi aplicado um protocolo de auto-preenchimento, com o diagnóstico efectuado pelo médico reumatologista assistente. Foram ainda avaliados: peso, índice de massa corporal (IMC), perímetro da cintura (PC) e da anca (PA), relação cintura/anca, massa gorda (MG) (% e Kg), massa corporal livre de gordura (MLG) (Kg) e água corporal total (ACT) (Kg e %). Estes parâmetros foram medidos através de dois aparelhos, a bioimpedância de mãos (OMRON®, HBF300) e de pés (TANITA®, TBF350). Foram ainda avaliadas as doenças

associadas, intimamente relacionadas com o risco cardiovascular: hipertensão arterial, diabetes e hipercolesterolemia.

**Resultados:** As doenças reumáticas com maior prevalência na população estudada foram: AR em 19,6% doentes, OA em 18,5%, OP em 17,6%, Espondilartropatia em 12,8%, Fibromialgia em 9% e LES em 2,7%. Foram observados 3040 doentes, dos quais 83,3% do sexo feminino, cuja idade média era de 58,38±14,4 anos. O peso e IMC médios eram de 69,0±13,0 Kg e 28,1±5,0 Kg/m<sup>2</sup>. Obteve-se pela bioimpedância de mãos uma % de MG média de 35,9±7,5%, em que 83,8% do sexo feminino e 79,4% do sexo masculino apresentava excesso de massa gorda. Obteve-se ainda uma relação cintura/anca média de 0,88±0,08 e um PC médio de 96,5±11,9 cm, dos quais 78,1% do sexo feminino e 55,8% do sexo masculino apresentava valores superiores aos desejáveis. Pela bioimpedância de pés, obteve-se um valor de MLG média de 45,9±7,2 Kg e uma % de ACT média de 49,3±6,4% (61,4% do sexo feminino e 72,7% do sexo masculino apresentava quantidades de água corporal inferiores às desejáveis). Dos 3040 doentes, 72,7% apresentam sobrecarga ponderal (70,5% dos homens e 71,9% das mulheres). Em relação à população total de doentes, 29,6% são hipertensos, 7,6% têm diagnóstico de diabetes, 17,1% têm hipercolesterolemia, 1,7% já tiveram pelo menos um episódio de AVC, embolia ou enfarte agudo do miocárdio, e 3% têm outras doenças cardíacas.

**Discussão e Conclusão:** A sobrecarga ponderal é comum na grande maioria dos doentes reumáticos representando cerca de 72,7% do total dos doentes, encontrando-se a grande maioria num valor de IMC entre 25-29,9 Kg/m<sup>2</sup> (categoria de Excesso de peso). A presença de outros factores de risco cardiovascular contribuirá de certeza e de forma sinérgica para aumentar o risco cardiovascular global. Desta forma, a intervenção nutricional nestes doentes apresenta-se como parte importante da estratégia para a redução do risco cardiovascular com implicações claras na evolução das doenças reumatológicas.

## P2 – AVALIAÇÃO DA PROGRESSÃO RADIOGRÁFICA SOB TERAPÊUTICAS BIOLÓGICAS

Paula Araújo<sup>1</sup>, Rita Barros<sup>1</sup>, Manuela Parente<sup>2</sup>, A. Alves Matos<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia H. Egas Moniz

2. Instituto Português de Reumatologia

**Objectivos:** 1- Comparar o *score* radiológico total das mãos com o *score* radiológico total dos pés em 24 doentes com AR tratados com terapêutica biológica 2- Avaliar a evolução clínica através do cálculo do *score* da actividade da doença DAS 28.

**Material e Métodos:** 24 doentes com AR segundo os critérios ACR de 1985 e os consensus da SPR para iniciar agentes biológicos foram tratados com antagonistas do TNF- $\alpha$  e avaliados pelo protocolo de monitorização clínica da AR. Foram efectuadas 2 avaliações radiológicas das mãos (48) e dos pés (48) calculados pelo método de Sharp modificado por van der Heijde com 12 meses de intervalo por 2 métodos: cronológico – RX colocados lado a lado, com conhecimento da ordem sequencial; não cronológico – RX avaliados em tempos diferentes e sem conhecimento da sequência das películas radiológicas. Análise estatística (teste não paramétrico, o Wilcoxon *signed-ranks test*). Foram assumidos os seguintes princípios: «once an erosion, always an erosion» que recusa a ideia de fenómeno de cura. Foi considerada a mínima diferença detectável 5 pontos no *score* de Sharp modificado por van der Heijde.

**Resultados:** Sexo feminino: 23, raça negra: 1, idade média: 55,4 anos (24-77), duração média da doença: 10,73 anos (4-24), FR+ (13). Manifestações extra-articulares AR: Nódulos reumatóides 4d., S. Sögren 2º 4d., Instabilidade cervical 2d., Amiloidose 1d., SCT 1d.. Terapêuticas iniciadas: Infiximab + MTX 15d., Etanercept 4 d., Etanercept + MTX 3 d. Adalimumab + MTX 1 d., Anakinra 1 d. Observou-se um elevado índice DAS 28 inicial, que diminuiu significativamente após o início das terapêuticas biológicas. Resultados pelo método cronológico: Média *scores* totais iniciais de Sharp modificado  $65,95 \pm 93,01$  e finais  $70,04 \pm 93,20$  ( $p < 0,0001$ ). Progressão radiográfica (*score* inicial e final) + 4,087 (o -15); Média *scores* Sharp modificado pés iniciais ( $18,17 \pm 26,54$ ) e finais ( $19,73 \pm 27,24$ ) ( $p = 0,000$ ). Progressão radiográfica de +1,6 (0-24), 0,95% da progressão radiol. total dos pés. Média *scores* Sharp modificado mãos iniciais  $41,30 \pm 59,08$  e finais  $43,82 \pm 58,78$  ( $p = 0,000$ ); Progressão radiográfica total das mãos + 2,5 (o -208), 0,89%. O *score* das mãos é maior em 58,3% dos doentes (14 doentes) compa-

rativamente ao *score* dos pés que é superior em apenas 20,8% dos d.. Pelo método não cronológico: Média *scores* totais iniciais de Sharp modificado  $65,95 \pm 93,02$  e finais  $72,30 \pm 93,49$  ( $p < 0,0001$ ). Progressão radiográfica +6,35 (2-317).

**Conclusões:** Neste estudo, a progressão radiográfica da AR com as terapêuticas biológicas foi menor comparativamente à progressão radiológica com os DMARDs tradicionais, no entanto distinguiu-se da literatura recente que descreve uma maior redução da progressão. Esta diferença pode ser explicada pelo princípio assumido por outros autores que aceitam o fenómeno de cura. A progressão radiológica foi maior quando as radiografias foram quantificadas pelo método não cronológico, provavelmente porque a quantificação pelo método cronológico é dado a menos erros de medição. O *score* das mãos atingiu uma percentagem superior em 58,3% dos doentes. O envolvimento dos pés mostrou uma progressão radiológica ligeiramente maior comparativamente às mãos (0,95% dos pés contra 0,89% das mãos).

## P3 – CRIOGLOBULINÉMIA: ANÁLISE DE UMA SÉRIE DE DOENTES DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

F Barcelos, J. V. Pato, M. Parente, M. J. Mediavilla, L. Miranda, E. Simões, C. Silva, A. Faustino, M. Micaelo, H. Madeira, A. Teixeira

Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

**Introdução:** O termo crioglobulinémia (CG) define a presença no soro de globulinas que precipitam com o frio, levando a activação do complemento e vasculite. Pode ser assintomática ou confundir-se com outras doenças associadas, com manifestações que podem incluir a tríade púrpura, fadiga e artralguas, fenómeno de Raynaud, síndrome seco, neuropatia periférica, glomerulonefrite, envolvimento hepático ou pulmonar, ou o desenvolvimento de neoplasias linfóides.

**Objectivos:** Descrever as características clínicas, laboratoriais, e doenças associadas, num grupo de doentes com CG seguidos na nossa consulta.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo de 31 doentes com CG seguidos no IPR. Foram registadas as manifestações clínicas, as doenças associadas, e parâmetros laboratoriais: crioglobulinas, factor reumatóide (RF), anticorpos anti-nucleares (ANA), complemento, gamaglobulina sérica, enzimas hepáticas, creatinina, e vírus das hepatites B e C (HBV e HCV).

**Resultados:** A média de idades foi de 44,1 anos (19-71), e 81% eram do sexo feminino (25 doentes). Catorze doentes (45%) cumpriam critérios de classificação: 4 (13%) com Síndrome de Sjögren Primário, 4 (13%) com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), em 2 associado a Síndrome Antifosfolípidos, 4 (13%) com Doença de Behçet (DB), 1 (3%) com Artrite Reumatóide, e 1 (3%) com Artrite Psoriática. Os restantes 17 doentes (55%), que não cumpriam critérios de classificação, apresentaram várias manifestações do espectro da vasculite crioglobulinémica, tal como 6 (19%) dos doentes com diagnóstico específico. Todos os doentes apresentaram artralhas e fadiga. Dezassexes doentes (52%) tinham manifestações cutâneas, com púrpura confirmada em 3 (10%) e urticária induzida pelo frio em 1 (3%). O fenómeno de Raynaud estava presente em 10 doentes (32%) e as queixas secas em 10 (32%). Outras manifestações registadas foram: neuropatia periférica em 1 doente (3%), necrose do semi-lunar em 1 (3%) e estenose da aorta abdominal em 1 (3%). Todos os casos foram CG mistas do tipo III. Encontraram-se marcadores de infecção por HCV em 8% dos doentes (2 em 25), e ausência de marcadores de HBV. Detectaram-se FR em 20 doentes (65%), ANA  $\geq 1/160$  em 24 (77%), baixa do complemento em 17% (5 em 30), e elevação das enzimas hepáticas ( $<400$  UI/ml) em 4 (13%). Não se registou elevação da creatinina. Havia hipergamaglobulinémia em 32% (7 em 22), monoclonal em 1 (5%), mas sem neoplasias linfóides.

**Discussão e Conclusão:** Na nossa série encontramos várias manifestações, clínicas e laboratoriais, atribuíveis à CG, quer por surgirem em quadros indiferenciados, quer não serem típicas da doença primária, como a presença de fenómeno de Raynaud em 2 doentes com DB. No entanto, o diagnóstico de síndrome crioglobulinémica não foi colocado em nenhum dos 23 doentes (74%) em que tais manifestações surgiram. Verificou-se uma baixa frequência de alterações hepáticas, provavelmente pela reduzida prevalência de marcadores de infecção por HCV e HBV. Não se registaram manifestações graves de vasculite, o que pode dever-se ao facto de muitos doentes estarem medicados com corticóides e imunomoduladores, que podem alterar o curso da doença.

#### P4 – ACHADOS LABORATORIAIS NO SÍNDROMA DE SJÖGREN – ESTUDO DE UMA POPULAÇÃO PORTUGUESA

F. Barcelos, J. Vaz Patto, D. Medeiros, S. Cortes, J. Ribeiro, M. Sousa, R. Figueiredo,

C. Silva, M. Mediavilla, M. Parente, H. Madeira, A. Teixeira

Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

**Introdução:** No Síndrome de Sjögren (SS), a infiltração linfocitária e lesão auto-imune das glândulas exócrinas acompanha-se de alterações laboratoriais que traduzem inflamação e linfoproliferação.

**Objectivos:** Descrição e comparação dos achados laboratoriais em doentes com SS Primário (SSp) e SS Secundário (SSs), seguidos no Instituto Português de Reumatologia.

**Material e Métodos:** Foi avaliado um grupo de 38 doentes com SSp e um grupo de 16 doentes com SSs, definidos de acordo com os critérios propostos pelo «*American-European Concensus Group*». Os doentes com SSs, 13 tinham Artrite Reumatóide (81%), 2 Lúpus Eritematoso Sistémico (13%), e 1 Esclerose Sistémica (6%). Os parâmetros analisados foram: o maior valor de velocidade de sedimentação (VS), concentração de hemoglobina, leucograma, gamaglobulinas séricas, FR, ANA, SSA, SSB, RNP, Sm, DNA, CG e complemento.

**Resultados:** Todos os doentes com SSp e 94% (15 doentes) dos com SSs eram do sexo feminino. A VS era elevada ( $>25$  mm/1<sup>a</sup>h) em 76,3% dos doentes com SSp (média: 46 mm), e em 94% dos com SSs (média: 35 mm). A anemia ocorreu em 21,6% dos doentes com SSp e em 50% dos com SSs, e a leucopenia ( $<4000/\mu\text{l}$ ) em 14 doentes com SSp (36,8%) e em 1 doente com SSs (6,3%). Os FR foram detectados em 63,0% no SSp e 87,5% no SSs. Detectou-se ANA ( $\geq 1/160$ ) em 84,2% no SSp e em 75% no SSs, anti-SSA em 68,5% e 26,7%, respectivamente, e anti-SSB em 44,7% e 13,3%. Outros anticorpos avaliados no SSp incluíram anti-RNP em 3,4% (1 em 29), anti-Sm em 0% (0 em 31), anti-DNA em 5,9% (2 em 34), e anti-Mitocôndrias em 2 doentes (5,3%). As CG foram pesquisadas 21 doentes com SSp, estando presentes em 9,5%. A H $\gamma$  ocorreu em 64,9% no SSp e em 64,3% no SSs, com Imunoglobulina monoclonal apenas num doente com SSp. Dos doentes com SSp, 28,1% apresentavam baixa do complemento, contra 20,0% no SSs.

**Discussão:** Ambos os grupos apresentavam parâmetros de actividade inflamatória elevados, sendo a VS média maior no SSp. A anemia foi mais frequente no SSs, acontecendo o inverso em relação à leucopenia, mais frequente no SSp. No SSp, a frequência de FR, ANA, anti-SSA e anti-SSB foi elevada, e merece destaque a sua presença em número significativo de doentes com SSs. Merece também

referência a detecção de CG em menos doentes com SSp do que o habitualmente descrito. A prevalência de Hy em ambos os grupos foi elevada, o que está de acordo com a linfoestimulação crónica típica do SS.

**Conclusão:** Em ambos os grupos de doentes, os parâmetros laboratoriais são indicadores de intensa actividade infamatória e linfoestimulação, com produção de gamaglobulinas e auto-anticorpos em número significativo de doentes. A presença de ANA, FR, SSA e SSB não foi diferente da encontrada em algumas séries. A utilização de critérios histológicos, funcionais e imunológicos na classificação do SS permite excluir muitas causas não-imunológicas de síndrome seco.

#### **P5 – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DE UMA POPULAÇÃO PORTUGUESA DE DOENTES DE LES COM AC ANTI-DNA DS**

R. Barros, P. Nero, A. Alves de Matos, J. C. Branco  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (H. Egas Moniz)

**Introdução:** Procurou averiguar-se numa população de doentes portugueses com LES a prevalência de anticorpos anti-DNA ds e quais as características clínicas associadas.

**Material e Métodos:** Inquérito sobre as características clínicas, presença de dano (pontuação SLICC), presença de neoplasia ou morte em doentes com LES cumprindo os critérios de classificação do ACR. Procedeu-se ao estudo descritivo e à análise com o teste de qui-quadrado (programa SPSS) da relação entre a presença de características clínicas.

**Resultados:** Dos 525 doentes que cumpriam os critérios de classificação de LES do ACR, 350 (67%) apresentavam ac anti-DNAs positivos. Da população com ac anti-DNAs (N=350) 92% eram do sexo feminino. A média de idades ao diagnóstico foi de 33,2 anos com um máximo de 84 e um mínimo de 7 anos. A duração média do seguimento foi de 6,75 anos. Os doentes eram maioritariamente caucasianos (89,7%). Quanto às características clínicas, verificou-se a presença de *rash* em 44% (ausente em 56%); fotossensibilidade em 48%, úlceras mucosas em 43,7%, vasculite 20%, raynaud 32,5%, artrite 72%, artralhas 62,3%, serosite 29%, envolvimento renal 40% (n=140), com proteinúria 33,7%, cilindrúria 6%, nefrótico em 8,2%, hematuria 12%, insuficiência renal em 7,42% e insuficiência renal terminal em 1,7%, biópsia renal foi efectuada em 46

doentes (32,8% dos com envolvimento renal. Nos 46 doentes submetidos a biópsia renal as alterações mais prevalentes foram 10 GNF classe 2; 7 GNF classe 3; 22 GNF classe 4. Quanto ao envolvimento do sistema nervoso central verificou-se em 17,4%, com: convulsões 5%, psicose 4,5%, envolvimento SNP 2%, mielite 0,5%, enxaqueca 6,85%. O envolvimento hematológico estava presente em 59,1 % dos doentes (anemia hemolítica 15,1%, leucopenia 38,2 %, linfopenia 30,85%, trombocitopenia 23,42%, CID 0,85 %). Verificou-se que 12,2 % cumpriam os critérios de SAFL de acordo com os critérios de Saboro, 21% tinham ac anti-cardiolipina IgG; 13,4% ac anti-cardiolipina IgM, 13,7% anti-coagulante lúpico; 2,8% tinham antecedentes de trombozes arteriais, 9,4% de trombozes venosas. 39,7% tinham evidência de dano, estando ausente em 52% (não havia dados que permitissem calcular em 7,3%) O SLICC médio foi de 0,69, com Desvio padrão de 0,98. A pontuação de SLICC era menor ou igual a 2 em 302 doentes, entre 3 e 5 em 19 doentes e não era calculável em 29. Nesta população verificou-se uma prevalência de 2,8% de neoplasias com dois carcinomas da mama, 1 do ovário, 1 coriocarcinoma, 1 papilar da tiroideia, 1 da bexiga, 1 meningioma, 1 gamapatia monoclonal, 1 carcinoma gástrico associado a colangiocarcinoma. Verificaram-se 1,7% de óbitos (n=6), sendo que 1 foi por neoplasia (gástrica+ colangiocarcinoma); 1 por sepsis; 1 por suicídio; 1 por insuficiência respiratória, 1 por AVC e não havia dados sobre a causa de morte em 1 caso. Aplicando o teste de qui-quadrado a presença de ac anti-DNAs relaciona-se com a presença de *rash* discóide p=0.036, fotossensibilidade p=0.003; fenómeno de Raynaud 0,001: CAVN p0,016, miosite p0,042; serosite p0,013, envolvimento renal p0,047, cilindrúria p0,032, síndrome nefrótica p0,007 e envolvimento hematológico p0,04. Não se verificou relação com a presença de dano, a pontuação do SLICC, o desenvolvimento de neoplasias ou mortes.

**Conclusões:** A presença de ac anti-DNA ds na nossa população foi um marcador de doença renal, cutânea e hematológica. Apesar da prevalência da doença renal ser de 40% verifica-se que apenas 1/3 dos doentes efectuou biópsia renal.

#### **P6 – AVALIAÇÃO DOS MOTIVOS DE FALTA ÀS CONSULTAS DE SEGUIMENTO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL DE EGAS MONIZ, S.A.**

Rita Barros, Rute Marques, A. Alves de Matos, Jaime C. Branco.

Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Oriental, EPE (H. Egas Moniz).

**Introdução:** As faltas dos doentes às consultas hospitalares pré-marcadas traduzem-se numa perda de produtividade e desperdício de meios e recursos, podendo ainda ter consequências ao nível da saúde dos doentes. Especificamente sobre motivos de faltas às consultas de Reumatologia não se encontraram referências nacionais ou internacionais. Por estes motivos e tendo em vista a eventual introdução de medidas correctivas, foi elaborado um protocolo de estudo com o objectivo de estudar este assunto na nossa Consulta Externa.

**Material e Métodos:** Entre Outubro e Dezembro de 2004 foram registadas as faltas às consultas de reumatologia. Foi enviado para o domicílio do doente um inquérito, de resposta simples, a preencher pelo doente ou familiares. Com as respostas foi criada uma base de dados. De que constavam dados demográficos (sexo e idade), motivo(s) de falta à consulta, diagnóstico principal conforme o introduzido na base de dados da Consulta, dia da semana correspondente ao dia da falta, distância da residência ao hospital maior ou menor que 20 km. Procedeu-se apenas a uma análise descritiva dos dados.

**Resultados e Conclusões:** Durante o período do estudo foram efectuadas 1748 consultas de reumatologia tendo-se verificado 15% de faltas. Do total de consultas, 1506 (86%) foram consultas de seguimento verificando-se faltas a 16% destas. O inquérito teve uma taxa de resposta de 73%. Dos doentes que responderam ao inquérito 96% tinham faltado a consultas de seguimento e apenas 4% a consultas de 1ª vez. A distância do domicílio do doente ao Hospital não parece ter sido um factor significativo nas faltas às consultas. O maior número de faltas ocorreu à segunda-feira (31%) do total. Por ordem de frequência os motivos de falta foram «outras causas» em 30%, N=78 (destes 22% referiu remarcação/alteração de data da consulta, 19% referiram ter faltado a um tratamento e não às consultas e 18% referiram confusão de data e hora); 49 doentes indicaram «outras doenças», 32 «esquecimento», 33 «compromissos inadiáveis», 26 referiram «incapacidade devida à doença reumática». Dos doentes que faltaram a fibromialgia, foi o diagnóstico mais frequente seguido pela osteoartrose, artrite reumatóide e outros diagnósticos.

## P7 – A ESPONDILITE ANQUILOSANTE NA PERSPECTIVA DOS DOENTES

H. Canhão<sup>1</sup>, F. Godinho<sup>2</sup>, Associação Nacional de Doentes com Espondilite Anquilosante

1. Hospital Santa Maria

2. Hospital Garcia Orta

**Objectivos:** Caracterizar a espondilite anquilosante (EA) em doentes portugueses.

**Métodos:** Estudo transversal elaborado pela Associação Nacional de Doentes com Espondilite Anquilosante (ANEA). Foi enviado por correio um inquérito aos associados da ANEA para caracterização da sua patologia. Esse inquérito incluía perguntas para caracterização demográfica, características da doença, situações co-mórbidas, BASDAI e BASFI. Os questionários foram preenchidos pelos doentes e reenviados para a ANEA, que procedeu à análise dos dados.

**Resultados:** 315 doentes, 121 (38,4%) mulheres e 194 (61,6%) homens. A idade média era de 43 anos. O inquérito foi Nacional e as áreas de proveniência mais frequentes foram 37,4% da área de Lisboa, 15,6 % do Porto, 15% de Coimbra e 12,7% de Viseu. Em 60% dos casos a EA tinha tido início entre os 16 e os 30 anos de idade. O diagnóstico foi efectuado em média, 5 a 10 anos após o início dos sintomas. 273 (86,7%) doentes eram seguidos por médico especialista, reumatologista em 67,4% e fisiatra em 25,6% dos casos. As manifestações mais frequentes da doença eram em 73,3% dor, em 57,1% rigidez e em 40% fadiga e cansaço. Relativamente às manifestações extra-articulares, 33% referia envolvimento ocular, 18,7% intestinal e 13% cutâneo. 29,8% dos doentes não apresentava manifestações extra-articulares. As escalas visuais analógicas para a actividade da doença revelavam um valor médio de 6,23 e para a intensidade da dor de 7,7. O BASDAI médio era de 4,68 e o BASFI de 5,04. As patologias co-mórbidas mais frequentes foram dislipidemia em 18%, patologia cardíaca em 13% e hipertensão arterial em 8%. 37% dos doentes negavam sofrer de outras doenças. 33,7% dos doentes tinham familiares com EA. 84,4% frequentavam centros de medicina física e reabilitação, 53,7% hidroginástica ou natação e 29,8% fisioterapia.

**Discussão:** Nesta avaliação de três centenas de doentes portugueses com EA, provenientes de diversas áreas do país, salientamos o início precoce da doença, o intervalo de tempo até ao diagnóstico, as manifestações extra-articulares frequentes, a dor, rigidez, fadiga e cansaço que a doença acarreta.

ta e os valores médios de actividade e incapacidade funcional elevados.

#### **P8 – ASSOCIAÇÃO CLÍNICA ENTRE POLICONDRITE RECIDIVANTE E POLIMIOSITE**

S. Capela<sup>1</sup>, R. Figueira<sup>1</sup>, A. Marques<sup>1</sup>, Luís Gaião<sup>1</sup>, J. Teixeira da Costa<sup>1</sup>, J. Pereira da Silva<sup>1</sup>, M. Viana de Queiroz<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital de Santa Maria

**Objectivo:** A policondrite recidivante é uma doença multisistémica grave e rara, caracterizada por inflamação e destruição cartilaginosa. A condrite mais frequente é a auricular, podendo ocorrer também a nível nasal, e do sistema respiratório. Os autores descrevem um caso clínico de um doente com policondrite recidivante que desenvolveu posteriormente polimiosite.

**Resultados:** Doente do sexo masculino, 71 anos de idade, com início súbito de condrite auricular esquerda. Apesar de antibioterapia endovenosa e drenagem, manteve destruição gradual local com deformação auricular. Na ausência de sinais sugestivos de infecção, foi efectuado o diagnóstico presuntivo de policondrite recidivante e iniciou corticoterapia em alta dose. Contudo, apesar de melhoria inicial após os pulsos surgiram sintomas semelhantes a nível da orelha contralateral, tendo iniciado metotrexato. Por alterações hematológicas suspendeu este fármaco e iniciou azatioprina (50 mg/dia) mantendo corticoterapia (20 mg/dia), com estabilização clínica. Teve vários episódios de uveíte e 8 meses após diagnóstico na sequência de quadro de infecção urinária refere aparecimento de fraqueza muscular progressiva. Analiticamente, destacava-se aumento dos parâmetros inflamatórios e CK de 501 U/L. O EMG revelou aspectos miopáticos compatíveis com polimiosite. A biopsia muscular revelou alterações mitocondriais com «red-ragged fibers», assim como outras alterações sugestivas de miopatia. Iniciou imunoglobulina 400 mg/kg/dia 5 dias, fazendo desde então uma perfusão mensal. Foi necessário suspender azatioprina por subida das transaminases hepáticas. Verificou-se uma melhoria clínica progressiva da força muscular e descida dos parâmetros inflamatórios, assim como um melhor controle da sua doença de base. Não foi possível distanciar perfusões por recorrência gradual dos sintomas.

Posteriormente, começou a referir toracalgia e

dispneia esporádica. Fez TAC torácica que revelou traqueia «em sabre» e elevação da hemicúpula diafragmática direita. Repetiu EMG que excluiu paralisia frénica, pelo que este poderá ser outro sinal da miopatia.

**Discussão/Conclusão:** São conhecidas várias etiologias para a miopatia/sintomas miopáticos, como conectivopatias, neoplasias, infecções e doenças do foro neurológico. Foi revista a literatura e até ao momento não se encontrava descrito nenhum doente com policondrite recidivante associada a polimiosite.

#### **P9 – CARACTERIZAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DA COMPOSIÇÃO CORPORAL E RISCO CARDIOVASCULAR ASSOCIADO EM DOENTES COM SÍNDROME DE SJÖGREN E DOENÇA DE BEHÇET**

L. Coelho<sup>1</sup>, J. Saraiva Ribeiro<sup>1</sup>, A. Abreu<sup>2</sup>, A. Cardoso<sup>2</sup>, R. Fernandes<sup>2</sup>, F. Rosa<sup>2</sup>, L. Miranda<sup>1</sup>, M. Parente<sup>1</sup>, M. Mediavilla<sup>1</sup>, R. Leitão<sup>1</sup>, P. Coelho<sup>1</sup>, M. Silva<sup>1</sup>, H. Santos<sup>1</sup>, M. Micaelo<sup>1</sup>, E. Simões<sup>1</sup>, H. Madeira<sup>1</sup>, C. Silva<sup>1</sup>, L. Freire<sup>2</sup>, D. Medeiros<sup>1</sup>, F. Barcelos<sup>1</sup>, M. Sousa<sup>1</sup>, C. Miguel<sup>1</sup>, S. Cortes<sup>1</sup>, J. Ferreira<sup>1</sup>, J. Figueirinhas<sup>1</sup>, A. Neto<sup>1</sup>, J. Vaz Pato<sup>1</sup>, F. Mesquita<sup>2</sup>, A. Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

**Introdução:** O Síndrome de Sjögren consiste genericamente numa doença inflamatória auto-imune que afecta primariamente as glândulas exócrinas, manifestando-se pelas características xerostomia, xeroftalmia com ou sem queratoconjuntivite sicca. A Doença de Behçet consiste numa vasculite sistémica de causa desconhecida que afecta as artérias e veias, com envolvimento mucocutâneo recorrente e frequente envolvimento ocular, entre outros. Ambas as doenças acompanham-se de um estado de inflamação sistémica, a qual poderá estar em termos fisiopatológicos implicada no desenvolvimento da placa de ateroma e consequente aumento do risco cardiovascular.

**Objectivos:** Caracterizar uma população de doentes com Síndrome de Sjögren e Doença de Behçet, no que diz respeito às suas características antropométricas, sua composição corporal e factores de risco cardiovascular associados.

**Material e Métodos:** O estudo decorreu durante dois meses, no Instituto Português de Reumatologia, envolvendo doentes que recorreram à consulta de reumatologia. Os doentes foram submetidos a um pro-

toloco de auto-preenchimento, onde constava entre outros factores, o diagnóstico reumatológico e não reumatológico, o qual era preenchido pelo médico assistente. Foram também avaliados pela equipa de Nutrição os seguintes parâmetros: peso, altura, índice de massa corporal (IMC), perímetro da cintura, perímetro da anca, relação cintura/anca, massa gorda (em percentagem e quilogramas), a massa livre de gordura (quilogramas) e a água corporal total (em percentagem e quilogramas). Estes parâmetros foram medidos através de 2 aparelhos, a bioimpedância de mãos (OMRON HBF-300) e de pés (TANITA TBF-350). Foram ainda avaliados as doenças associadas, intimamente relacionadas com o risco cardiovascular: hipertensão arterial, diabetes e hipercolesterolemia.

### Resultados:

Dados	Síndrome Sjögren	Doença de Behçet
Nº doentes	69	31
Sexo Feminino	63	26
Sexo Masculino	6	5
Idade Média	57,98±11,22	43,96±15,4
IMC médio	28,4±4,72	27,4±5,08
Massa gorda média	38,23±5,98	34,1±8,3 (NS)
Doentes com excesso de peso	68	21
Sexo Masculino	6	3
Sexo Feminino	62	18
% água inferior ao normal	67	16
Sexo Masculino	6	2 (NS)
Sexo Feminino	61	14
HTA	22	4 (p=0,013-t Student)
Diabetes	8	1 (NS)
Hipercolesterolemia	12	2 (NS)
Perímetro médio da cintura	90,56±11,37	88,7±14,8 cm (NS)
Relação C/A	0,86±0,06	0,85±0,07 cm

**Discussão e Conclusão:** A sobrecarga ponderal é comum na grande maioria dos doentes, estando presente em 97% e 67,7% dos doentes com Síndrome de Sjögren e Doença de Behçet, respectivamente, encontrando-se a grande maioria na categoria de Excesso de peso. Por outro lado, uma quantidade representativa de doentes apresenta um perímetro da cintura aumentado, traduzido num excesso de gor-

dura visceral, o qual constitui um factor de risco independente para doença cardiovascular. A representativa presença de outros factores de risco cardiovascular: HTA, diabetes e hipercolesterolemia, aliada ao estado de inflamação sistémica, este último, factor com importância na fisiopatologia do desenvolvimento da placa de ateroma, contribuirá de certeza e de forma sinérgica para aumentar o risco cardiovascular global. Desta forma, a intervenção nutricional aliada ao controlo farmacológico do estado de inflamação sistémica apresenta-se como parte importante da estratégia para a redução do risco cardiovascular com implicações claras no prognóstico destas doenças reumatológicas.

### P10 – CARACTERIZAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DA COMPOSIÇÃO CORPORAL E RISCO CARDIOVASCULAR ASSOCIADO EM DOENTES COM GOTA

L. Coelho<sup>1</sup>, J. Saraiva Ribeiro<sup>1</sup>, A. Abreu<sup>2</sup>, A. Cardoso<sup>2</sup>, R. Fernandes<sup>2</sup>, F. Rosa<sup>2</sup>, L. Miranda<sup>1</sup>, M. Parente<sup>1</sup>, M. Mediavilla<sup>1</sup>, R. Leitão<sup>1</sup>, P. Coelho<sup>1</sup>, M. Silva<sup>1</sup>, H. Santos<sup>1</sup>, M. Micaelo<sup>1</sup>, E. Simões<sup>1</sup>, H. Madeira<sup>1</sup>, C. Silva<sup>1</sup>, D. Medeiros<sup>1</sup>, F. Barcelos<sup>1</sup>, M. Sousa<sup>1</sup>, C. Miguel<sup>1</sup>, S. Cortes<sup>1</sup>, J. Ferreira<sup>1</sup>, J. Figueirinhas<sup>1</sup>, A. Neto<sup>1</sup>, J. Vaz Pato<sup>1</sup>, F. Mesquita<sup>2</sup> e A. Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

**Introdução:** Apesar de hiperuricemia e gota apresentarem epidemiologias diferentes, constituem muitas vezes uma dupla, que se associa com outras patologias. Existe uma forte associação entre obesidade, hiperuricemia e gota, nos casos em que a segunda está relacionada com excesso alimentar. A HTA e hiperlipidemia podem também associar-se com hiperuricemia e gota. Por outro lado, a associação entre gota e doença cardiovascular deve-se mais provavelmente ao facto de esta estar frequentemente presente em concomitância com HTA, obesidade, hiperlipidemia e diabetes. No entanto, evidências recentes sugerem que níveis elevados de ácido úrico constituem factor de risco cardiovascular independente em doentes com risco cardiovascular aumentado.

**Objectivos:** Caracterizar uma população de doentes com Gota, no que diz respeito às suas características antropométricas, sua composição corporal e factores de risco cardiovascular associados.

**Material e Métodos:** O estudo decorreu durante dois meses no Instituto Português de Reumatolo-



gia, envolvendo doentes que recorreram à consulta de reumatologia. Os doentes foram submetidos a um protocolo de auto-preenchimento, onde constava entre outros factores, o diagnóstico reumatológico e não reumatológico, o qual era preenchido pelo médico assistente. Foram também avaliados pela equipa de Nutrição os seguintes parâmetros: peso, altura, índice de massa corporal (IMC), perímetro da cintura, perímetro da anca, relação cintura/anca, massa gorda (em percentagem e quilogramas), a massa livre de gordura (quilogramas) e a água corporal total (em percentagem e quilogramas). Estes parâmetros foram medidos através de 2 aparelhos, a bioimpedância de mãos (OMRON HBF-300) e de pés (TANITA TBF-350). Foram ainda avaliados as doenças associadas, intimamente relacionadas com o risco cardiovascular: hipertensão arterial, diabetes e hipercolesterolemia.

**Resultados:** Foram observados 57 doentes com Gota, 47 (82,5%) do sexo masculino e 10 (17,5%) do sexo feminino. A idade média era de  $61,98 \pm 9,90$  anos e o IMC médio de  $30,6 \pm 4,79$  Kg/m<sup>2</sup> (Obesidade de Grau I). Pela bioimpedância de mãos obteve-se uma percentagem de gordura média de  $32,05 \pm 5,76$ , em que 54 (95%) doentes tinham excesso de massa gorda, 47 (82,5%) do sexo masculino e 7 (12,3%) do sexo feminino. Pela bioimpedância de pés, e em relação à percentagem de água, 44 (77,2%) doentes apresentavam quantidades de água inferiores ao desejável, 35 (61,4%) do sexo masculino e 9 (15,8%) do sexo feminino. O perímetro médio da cintura era de  $102,83 \pm 10,83$  cm, sendo que 36 (78,3%) homens e 10 (21,7%) mulheres apresentavam valores superiores ao normal. A relação cintura/anca média era de  $0,98 \pm 0,07$  cm, num total de 56 doentes, 46 (80,7%) do sexo masculino e 10 (17,5%) do sexo feminino. Quanto às doenças associadas e simultaneamente factores de risco cardiovasculares: 22 (38,6%) tinham hipertensão, 10 (17,5%) tinham diabetes, 18 (31,6%) tinham hipercolesterolemia.

**Discussão e conclusão:** A sobrecarga ponderal está presente em 93% dos doentes, 28 (49,1%) com Excesso de peso e 16 (28%) com Obesidade tipo I. A grande percentagem de doentes com sobrecarga ponderal está de acordo com o esperado dado existir uma forte associação de estados de obesidade com hiperuricémia e gota. Por outro lado, cerca de 80,7% dos doentes com gota apresenta um perímetro da cintura aumentado, traduzindo um excesso de gordura visceral, o qual constitui um factor

de risco independente para doença cardiovascular. A concomitante e representativa presença de outros factores de risco cardiovascular: HTA, diabetes e hipercolesterolemia, contribuirá de certeza e de forma sinérgica para aumentar o risco cardiovascular global. Pelo exposto se depreende que uma intervenção nutricional constitui uma estratégia importante para a redução do risco cardiovascular através da redução ponderal e educação alimentar, apoio ao tratamento dos restantes factores de risco e redução do risco cardiovascular global.

#### P11 – COMPOSIÇÃO CORPORAL NA OSTEOPOROSE

L. Coelho<sup>1</sup>, D. Medeiros<sup>1</sup>, A. Abreu<sup>2</sup>, A. Cardoso<sup>2</sup>, R. Fernandes<sup>2</sup>, F. Rosa<sup>2</sup>, L. Miranda<sup>1</sup>, M. Parente<sup>1</sup>, R. Leitão<sup>1</sup>, P. Coelho<sup>1</sup>, M. Silva<sup>1</sup>, H. Santos<sup>1</sup>, M. Micaelo<sup>1</sup>, M. Mediavilla<sup>1</sup>, E. Simões<sup>1</sup>, H. Madeira<sup>1</sup>, C. Silva<sup>1</sup>, J. Saraiva Ribeiro<sup>1</sup>, F. Barcelos<sup>1</sup>, M. Sousa<sup>1</sup>, C. Miguel<sup>1</sup>, S. Cortes<sup>1</sup>, L. Freire<sup>2</sup>, F. Pimentel<sup>1</sup>, J. Ferreira<sup>1</sup>, V. Las<sup>1</sup>, J. Figueirinhas<sup>1</sup>, J. Vaz Pato<sup>1</sup>, F. Mesquita<sup>2</sup> e A. Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

**Introdução:** A osteoporose (OP) é uma doença caracterizada por uma densidade mineral óssea reduzida/alterações da microarquitetura, o que se traduz numa maior incidência de fracturas. Condição um grande impacto físico e socio-económico na população. Prevenir fracturas, é o principal objectivo e a identificação de factores de risco é essencial. Estudos recentes demonstram que a Diabetes *mellitus* se encontra associada a um maior risco de osteoporose. A obesidade parece constituir um factor protector, como fonte alternativa de estrogénios, na menopausa, e na redução do impacto físico de quedas.

**Objectivo:** Caracterizar doentes com OP segundo parâmetros antropométricos, de composição corporal e factores de risco cardiovasculares associados.

**Material e Métodos:** Foram avaliados 535 doentes com OP, durante 2 meses. Foram avaliados pela equipa de nutrição os seguintes parâmetros: peso, altura, índice de massa corporal (IMC), perímetro da cintura, perímetro da anca, relação cintura/anca, massa gorda (em percentagem e quilogramas), a massa livre de gordura (quilogramas) e a água corporal total (em percentagem e quilogramas). Foram utilizados 2 aparelhos de bioimpedância: mãos (OMRON HBF-300); pés (TANITA TBF-350).

Foram avaliados factores de risco cardiovascular: a hipertensão arterial, a diabetes e a hipercolesterolemia.

**Resultados:** Foram observados 535 doentes com OP, [46(8,6%) masculino; 489(91,4%) feminino]. A idade média foi de  $65,1 \pm 10,52$  [92;18] e o IMC médio de  $27,3 \pm 4,72$  Kg/m<sup>2</sup>, 7(1,3%) Doentes com magreza 154(28,8%), peso normal 223(41,7%), excesso de peso 120(22,4%), obesidade tipo I 14(2,6%) com obesidade tipo II e 8(1,5%) com obesidade mórbida. A bioimpedância de mãos obteve: percentagem de massa gorda média de  $38 \pm 6,71$  em que 455(85%) dos doentes tinham excesso de massa gorda, [36(8%) masculino; 419(92%) feminino]. Na bioimpedância de pés: massa gorda média foi de  $32,4 \pm 8,37$ , no total, 319(60%) tinham excesso de massa gorda, [23(7,2%) masculino; 296 (92,8%) feminino]. Quanto à percentagem de água, 283(52,9,%) apresentavam quantidades inferiores ao desejável, [30(10,6%) masculino; 253(89,4%) feminino]. Os factores de risco cardiovasculares: 173(32,2%) hipertensão, 45(8,4%) diabetes, 109(70,3%) hipercolesterolemia. A relação cintura/anca média foi  $0,90 \pm 0,07$  cm. Esta relação foi superior ao normal em 457 doentes [423(92,6%) feminino; 34(7,4%) masculino].

**Conclusão:** A maior parte dos doentes observados pertenciam ao sexo feminino, com uma média de idades de cerca de 65 anos, o que vem de acordo com o que se sabe sobre a prevalência da OP nas mulheres na pós-menopausa. No que respeita à avaliação nutricional, verificou-se uma elevada percentagem de obesidade, sobretudo no sexo feminino, factor de protecção no impacto de quedas, já conhecido nas populações do sul da Europa, de estatura inferior e índice de massa gorda superior. Verificou-se ainda um aumento de Diabetes *mellitus*, que se sabe influenciar negativamente a densidade mineral óssea. Seria de esperar que esta população apresentasse um baixo IMC, pelo seu diagnóstico de OP, o permite supor que este parâmetro constitui, um factor de risco minor na OP.

#### P12 – CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO COM ESCLEROSE SISTÊMICA

A. Cordeiro<sup>1,2</sup>, M. J. Santos<sup>1,2</sup>, M. J. Loureiro<sup>1,3</sup>, C. Cotrim<sup>1,3</sup>, A. Lemos<sup>4</sup>, P. Ramos<sup>4</sup>, S. Sousa<sup>1,5</sup>, F. Menezes<sup>1,5</sup>, J. Canas da Silva<sup>2</sup>

1. Unidade de Hipertensão Pulmonar,
2. S. Reumatologia
3. S. Cardiologia

4. Lab. Imunologia

5. S. Pneumologia

Hospital Garcia de Orta, Almada

**Objectivos:** Caracterização de uma população de doentes com Esclerose Sistémica do ponto de vista clínico e laboratorial.

**Métodos:** Foram seleccionados da consulta de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta 20 doentes com diagnóstico de Esclerose Sistémica. Seis doentes tinham Esclerose Sistémica difusa (SSc), 10 com forma limitada (SSL) e 4 apresentavam síndromes de sobreposição. Todos os doentes foram avaliados transversalmente segundo o mesmo protocolo, que incluía a caracterização em termos clínicos, demográficos, determinação de índice cutâneo de Rodnan modificado, gravidade do fenómeno de Raynaud, sintomas de dispneia, caracterização de auto-anticorpos, provas de função respiratória (PFR), ecocardiograma com medição da Pressão Sistólica na Artéria Pulmonar (PSAP) em repouso e em esforço e, se indicado, cateterização cardíaca direita para confirmação de HAP.

**Resultados:** Dezoito doentes eram do sexo feminino, a média de idades era de  $54.6 \pm 12.3$  anos e tinham em média  $8.7 \pm 12.7$  anos de doença. Nove doentes (45%) apresentavam Raynaud grave com úlceras digitais e dois (10%) com amputação digital. Treze doentes (65%) estavam medicados com bloqueadores dos canais de cálcio, 7 sob corticoterapia e 6 com imunomoduladores. A média do índice de Rodnan era de  $9.38 \pm 6.37$ . Metade dos doentes apresentava dispneia de esforço classe II da *New York Heart Association*. Todos apresentavam anticorpos anti-nucleares positivos, 7 eram anti-centrómero positivo, (todos SSL) e 4 com SSc tinham anti-scl70 positivo. Cinco doentes apresentaram PSAP  $\geq 30$  mmHg em repouso e em mais 11 doentes foi documentada PSAP  $\geq 40$  mmHg ao esforço. Dos 16 doentes com valores de PSAP acima do normal, 13 foram submetidos a cateterismo direito, sendo que em 10 deles se confirmou HAP (77%). O resultado da Capacidade de Difusão de CO (DLCO), disponível em 13 doentes, estava reduzido em 76.9% (n=10). Todos os doentes com DLCO  $<80\%$  apresentaram PSAP com valor anormal no ecocardiograma de esforço. Dois doentes iniciaram terapêutica regular com antagonistas do receptor da endotelina 1, com melhoria clínica logo após um mês de terapêutica.

**Conclusão:** Apesar da Esclerose Sistémica ser uma doença rara, a sua gravidade em termos de mani-

festações clínicas impõe uma vigilância regular e tratamento adequado das suas complicações.

**P13 – ARTRITE REUMATÓIDE – CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES DA CONSULTA DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA (IPR)**

Sara Cortes, Miguel Sousa, Rui Figueiredo, Cláudia Miguel, J. Saraiva Ribeiro, Manuela Micaelo, José Vaz Patto, Helena Madeira, Cândida Silva, Helena Santos, Manuela Parente, Ana Teixeira, Luís Miranda, Margarida Silva, M. Jesus Mediavilla, Rui Leitão, Eugénia Simões e Paulo Clemente-Coelho

**Introdução:** A Artrite Reumatóide (AR) é das doenças articulares inflamatórias mais prevalentes, que, quando não controlada atempadamente, provoca deformações articulares e incapacidade funcional marcada. A caracterização da doença e o despiste de factores indicadores de agressividade da doença são importantes para a escolha do tratamento mais adequado a cada doente.

**Objectivos:** Caracterizar a população de doentes com o diagnóstico de AR da consulta do IPR, focando aspectos clínicos, laboratoriais, radiológicos e terapêuticos.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes actualmente seguidos pelos médicos do IPR. Os doentes foram caracterizados mediante o preenchimento de um protocolo que incluía: identificação, avaliação clínica da doença, avaliação laboratorial e radiológica, e terapêutica realizada.

**Resultados:** Estudou-se um total de 546 doentes, 90 (16,5%) homens, 456 (83,5%) mulheres, média de idades de 60,1 anos (mínimo 22, máximo 87); 528 (96,7%) dos doentes eram de raça caucasiana, 14 de raça negra e 3 de raça asiática. O modo de início da doença foi articular em 536 (98,1) doentes e extra-articular em 10 (1,9%) doentes. O envolvimento articular inicial foi poliarticular em 425 (77,8%) doentes, oligoarticular em 83 (15,2%) doentes e monoarticular em 38 (7,0%); 358 (66,4%) dos doentes apresentavam erosões e 181 (33,6) não tinham erosões radiológicas; 153 (28,1%) doentes estavam em remissão, 391 (71,9%) não preenchiam critérios de remissão; 497 (91,2%) doentes tinham uma artrite simétrica; 465 (85,3%) doentes tinham rigidez articular matinal superior a uma hora em fase activa. Dos doentes que não estavam em remissão (391), 287 (73,4%) tinham envolvimento articular actual poliarticular, 89 (22,8%) tinham envolvimento arti-

cular actual oligoarticular e 15 (3,8) tinham envolvimento articular monoarticular. As manifestações extra-articulares mais frequentemente encontradas foram: anemia inflamatória (38,3%), síndrome seco (27,8%), fenómeno de Raynaud (6,4%) e nódulos reumatóides (6,2%); 73,6% (397) doentes tinham RA teste positivo e 63,8% (344) tinham reacção de Waller Rose positiva. A dose média de corticoterapia actual (equivalente em prednisona) foi de 6mg/dia e a média da dose máxima utilizada foi de 11mg/dia. 498 (91,5%) doentes estão a fazer terapêutica de fundo, dos quais 363 (66,7%) metotrexato (252 em monoterapia e 111 em associação). A demora no início do DMARD correlacionou-se positivamente com a presença de erosões, sendo a correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,0005$ ). Verificou-se também que a doença erosiva está associada à presença nódulos reumatóides ( $p = 0,001$ ), de FR ( $p < 0,004$ ) e também aos títulos mais elevados destes ( $p < 0,0005$ ). Não se encontrou correlação significativa entre a presença de erosões e o sexo do doente, a elevação da VS e os títulos de PCR.

**Conclusões:** Na nossa série a agressividade maior da artrite reumatóide correlacionou-se positivamente com o atraso no início do tratamento de fundo, com a presença de nódulos reumatóides, e de factores reumatóides (positivos e títulos elevados). Estes dados, correlacionados com outros estudos publicados, podem favorecer uma abordagem mais precoce da doença e uma adequação dessa abordagem às características de cada doente.

**P14 – DENSIDADE MINERAL ÓSSEA NAS ESPONDILARTROPATIAS**

A. R. Cravo, V. Tavares, J. Canas da Silva.

Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

**Objectivo:** Avaliar a densidade mineral óssea em doentes com diagnóstico de espondiloartropatia e verificar eventuais correlações com duração e a actividade da doença, grau funcional e gravidade de envolvimento radiológico.

**Métodos:** Avaliámos 29 doentes com diagnóstico de espondilartropatia que foram submetidos a densitometria óssea da coluna lombar e colo do fémur. Para além das características demográficas (idade, sexo) foram avaliados o índice de massa corporal (IMC), a duração e características da doença, a actividade da doença (BASDAI – *Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index*), a capacidade funcional (BASFI – *Bath Ankylosing Spondylitis Functionality In-*

*dex*) e a avaliação radiológica da coluna lombar e anca, de acordo com o BASRI (*Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index*).

**Resultados:** Foram incluídos 23 homens e 6 mulheres (idade média 39,4±11,55 anos), com uma duração média de doença de 13±9,99 anos. Vinte e quatro doentes tinham o diagnóstico de espondilite anquilosante, dois de artrite psoriática, dois de espondiloartropatia indiferenciada e um de doença inflamatória intestinal; todos os doentes apresentavam compromisso axial. Os doentes apresentaram um IMC médio de 24,7±3,26, um BASDAI médio de 40,7±21,12 e um BASFI médio de 34,67±25,15. O BASRI médio da coluna lombar foi de 1,5±1,62 e da anca de 0,5±0,65. A densidade mineral óssea (DMO) média da coluna lombar (CL) e colo do fémur total (CF) foi de 1,0±0,17g/cm<sup>2</sup> e 0,9±0,15g/cm<sup>2</sup>, respectivamente. Na CL o índice T e o índice Z médios foram respectivamente de -0,9±1,21 e -0,6±1,19. No CF estes índices foram de -1,0±1,12 e de -0,65±1,08, respectivamente.

Não foi encontrada correlação entre a DMO e a duração ou a actividade da doença. Não existiam também diferenças da DMO relacionadas com a limitação funcional ou o grau de envolvimento radiológico. Entre ambos os sexos apenas os índices T e Z do colo do fémur foram significativamente diferentes ( $p=0,02$  e  $p=0,0003$ , respectivamente).

**Conclusão:** Nos doentes com espondilartropatia, principalmente com espondilite anquilosante, a literatura tem demonstrado que a actividade da doença e a sua duração podem ser responsáveis por diminuição da DMO. Por outro lado, a existência de alterações radiológicas na CL pode alterar os valores densitométricos. No nosso grupo não encontramos, no entanto, qualquer correlação entre a DMO e estas variáveis. Embora na nossa população não se verificasse uma actividade e um compromisso funcional muito marcados, o que poderia justificar a ausência de correlação, é mais provável que o tamanho da amostra, bem como a dispersão dos valores encontrados, tenha limitado os resultados.

#### P15 – ANTI-TNF ALFA NA ESPONDILITE ANQUILOSANTE. 3 ANOS DE EXPERIÊNCIA

I. Cunha<sup>1</sup>, P. Monteiro<sup>1</sup>, J. Garcia<sup>1</sup>, M.J. Saavedra<sup>1</sup>, P. Abreu<sup>1</sup>, M.J. Salvador<sup>1</sup>, A. Barcelos<sup>2</sup>, P. Valente<sup>3</sup>, M. Alexandre<sup>1</sup>, L. Inês<sup>1</sup>, J. Silva<sup>1</sup>, J. A. Pereira da Silva, A. Malcata<sup>1</sup>.

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

2. Unidade de Reumatologia do Serviço de Medicina de Aveiro.

3. Unidade de Reumatologia do Serviço de Ortopedia de Santa Maria da Feira.

**Objectivos:** Avaliar a eficácia e segurança dos anti-TNF alfa em doentes com Espondilite Anquilosante.

**Métodos:** Estudo aberto, incluindo dezassete doentes, treze do sexo masculino, com o diagnóstico de Espondilite Anquilosante segundo os critérios de Nova Iorque modificados, refractária aos AINE's e DMARD's convencionais. Dos dezassete doentes, quinze receberam Infiximab na dose de 5mg/kg/ev; às semanas 0,2,6, e depois de 8/8 semanas e os restantes Etanercept na dose de 25 mg/2x sem/sc. Todos os doentes foram submetidos a avaliação clínica e laboratorial, prospectiva e protocolizada de acordo com o recomendado pelo grupo ASAS, com os intervalos acima indicados para o Infiximab (teste de Shöber, avaliação global da actividade da doença pelo doente e pelo médico; BASDAI; BASFI; EVA da dor, fadiga e lombalgia; HAQ<sub>AS</sub>, PCR e VS).

**Resultados:** Todos os doentes apresentavam envolvimento axial, 76,5% envolvimento periférico e apenas 11,8% entesopático. A idade média dos doentes era de 34,7 anos (16-50 anos) e a duração média da doença de 14,5 anos. A média do número de infusões de infliximab realizadas foi de 9,6 (4 a 20) com uma duração média de tratamento de 16,2 meses (3,5-35 meses). O valor médio inicial de todos os parâmetros avaliados melhorou na última observação, com particular destaque para o BASDAI (de 6,04 para 2,98), BASFI (de 6,9 para 3,85), EVA da lombalgia nocturna (de 6,45 para 2,26), HAQ<sub>AS</sub> (de 1,28 para 0,82).

Logo após a primeira administração verificou-se uma marcada melhoria da sintomatologia clínica e bem-estar do doente, acompanhados de diminuição da PCR e da VS. 60% e 13,3% dos doentes atingiram uma resposta ASAS 20 e 50, respectivamente, às 2 semanas de tratamento. Na última avaliação, 66,6% e 53,3% dos doentes, apresentavam uma resposta ASAS 20 e 50, respectivamente.

Houve necessidade de encurtar o intervalo da administração do Infiximab para 6/6 semanas, em quatro doentes. Em três doentes foi efectuado o «switch» para etanercept, dois por ineficácia («não respondedores») e um por reacção alérgica (urticária). Verificaram-se duas intercorrências infecciosas, uma pneumonia e amigdalites de repetição, tratadas em ambulatório. Quatro doentes fizeram

profilaxia tuberculostática.

**Conclusões:** A nossa experiência confirma os resultados de investigação que revelam excelente resposta dos doentes com Espondilite Anquilosante aos anti-TNF alfa. Esta terapêutica revelou-se também segura em todos os doentes. A melhoria clínica verificou-se logo após os primeiros tratamentos e manteve-se. Em alguns doentes verificou-se a necessidade de encurtar o intervalo das administrações ou fazer o «switch». Tanto o risco de complicações infecciosas como o elevado custo destas terapêuticas impõe a aplicação de critérios rigorosos de indicação e manutenção do tratamento.

**P16 – ANÁLISE DESCRITIVA DAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS DO FÉMUR PROXIMAL NO 1º SEMESTRE DE 2005 – HOSPITAL DE AVEIRO**

I. Cunha<sup>1</sup>, C. Santos<sup>2</sup>, L. Sousa<sup>2</sup>, C. Batista<sup>2</sup>, I. Guerreiro<sup>2</sup>, A. Meireles<sup>2</sup> e A. Barcelos<sup>3</sup>

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

2. Serviço de Ortopedia do Hospital Infante D. Pedro, Aveiro

3. Unidade de Reumatologia do Serviço de Medicina do Hospital Infante D. Pedro, Aveiro

**Introdução:** As fracturas proximais do fémur são muito frequentes tendo vindo a aumentar nas últimas décadas proporcionalmente ao aumento da esperança de vida. Os índices de morbilidade e mortalidade são elevados sabendo-se que apenas 50% dos doentes retomam a sua função anterior, e ao fim de seis meses, 17 a 30% vêm a falecer. A maioria destas fracturas ocorre numa população com idade superior a 65 anos havendo um pico médio de incidência aos 80 anos, habitualmente relacionadas com osteoporose e como resultado de traumatismos minor. O sexo feminino é mais atingido que o masculino numa relação de 3:1.

**Objectivos:** Estudar retrospectivamente os doentes internados no Hospital Infante D. Pedro, Aveiro, durante o primeiro semestre de 2005, com o diagnóstico de fractura do fémur.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes com idade superior a 45 anos com fractura do fémur resultante de traumatismo de baixo impacto, internados no Serviço de Ortopedia do Hospital Infante D. Pedro. Recolheram-se, por consulta dos processos, as características clínicas, dias de hospitalização, tratamento cirúrgico, complicações posteriores e número de óbitos, durante o 1º semestre de 2005.

**Resultados:** Foram identificados 103 doentes (70% do sexo feminino) com idade média de 79,8 anos. Os principais factores de risco favorecedores da queda foram as alterações da marcha (33%), diminuição da acuidade visual e consumo de ansiolíticos (27,4%). 90,6% dos doentes sofreu queda no domicílio. Não houve diferenças significativas quanto ao lado fracturado (43% à direita, 57% à esquerda). Quatorze doentes (13,6%) tinham antecedentes de fracturas, sendo as do rádio distal, as mais frequentes (5). Apenas quatro doentes se encontravam a fazer terapêutica anti osteoporótica. As patologias associadas mais frequentes foram hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, sequelas de AVC e diabetes mellitus. A duração média de cada internamento foi de 8,7 dias. O tipo de fractura mais frequente foi a trocantérica, verificando-se em 72,8% dos doentes. Os tratamentos cirúrgicos mais utilizados foram o encavilhamento elástico de Ender (44,7%) e osteossíntese rígida (41,7%). As complicações mais frequentes no pós operatório foram anemia, síndrome confusional e infecção respiratória. Faleceram 3 dos 103 doentes durante o internamento.

**Discussão:** A incidência das fracturas osteoporóticas no sexo feminino, bem como os factores de risco encontrados para este tipo de fractura vão ao encontro do descrito na literatura. Os custos tanto directos como indirectos decorrentes desta situação são elevados. Em 1991 estimavam-se, em Portugal, gastos anuais entre 17,5 a 20,5 milhões de euros. A implementação de medidas de prevenção das quedas, diagnóstico precoce e tratamento adequado da osteoporose associados a novas técnicas cirúrgicas, poderão reduzir esses encargos e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

**P17 – AVALIAÇÃO DA DOR NUM GRUPO DE DOENTES SEGUIDOS EM CONSULTA DE REUMATOLOGIA.**

I. Cunha<sup>1</sup>, M. Coutinho<sup>2</sup>, M. Sousa<sup>2</sup>, B. Gusmão<sup>2</sup> e A. Barcelos<sup>3</sup>.

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Director: A. Malcata.

2. Serviço de Medicina do Hospital Infante D. Pedro, Director: J. Crespo.

3. Unidade de Reumatologia do Hospital Infante D. Pedro

**Introdução:** As doenças reumáticas induzem dor e incapacidade física, sendo as principais responsáveis pelo sofrimento crónico da espécie humana. A dor constitui o motivo mais frequente do envio

de doentes à consulta de reumatologia.

**Objectivo:** Avaliar a dor num grupo de doentes da consulta de reumatologia e a sua relação com os dados sócio-demográficos, a patologia e resposta à terapêutica instituída.

**Métodos:** Estudo prospectivo, aberto, protocolizado incluindo doentes com patologia diversa (degenerativa e inflamatória, excluindo doentes com fibromialgia) seguidos em consulta de Reumatologia no Hospital Infante D. Pedro, em Aveiro.

Foram registados: dados sócio-demográficos (sexo, idade, residência, escolaridade e situação profissional); intensidade da dor na última semana, através de uma escala visual analógica (EVA); terapêutica farmacológica e não farmacológica realizada e a resposta à terapêutica instituída;

**Resultados:** Foram observados 64 doentes (42 do sexo feminino e 22 do sexo masculino) com uma idade média de 48,91 anos. A duração média da doença foi de 10,31 anos. 73 % dos doentes tinham patologia inflamatória e os restantes patologia degenerativa. Os doentes com patologia degenerativa referiram maior intensidade da dor comparativamente com os doentes com patologia inflamatória, com significado estatístico (6,29 *versus* 5,24;  $p < 0,05$ ). Houve diferença estatisticamente significativa entre a intensidade da dor e o sexo ( $p < 0,04$ ). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre a intensidade da dor e a residência, escolaridade e situação laboral. Metade dos doentes encontravam-se activos e a trabalhar. A dor foi caracterizada como sendo intermitente (40 doentes) e contínua (18 doentes). Os fármacos mais utilizados pelos doentes foram os anti-inflamatórios não esteróides (67 %) e o paracetamol (19%). Cerca de metade (50%) dos doentes refere controlo da dor por um período superior a 6 horas com a medicação prescrita. 19% refere não ter tido qualquer alívio. A fisioterapia foi a opção terapêutica complementar mais frequente (43%).

**Discussão:** A intensidade da dor é elevada nos doentes com doenças reumáticas sendo mais elevado nos doentes com patologia degenerativa. Neste grupo de doentes, a intensidade da dor não variou com a residência, escolaridade e situação profissional. Os fármacos mais prescritos foram os AINEs e o paracetamol.

#### P18 – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-TERAPÊUTICA DA ARTRITE REUMATÓIDE EM PORTUGAL

Falcão S.<sup>1</sup>, Nero P.<sup>1</sup>, Soares M.<sup>2</sup>, Félix J.<sup>2</sup>,

V. Ferreira<sup>2</sup>, Mourão A. F<sup>3</sup>, Araújo D<sup>4</sup>, Malcata A<sup>5</sup>, Coelho PC<sup>6</sup>, Barcelos A<sup>7</sup>, Braña A<sup>8</sup>, Bravo T<sup>9</sup>, Maurício L<sup>10</sup>, Melo R<sup>11</sup>, Santos RA<sup>12</sup>, Alvarenga F<sup>13</sup>, Tris MJ, Branco J.C.<sup>1</sup> e Grupo de Estudo CURAR

1. Centro Hospitalar Lisboa Ocidental/Hospital Egas Moniz
2. Exigo Consultores
3. Hospital de Santa Maria
4. Centro Hospitalar do Alto Minho
5. Hospitais da Universidade de Coimbra
6. Instituto Português de Reumatologia
7. Hospital de Aveiro
8. Hospital das Caldas da Rainha
9. Hospital Militar nº2
10. Hospital de Ponta Delgada
11. Hospital de Nossa Senhora da Assunção
12. Hospital Militar Principal
13. Hospital Distrital de Nossa Senhora da Graça e Hospital Rainha Santa Isabel

O estudo *Custos da Utilização de Recursos na Artrite Reumatóide* (CURAR) foi desenhado para caracterizar a utilização de recursos em doentes com artrite reumatóide (AR), no contexto da prestação de cuidados de saúde hospitalares em Portugal.

**Objectivos:** Caracterização dos doentes com AR, da actividade da doença e do tratamento mais utilizado.

**Material e Métodos:** Recolha de dados, pela aplicação de inquérito *standard*, referentes à caracterização prosopográfica da população, índices de actividade da doença e caracterização de regimes terapêuticos, em várias unidades de saúde distribuídas pelo país (norte, centro, Lisboa e Vale do Tejo e região autónoma dos Açores), perfazendo um total de 237 doentes.

**Resultados:** A população estudada tem uma idade média de 53,85 anos, 80,34% dos doentes são do sexo feminino; 53,19% têm o ensino primário e 45,30% estão reformados. O tempo médio desde o diagnóstico é de 9 anos, com média de idade à data do diagnóstico de 45,56 anos. 70,26% encontravam-se na classe funcional ACR I e II, verificámos uma média de 3,87 do DAS28 e 20,83% cumpriam critérios de remissão da doença (EULAR e ARA). A manifestação extra-articular mais frequente foi a anemia (12,7%), seguida dos nódulos reumatóides (11,0%) e da queratoconjuntivite seca (9,3%). Ocorreram 6 casos (2,56%) de fracturas desde o diagnóstico e 2 casos (0,85%) de infecções articulares. Foram efectuados 65 tratamentos cirúrgicos desde diagnóstico e 30% realizaram tratamento fisiológico no último ano. 69,20% fizeram apenas um DMARD

e 27,01% fizeram uma combinação de DMARDs. Em monoterapia o metotrexato (MTX) foi o fármaco mais utilizado (63%) e, em politerapia, a associação MTX+hidroxicloroquina (HCQ) foi a mais escolhida (30%). Nos doentes que iniciaram MTX como 1º regime terapêutico e necessitaram iniciar um 2º regime, preferencialmente, faziam medicação combinada com MTX (47%): sulfassalazina (SSZ) (17%); HCQ (54%); outros (29%). O 3º regime instituído, mais frequentemente, foi MTX+HCQ+SSZ.

**Conclusão:** Na população portuguesa com AR há um elevado número de reformados, a maioria apresenta índices de actividade moderada da doença e o DMARD mais utilizado é o MTX, em mono ou politerapia, bem como nos vários regimes terapêuticos.

#### P19 – AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE

R. Fernandes<sup>2</sup>, C. Miguel<sup>1</sup>, F. Rosa<sup>2</sup>, L. Coelho<sup>1</sup>, A. Abreu<sup>2</sup>, A. Cardoso<sup>2</sup>, L. Miranda<sup>1</sup>, R. Leitão<sup>1</sup>, P. Coelho<sup>1</sup>, M. Silva<sup>1</sup>, H. Santos<sup>1</sup>, M. Parente<sup>1</sup>, M. Micaelo<sup>1</sup>, M. Mediavilla<sup>1</sup>, E. Simões<sup>1</sup>, H. Madeira<sup>1</sup>, C. Silva<sup>1</sup>, J. Saraiva Ribeiro<sup>1</sup>, D. Medeiros<sup>1</sup>, F. Barcelos<sup>1</sup>, M. Sousa<sup>1</sup>, C. Miguel<sup>1</sup>, S. Cortes<sup>1</sup>, L. Freire<sup>2</sup>, F. Pimentel<sup>1</sup>, V. Las<sup>1</sup>, J. Ferreira<sup>1</sup>, A. Neto<sup>1</sup>, J. Figueirinhas<sup>1</sup>, J. Vaz Patto<sup>1</sup>, F. Mesquita<sup>2</sup> e A. Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

**Introdução:** A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença inflamatória que afecta sobretudo as articulações, de forma simétrica e progressiva, condicionando habitualmente dor, deformação e incapacidade funcional. Atinge, na Europa, cerca de 0,5% da população, especialmente mulheres entre a quarta e a sexta décadas de vida. Está associada a um aumento da mortalidade precoce, sobretudo devida a doenças cardiovasculares. Estas resultam não apenas da AR, mas também de outros factores de risco, como a obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial e *Diabetes mellitus*. Nos últimos anos, vários estudos têm tentado estabelecer uma relação de causa-efeito entre a intervenção nutricional e a melhoria da situação inflamatória. Verifica-se em alguns estudos que, apesar da intervenção na dieta produzir apenas melhoria transitória da artrite, parece reduzir a morbilidade cardiovascular.

**Objectivos:** Caracterizar uma população de doentes

com AR quanto ao perfil antropométrico e presença de factores de risco cardiovascular.

**Material e Métodos:** Durante dois meses não consecutivos foi aplicado um protocolo de avaliação clínica a todos os doentes da consulta de Reumatologia do Instituto Português de Reumatologia. Os diagnósticos reumatológico e não-reumatológico foram preenchidos pelo médico reumatologista assistente.

Foram avaliados pela equipa de Nutrição, o Índice de Massa Corporal (IMC), os Perímetros da Cintura e da Anca e a Relação Cintura/Anca, Massa Gorda abdominal, Massa Livre de Gordura e Massa de Água Corporal (TBW). Foram ainda determinados o número de doentes com Diabetes, Hipercolesterolemia e Hipertensão arterial.

**Resultados:** Foram observados 597 doentes com AR, dos quais 502 (84,1%) eram do sexo feminino e 95 (15,9%) do sexo masculino, com uma idade média de  $60,5 \pm 12,6$  anos [23-86]. Apresentavam um IMC médio de  $27,7 \pm 4,8$  Kg/m<sup>2</sup>. Obteve-se uma média de 36,5% de Massa Gorda abdominal e de 45,4Kg de Massa Livre de Gordura. Do sexo feminino, 93% dos doentes apresentavam um TBW inferior ao desejável (50-60%), sendo que 67,4% dos doentes do sexo masculino apresentava também um conteúdo em água inferior ao desejável (60-70%). Relativamente ao IMC, a maioria dos doentes avaliados encontravam-se com Excesso de Peso (43,2%). Cerca de 28,1% apresentava Peso Normal e 19,6% tinha Obesidade Grau I. Quanto aos factores de risco cardiovascular, 69,5% dos doentes apresentava sobrecarga ponderal, 30,3% tinha HTA, 17,2% tinham hipercolesterolemia e 8% eram diabéticos. Dos 95 homens, 71 apresentavam uma Relação Cintura/Anca superior a 0,90 e 52 um Perímetro da Cintura superior a 94cm. Das 502 mulheres, 424 apresentavam Relação Cintura/Anca superior a 0,80 e 398 tinham um Perímetro da Cintura superior a 80cm.

**Conclusão:** Em relação à população portuguesa global, a população de doentes com AR estudada apresenta um maior índice de excesso de peso (43,2% *vs* 15%), obesidade (27,4% *vs* 14%) e Diabetes (8% *vs* 4%). Embora tenha sido encontrada menor prevalência de HTA (30,3% *vs* 44%) e hipercolesterolemia (17,2% *vs* 60%) nos doentes com AR, comparativamente à população portuguesa, esta diferença pode ser consequência de sub-diagnóstico. Para se poder tirar conclusões reais exactas seria importante obter uma população padrão saudável. Cerca de 70% dos doentes estudados têm so-

brecarga ponderal, pelo que uma intervenção nutricional poderá ser útil, quer na redução ponderal, quer relativamente a outros factores de risco (dislipidemias, Diabetes, HTA, etc). Estes resultados permitem supor que a população de doentes com AR tem um risco de doença cardiovascular superior ao da população portuguesa em geral.

#### **P20 – AVALIAÇÃO DA FADIGA EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE SOB TERAPÊUTICA ANTI-TNF $\alpha$**

Ricardo Ornelas Figueira, Manuela Costa, M.V. Queiroz

Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital Santa Maria

**Objectivo:** A fadiga é um importante parâmetro de avaliação clínica da actividade e resposta à terapêutica em doentes com Artrite Reumatóide (AR) e, recentemente, foi também descrito como o melhor item de avaliação de qualidade de vida nestes doentes.

Alguns estudos sugerem que a terapêutica anti-TNF $\alpha$  está associada à melhoria da fadiga mas são ainda insuficientes os dados que suportam esta observação.

**Métodos:** Foi avaliada a fadiga através da escala visual analógica em 23 doentes com AR antes do início da terapêutica e após 6 meses. Estes doentes apresentavam tempos de evolução da doença variáveis, cumpriam os critérios GEAR-SPR para início de terapêutica com agentes biológicos e eram seguidos no Hospital de Dia do Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital Santa Maria.

**Resultados:** Dos 23 doentes observados, 18 (78,26%) eram do sexo feminino e 5 (21,73%) do sexo masculino, com uma média de idades de 58,22 anos e de 50,6 anos, respectivamente. Estavam medicados com Infliximab 15 doentes (65,21%), 80% do sexo feminino e 20% do sexo masculino e com Etanercept 8 doentes (34,78%), 75% do sexo feminino e 25% do sexo masculino.

Do total dos doentes, verificou-se melhoria da fadiga em 14 doentes (60,8%), agravamento em 8 (34,78%) e num doente não se observou qualquer alteração. Nos doentes sob terapêutica com Infliximab observou-se melhoria em 53,33 %, agravamento em 40% e num doente não se verificou qualquer alteração. Nos doentes sob terapêutica com Etanercept observou-se melhoria da fadiga em 75% dos doentes e agravamento em 25%.

**Conclusão:** Observou-se melhoria da fadiga, avaliada por escala visual analógica nesta população de doentes com AR sob terapêutica anti-TNF $\alpha$  e este facto parece ser independente da terapêutica utilizada.

Continuam a ser necessários mais estudos envolvendo amostras maiores e períodos de avaliação mais prolongados e eventualmente com recurso a outras escalas de avaliação da fadiga.

#### **P21 – ANÁLISE DE LÍQUIDOS SINOVIAIS NA UNIDADE DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL**

Ricardo Ornelas Figueira, Herberto Jesus, Alberto Quintal.

Unidade de Reumatologia, Departamento do Aparelho Locomotor, Hospital Central do Funchal

**Introdução:** A análise microscópica do líquido sinovial é um importante teste complementar na avaliação do doente com patologia articular. É usado na Unidade de Reumatologia do Hospital Central do Funchal desde 2001 e tem permitido estabelecer um diagnóstico específico em grande número de casos e noutros, tem contribuído para o diagnóstico diferencial e orientação terapêutica. Os autores apresentaram em 2003 a sua experiência com esta técnica desde que está disponível na sua Unidade.

**Objectivo:** Apresentar a sua experiência na observação microscópica de líquidos sinoviais durante o biénio 2004-2005 e mostrar a influência deste teste na abordagem do doente com patologia reumatológica.

**Método:** Análise retrospectiva dos resultados da observação do líquido sinovial efectuada a 35 doentes referenciados a esta Unidade, utilizando para esse efeito, um microscópio de polarização (Nikon E400 Pol<sup>®</sup>).

Para colheita e confirmação de dados foram também consultados os processos clínicos dos doentes.

**Resultados:** O sexo masculino (57,1%) e o grupo etário 50-59 anos (28,6%) foram os mais prevalentes. Verificámos que a análise do líquido sinovial confirmou o diagnóstico inicial em 6 doentes (17,1%), alterou-o em 17 (48,6%) e foi inconclusiva em 12 (34,3%). Observámos cristais de pirofosfato de cálcio em 10 casos (28,6%), cristais de monourato de sódio em 8 (22,8%), cristais inespecíficos em 7 (20%), cristais de corticoesteróides em 2 (5,7%) e cristais de hidroxiapatite num caso



(2,8%). A análise do líquido foi negativa em 7 casos (20%).

**Conclusões:** A análise do líquido sinovial efectuada na nossa Unidade, provou uma vez mais, ser um teste útil na avaliação do doente reumatológico. Os autores salientam a elevada percentagem de casos em que este teste alterou o diagnóstico inicial.

## P22 – CRITÉRIOS DE RESPOSTA À TERAPÊUTICA ANTI-TNF $\alpha$ NA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

S. Garcês, A. R. Cravo, F. Vinagre, M. J. Santos, J. Canas da Silva

Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta

De acordo com os Consensos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) sobre a utilização de antagonistas do TNF- $\alpha$  na terapêutica da espondilite anquilosante são considerados critérios de resposta a redução no *Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index* (BASDAI)  $\geq$  a 50% relativamente ao valor inicial ou uma melhoria  $\geq$  a 20% do inicial em 3 dos parâmetros sem agravamento superior a 20% no quarto parâmetro do *score* de resposta ASAS. Não está no entanto claro se estas duas formas de avaliação são equivalentes.

**Objectivo:** Avaliar a resposta à terapêutica com infliximab ou etanercept em doentes com diagnóstico de EA utilizando o critério BASDAI e o critério o ASAS. Verificar a percentagem de doentes respondedores segundo cada um dos métodos e avaliar a concordância entre estes dois métodos de avaliação.

**Métodos:** Incluímos 25 doentes com EA sob terapêutica com agentes anti-TNF $\alpha$  há pelo menos 48 semanas, avaliados segundo um mesmo protocolo. O BASDAI, o *Bath Ankylosing Spondylitis Functionality Index* (BASFI), a escala visual analógica (EVA) de dor, a avaliação global da doença pelo doente e a rigidez foram comparados na semana 0, 24 e 48. Avaliámos a percentagem de respondedores e a correlação entre as respostas utilizando os critérios BASDAI 50, ASAS20 e ASAS40.

**Resultados:** Do total de doentes, 18 eram do sexo masculino e 7 do sexo feminino, tinham uma idade média de  $38,68 \pm 10,03$  anos e uma duração média da doença de  $13,92 \pm 8,14$  anos. Dos doentes incluídos 21 estavam sob tratamento com infliximab e 4 sob tratamento com etanercept. As variáveis avaliadas apresentavam os seguintes valores:

Média	Inicial	Semana24	Semana48
BASDAI	58,38 $\pm$ 19,87	27,26 $\pm$ 20,24	28,80 $\pm$ 22,11
BASFI	49,90 $\pm$ 25,88	26,60 $\pm$ 18,78	28,23 $\pm$ 18,37
DOR	58,80 $\pm$ 20,55	29,44 $\pm$ 24,80	31,30 $\pm$ 25,22
RIGIDEZ	65,43 $\pm$ 25,06	26,42 $\pm$ 21,53	27,17 $\pm$ 23,37
AV GLOBAL	60,90 $\pm$ 29,17	31,02 $\pm$ 23,94	32,69 $\pm$ 24,02
BASDAI50	–	52%	50%
ASAS20	–	56,52%	50%
ASAS40	–	34,78%	45,45%

A proporção de doentes com resposta utilizando o critério BASDAI 50 ou ASAS 20 é sobreponível. Utilizando o critério ASAS40 a proporção de respondedores é significativamente menor.

**Conclusões:** Os dois métodos de avaliação da resposta à terapêutica antiTNF- $\alpha$  preconizados pelos consensos da SPR mostraram ser equivalentes na prática clínica, sendo que o critério BASDAI 50 é uma forma mais simples de avaliação.

## P23 – DERMATOMIOSITE – CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE REUMATOLOGIA

J. Garcia, P. Monteiro, M. J. Saavedra, I. Cunha, M. J. Salvador, M. Alexandre, L. Inês, J. A. Pereira da Silva, J. Silva, A. Malcata

Serviço de Reumatologia

Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** A dermatomiosite é uma doença sistémica de etiologia desconhecida, cuja principal manifestação clínica é a fraqueza muscular proximal associada a alterações cutâneas, algumas das quais patognomónicas.

**Material e Métodos:** Os autores estudaram, retrospectivamente, os processos clínicos de doentes internados no Serviço de Reumatologia, com o diagnóstico de alta com Dermatomiosite, entre Janeiro de 1996 e Dezembro de 2005. Foram analisados os dados epidemiológicos, intervalo diagnóstico, manifestações clínicas iniciais, alterações laboratoriais, electromiografia, capilaroscopia, biópsias e terapêuticas realizadas, e as complicações observadas.

**Resultados:** Identificaram-se 11 doentes, 9 do sexo feminino (82%) e 2 do sexo masculino (8%), com uma média de idades de 50 anos e um tempo médio até ao diagnóstico de 20 meses. 10 doentes foram classificados como Dermatomiosite Idiopática Primária e um doente apresentou Dermatomiosite associada a LES. As principais manifestações

clínicas observadas foram: *rash* periungueal (73%), fraqueza muscular proximal (64%), *rash* malar (64%), *rash* heliotrópico (45%), fenómeno de Raynaud (45%) e o emagrecimento (45%). Laboratorialmente, verificou-se elevação da creatininafosfoquinase (50%), aldolase (67%), aminotransferases (54%) e da LDH (100%). Os anticorpos anti-nucleares foram positivos em 54% dos casos. A capilaroscopia realizou-se em 54%, com alterações em 50%. A Electromiografia foi efectuada em todos os casos, tendo alterações em 54%. 90% dos doentes foram submetidos a biópsia muscular e 54% a biópsia cutânea sendo diagnósticas em 80% e 50%, respectivamente.

Os doentes realizaram terapêutica com corticosteróides (82%), imunoglobulina endovenosa (45%), azatioprina (45%), metotrexato (36%) e hidroxiclo-roquina (18%), durante um intervalo médio de seguimento de 50 meses. As principais complicações registadas foram de causa infecciosa em 27% dos casos.

**Conclusões:** Registou-se um franco predomínio do sexo feminino e dos casos idiopáticos primários, não se tendo identificado nenhuma síndrome para-neoplásica.

#### P24 – HEPATITE AUTO-IMUNE E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO; CASO CLÍNICO

Florbela Gonçalves, Madalena Santos,  
Anabela Barcelos, Jorge Crespo  
Departamento de Medicina e Unidade de Reumatologia  
Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro

O envolvimento hepático nos doentes com lúpus eritematoso sistémico é relativamente raro. As origens viral, tóxica ou metabólica são as causas mais comuns de elevação das enzimas hepáticas séricas nestes doentes. Contudo, após a exclusão destas etiologias, torna-se por vezes difícil fazer o diagnóstico diferencial entre manifestações hepáticas do lúpus e aquelas causadas por uma doença primária do fígado como é o caso da hepatite auto-imune. Mais raro é, ainda, o aparecimento simultâneo das duas entidades clínicas auto-imunes.

Os autores apresentam o caso de uma jovem de 16 anos de idade que recorre a uma consulta médica por aftose oral e poliartralgias. Os anticorpos anti-nucleares (ANA) foram positivos, assim como os anti-dsDNA, pelo que a doente foi diagnosticada como tendo lúpus. Simultaneamente, verificou-se um aumento progressivo da aspartato amino-

transferase (TGO), da alanina aminotransferase (TGP), da fosfatase alcalina (FA) e da GGT, pelo que foi sujeita a biópsia hepática que revelou necrose extensa dos hepatócitos com infiltração linfoplasmocitária portal severa, aspectos compatíveis com hepatite auto-imune. Os anticorpos anti-músculo liso foram positivos, reiterando o diagnóstico. A doente iniciou um esquema terapêutico de prednisona (30 mg/dia) e de azatioprina (50 mg/dia) com melhoria clínico-laboratorial. Encontra-se a ser seguida em Consulta Externa, estando até ao momento assintomática.

#### P25 – A IMPORTÂNCIA RELATIVA DO DAS 28 NA ARTRITE REUMATÓIDE

Herberto Jesus<sup>1</sup>, Idalina Candelária<sup>2</sup>,  
Cristina Martins<sup>3</sup>, Alberto Quintal<sup>1</sup>

1. Unidade de Reumatologia

2. Consulta Externa

3. Centro Dr. Agostinho Cardoso

Hospital Central do Funchal, Serviço Regional de Saúde E.P.E.

**Introdução:** A SPR/GEAR aconselha a monitorização da Artrite Reumatóide (AR) com avaliações periódicas do DAS 28. Este score foi desenvolvido por Van Riel com o intuito de avaliar de forma mais rigorosa a actividade da doença na AR.

**Objectivo:** Determinar a relevância dos vários constituintes do DAS 28<sub>4v/3v</sub> e sua relação com o «estado clínico».

**Material e Métodos:** Estudo prospectivo de 9 doentes de sexo feminino com AR seguidos na Consulta de Terapêuticas Biológicas do Hospital Central do Funchal nos últimos 3 anos. A média das idades foi 51 anos (29-60) e a média da duração da terapêutica biológica foi 2,4 anos (1-4). A avaliação da actividade da doença era efectuada através do DAS 28<sub>4v</sub>.

**Resultados:** A aplicação da análise de regressão à nossa amostra permitiu a estimação de vários modelos tendo como variável explicada (Y) o DAS 28<sub>4v/3v</sub>. Destes o que apresentava o coeficiente de determinação mais elevado (97%) era o modelo que tinha como variáveis explicativas a dor articular, a artrite, a velocidade de sedimentação e o EVA doença. Destas variáveis apenas a dor articular apresentava um  $p=0,02$  (estatisticamente significativo). O modelo estimado para explicar o EVA doença através das variáveis artrite e VS apresentava um coeficiente de determinação muito baixo (59%).

**Conclusões:** Apesar de insuficiente o DAS 28<sub>4v</sub> continua a ser o «gold standard» da avaliação na AR. O DAS 28 depende estatisticamente do valor da dor articular, este facto poderá fornecer avaliações incorrectas acerca do «verdadeiro estado clínico». A análise do número de articulações edemaciadas e da velocidade de sedimentação deverão ser consideradas como factor complementar e correctivo desta “deficiência» do DAS 28<sub>4v</sub>.

**P26 – AVALIAÇÃO DA REPERCUSSÃO DO INFLIXIMAB EM DIFERENTES ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS, EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE E ESPONDILITE ANQUILOSANTE, AMBIENTE DE HOSPITAL DE DIA**

Maria dos Anjos Jesus<sup>1</sup>, Rosa Branca dos Santos Pinheiro<sup>2</sup>

1. Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina do Hospital de S. Sebastião

2. Enfermeira Graduada e Responsável do Hospital de Dia do Serviço de Medicina do Hospital de S. Sebastião

Com a elaboração deste trabalho, pretendemos apresentar a melhoria da qualidade de vida do doente, com Artrite Reumatóide e Espondilite Anquilosante submetido ao tratamento de Infiximab, em regime de Hospital de Dia. Recorremos à exposição de um poster para melhor ilustrar as (re)conquistas dos doentes na realização de algumas Actividades de Vida Diárias antes e depois de serem submetidos ao Infiximab em regime de manutenção. A análise efectuada, consiste na tradução da aplicação de questionários telefónicos durante o mês de Janeiro/Fevereiro de 2006. (Não tem em conta o tempo de evolução da patologia que o mesmo padece).

São doentes seguidos na Consulta de Reumatologia do Hospital de S. Sebastião onde, o doente é o centro dos cuidados e filosofia preconizada na missão do Hospital.

Devido às características inerentes às diversas patologias e formas terapêuticas, aliando-se a humanização dos cuidados e rentabilização de custos, houve a necessidade de criar um sector, de atendimento com carácter programado, de modo a garantir a segurança e o bem estar dos doentes. Aqui, o enfermeiro tem um papel crucial, uma vez que é o responsável pelas boas práticas na preparação e administração da terapêutica em questão.

É, a ele também, que os doentes relatam a maioria das diferenças sentidas no seu dia-a-dia. A sua competência passa também por um conjunto de

acções junto da equipa médica de referência ou outro elemento da equipa multidisciplinar de forma a assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e o envolvimento da família.

**P27 – AVALIAÇÃO DE QUALIDADE AOS PROCESSOS CLINICOS DOS DOENTES COM ESCLEROSE SISTÊMICA NUMA CONSULTA DE REUMATOLOGIA**

M. Mateus, A.C. Alves de Matos, J.C. Branco

Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (Hospital Egas Moniz)

**Objectivos:** A esclerose sistémica (SS) é uma doença multisistémica do tecido conjuntivo, em que a grande diversidade de manifestações ao longo da sua evolução constitui um desafio à boa prática médica. Em 2003 foram publicadas as variáveis clínicas, os métodos e os procedimentos que se deveriam utilizar para a avaliação dos doentes com esclerose sistémica. Os autores pretenderam assim avaliar segundo estes padrões a actual prática médica relativa a estes doentes praticada no seu Serviço, com o objectivo final de uniformizar posteriormente esta avaliação na clínica diária.

**Métodos:** Foi elaborado um protocolo de auditoria para os doentes com o diagnóstico de esclerose sistémica seguidos em consulta externa de reumatologia, em que se avaliou, apenas com base na informação fornecida pelos processos clínicos, a idade, o sexo, o tempo de duração da doença, a observância dos critérios de classificação da SS do ACR, major e minor, a sub-classificação em cutâneo-difusa ou cutâneo-localizada, a presença dos AAN, Anti-centrómero ou Anti-SCL70, o índice cutâneo de Rodnan modificado, o índice de actividade da doença, o índice de gravidade por órgão e a realização anterior de capilaroscopia.

**Resultados:** Dos 16 doentes (15 do sexo feminino) seguidos em consulta, não foi possível apurar o tempo de duração da doença em 2 deles. Em 13,3% (2) dos doentes não existiam dados para determinar os critérios major de classificação, e nos critérios minor verificou-se inexistência de informação relativa a esclerodactilia, cicatrizes/úlceras digitais, fibrose pulmonar, respectivamente em 6,3%, 21,4% e 25%. Um total de 13 doentes foi classificado pelos autores como SS cutâneo-localizada, 11 dos quais tinham sido inicialmente diagnosticados como CREST. Destes, 5 doentes não cumpriam os critérios de classificação do ACR, tendo o diagnóstico sido baseado na presença de Ac.Anti-centró-

mero, fenómeno de Raynaud e capilaroscopia. Apenas em 50% dos doentes foi realizado o índice cutâneo de Rodnan, e o DAS28 não foi realizado em qualquer dos doentes com artrite. O índice de actividade da doença só foi possível determinar em 7 doentes, e o índice de gravidade por órgão não foi possível determinar para os sistemas vascular periférico, pele, articular, músculo, tracto GI, pulmão e coração em 31%, 50%, 50%, 18,8%, 37,5%, 25%, 25% dos doentes, respectivamente. Só 4 doentes realizaram capilaroscopia, que foram compatíveis com um padrão de SS.

**Discussão:** Verificou-se que a avaliação dos doentes com SS não era efectuada de modo uniforme entre os reumatologistas, e mesmo em consultas consecutivas do mesmo doente com o seu médico existia falha na metodologia. Os resultados desta auditoria revelaram a necessidade de instituir um protocolo de avaliação já elaborado, com métodos e procedimentos validados e publicados por uma equipa de especialistas internacionais, com o objectivo de melhorar a prática médica.

#### **P28 – ALTERAÇÕES CLIMATÉRICAS, DOENÇA E DOR: A PERCEPÇÃO DOS DOENTES COM AR E OA**

L Miranda<sup>1</sup>, M Parente<sup>1</sup>, J Saraiva Ribeiro<sup>1</sup>, S Cortes<sup>1</sup>, M Mediavilla<sup>1</sup>, C Silva<sup>1</sup>, D Medeiros<sup>1</sup>, F Barcelos<sup>1</sup>, M Sousa<sup>1</sup>, C Miguel<sup>1</sup>, P Coelho<sup>1</sup>, J Vaz Patto<sup>1</sup>, H Santos<sup>1</sup>, E Simões<sup>1</sup>, M Silva<sup>1</sup>, H Madeira<sup>1</sup>, J Ferreira<sup>1</sup>, R Leitão<sup>1</sup>, M Micaelo<sup>1</sup>, V Las<sup>1</sup>, A Faustino<sup>1</sup>, R Figueiredo<sup>1</sup>, J Figueirinhas<sup>1</sup>, A Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

**Introdução:** A dor é uma experiência sensorial complexa que se relaciona com várias dimensões dum indivíduo: física, psicológica, social entre outras. Da nossa prática clínica diária os doentes referem alteração da dor e da actividade da doença com alterações climáticas. Da literatura temos que a maior parte dos doentes refere alterações da sua doença com as alterações climatéricas sendo a temperatura baixa e a humidade as situações que mais influenciam a dor em doentes crónicos.

**Objectivos:** Correlacionar a percepção de dor e rigidez sentidas e as alterações climatéricas numa população de doentes com AR e OA.

**Material e Métodos:** Este estudo decorreu no Instituto Português de Reumatologia (IPR), tendo sido observados todos os doentes que recorreram à consulta externa de reumatologia, durante cerca de 1

mês. Foi aplicado um protocolo de avaliação da percepção dos doentes relativamente à relação entre a dor, doença e rigidez e as alterações climatéricas de auto-preenchimento, com o diagnóstico reumatológico, preenchido pelo médico reumatologista assistente.

**Resultados:** Seleccionaram-se 214 doentes com AR (172 mulheres e 42 homens) e 280 (249 mulheres e 31 homens) com OA.

A maioria dos doentes acredita que a sua doença é influenciada pelo tempo 50% dos doentes (entre o percentil 25 e 75) acredita que influencia pouco, alguma coisa ou bastante. Se compararmos o grupo de doentes com OA e o grupo com AR, apresenta uma diferença significativa, com a mediana na resposta 3 (Alguma coisa Influenciada) para a AR e na resposta 4 (Bastante Influenciada) para a OA. A convicção de que a doença é influenciada pelo tempo é mais expressiva na OA ( $p=0,007$  por qui-quadrado). Não existe diferença entre estes 2 grupos em relação ao tempo seco (em que a resposta mediana é a 3- Ficam na mesma), tempo húmido (em que a resposta mediana é a 2 - Ficam piores), temperaturas altas (em que a mediana é a resposta 3 - Ficam na mesma). Apesar de a resposta mediana da influencia de temperaturas baixas ser apenas de 2 (Ficam piores), a convicção de que as temperaturas baixas influenciam a doença é mais significativa na AR ( $p=0,001$ ). A influencia da chuva apresenta resposta mediana 3 (Ficam na mesma), sem diferença significativa entre ambos os grupos. A análise dos meses piores para a doença revela diferenças significativas entre as duas patologias nos meses de Fevereiro ( $p=0,02$ ), Março ( $p=0,03$ ), Outubro ( $p=0,008$ ), Novembro ( $p=0,044$ ) e Dezembro ( $p=0,017$ ), em que maior percentagem de doentes com OA sente agravamento de sintomatologia, em relação aos doentes com AR. A influencia do tempo na rigidez matinal não apresenta diferenças nas duas populações, nem o tempo quente, seco, húmido ou chuvoso (cuja influencia não parece significativa na maioria dos doentes).

**Conclusão:** Os resultados apresentados vêm confirmar que em ambas as doenças (AR e OA) parece existir uma alteração da percepção da dor e da doença com as alterações climatéricas. Esta é maior na OA em comparação à AR sendo que o tempo húmido e as temperaturas baixas são, tal como na literatura, parecem ser os factores que mais influenciam ambas as doenças sendo que as temperaturas baixas parecem influenciar ainda mais os doentes com AR.

**P29 – ASSOCIAÇÃO ENTRE PRESENÇA DE FACTORES REUMATÓIDES NO SORO E RESPOSTA À TERAPÊUTICA BIOLÓGICA EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE.**

Ana Filipa Mourão<sup>1</sup>, F. Pimentel dos Santos<sup>1,3</sup>, Walter Castelão<sup>1</sup>, Patrícia Nero<sup>1</sup>, Rita Barros<sup>1</sup>, Sandra Falcão<sup>1</sup>, João Eurico Fonseca<sup>2</sup>, Manuela Parente<sup>3</sup>, A. Alves de Matos<sup>1</sup>, Jaime Branco<sup>1</sup>.

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), Hospital Egas Moniz, EPE, Lisboa

2. Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, EPE, Lisboa

3. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

**Objectivo:** Analisar em que medida a presença de factores reumatóides (FR) no soro dos doentes com Artrite reumatóide (AR) influencia a resposta obtida com os diferentes agentes biotecnológicos, nomeadamente infliximab, adalimumab e etanercept.

**Material e Métodos:** Neste estudo recrutaram-se de forma consecutiva os doentes seguidos na Consulta Externa do Serviço de Reumatologia do CHLO, Hospital de Egas Moniz, com o diagnóstico de AR, medicados com agentes biotecnológicos. Foi aplicado, de forma transversal, um protocolo que permitia a avaliação de dados demográficos, clínicos (contagem do número de articulações dolorosas e tumefactas, escala visual analógica da avaliação da actividade da doença pelo doente) e laboratoriais, que permitiam calcular o DAS 28. Registaram-se ainda as terapêuticas concomitantes e a presença/ausência de FR no soro.

**Resultados:** Dos 57 doentes avaliados, 52 eram do sexo feminino, e, o tempo médio de duração de terapêutica biológica foi de  $30,9 \pm 15,9$  meses. Vinte e quatro doentes estavam medicados com infliximab, 17 com adalimumab e 16 com etanercept. Quarenta e dois doentes tinham FR detectáveis no soro (grupo FR+) e 15 não tinham (grupo FR-). No grupo com FR positivos, a variação do DAS 28 (DAS 28 actual – DAS 28 inicial) foi de  $1,76 \pm 1,53$  vs  $1,04 \pm 1,76$  no grupo FR - ( $p=0,066$ ). O tempo médio de duração de terapêutica biológica foi semelhante nos dois grupos ( $31,9 \pm 15,9$  vs  $29,5 \pm 16,16$  meses). Trinta e um doentes faziam medicação concomitante com metotrexato (dose média: 14,7 mg) no grupo FR+ vs 10 (dose média: 13 mg) no grupo FR- e 31 doentes eram medicados com prednisona (dose média: 6,5 mg) no grupo FR+ vs 15 (dose média: 6,3 mg) no grupo FR-.

**Conclusões:** Estes resultados sugerem que o grupo

de doentes com FR detectáveis no soro, apresentaram uma tendência para uma melhor resposta aos agentes biotecnológicos, embora a diferença não seja estatisticamente significativa. Apesar de necessitarem de confirmação com uma amostra de maiores dimensões, estes resultados sugerem que os FR possam ser um indicador de melhor resposta à terapêutica com bloqueadores do TNF $\alpha$ , sustentando outros estudos publicados.

**P30 – ARTRITE REUMATÓIDE E LINFOMA: O ELO DO RITUXIMAB COM A REUMATOLOGIA**

P. Nero, J.E. Fonseca, A. Alves de Matos, J.C. Branco

Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, EPE

**Introdução:** A terapêutica com rituximab, um anticorpo monoclonal quimérico anti CD20, depletor de linfócitos B, tem uma larga experiência de utilização nos linfomas. Na Artrite Reumatóide (AR), particularmente nas formas mais graves e com maior tempo de evolução existe um aumento da incidência de linfomas, tendo sido essa coincidência de patologias que expôs os primeiros doentes com AR ao rituximab. Esta terapêutica não está ainda aprovada na AR e o nosso país não participou ensaios clínicos com este fármaco. Parece-nos por isso relevante reportar a nossa experiência de uso do rituximab em 2 doentes com AR e linfoma.

**Casos clínicos:** Caso clínico 1: doente do sexo masculino, 60 anos, AR com factores reumatóides (FR) detectáveis no soro e erosiva, com 20 anos de evolução. Tinha feito anteriormente terapêutica com sulfassalazina (SLZ) que interrompeu por trombocitopenia, metotrexato (MTX) que foi ineficaz, associação de MTX com hidroxicloroquina (HQ) que interrompeu por retinopatia e a associação MTX e SLZ que também não foi eficaz no controlo da actividade da doença. Em Janeiro de 2005 iniciou quadro de dor nos quadrantes superiores do abdómen com perda ponderal acentuada, sem febre. Realizou tomografia axial computadorizada toraco-abdomino-pélvica que mostrou várias adenopatias torácicas, mediastínicas e abdominais e uma massa epigástrica que se biopsou. O exame histológico confirmou um linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células, CD20+, em estadio IV B. O mielograma e a biópsia óssea foram normais. Realizou 8 ciclos de terapêutica combinada de rituximab com CHOP, entre 2.02.2005 e 5.07.2005, estando a doen-

ça hematológica em remissão e tendo-se registado uma melhoria clínica muito significativa da AR.

Caso clínico 2: doente do sexo feminino, 75 anos, AR com 10 anos de evolução, sem factores reumatóides detectáveis no soro, erosiva e com amiloidose secundária. Tinha feito anteriormente terapêutica com sais de ouro que interrompeu por diarreia, MTX em monoterapia e posteriormente em terapêutica combinada com SLZ e HQ, que foram ineficazes. Em Abril de 2002 iniciou anakinra, com ligeira melhoria clínica que suspendeu no final de Setembro por aparecimento de massa na face antero-interna da coxa esquerda, eritematosa e de consistência dura, cuja biópsia revelou tratar-se de um linfoma de células B, CD20+. Em Fevereiro de 2003 fez tratamento com rituximab, apresentando inicialmente um DAS28 de 7,05, que melhorou progressivamente após o tratamento, embora mantendo sempre valores entre 5 e 6. Por recidiva do linfoma repetiu o tratamento com rituximab em Junho de 2004, desta vez com uma resposta mais favorável, com um DAS de 4,05, 2 meses depois. Actualmente o linfoma encontra-se em remissão, mas mantém actividade da AR, embora esteja apenas medicada com prednisona.

**Discussão:** Estes casos clínicos alertam-nos para as apresentações pleomórficas dos linfomas na AR e para a necessidade desta hipótese diagnóstica ser pensada perante manifestações atípicas da doença. Por outro lado constituíram uma oportunidade de testemunhar a resposta da AR ao rituximab, que, de acordo com o que tem sido sugerido, foi mais evidente no doente que apresentava FR.

### P31 – DISLIPIDÉMIA NAS MULHERES EM PÓS-MENOPAUSA COM OSTEOPOROSE

Neves JS, Dinis da Costa AT, Coelho AM, Pauleta J e Pereira Coelho AM

Serviço de Obstetrícia e Ginecologia – HS Maria Lisboa  
Clínica Universitária de Obstetrícia e Ginecologia – FM de Lisboa

**Introdução:** Alguns estudos clínicos mostram a associação da osteoporose, aterosclerose e mortalidade cardiovascular. Apesar de valores séricos elevados de LDL e valores reduzidos de HDL constituírem factores de risco cardiovascular ainda não está bem estabelecida a sua relação com a patogénese da osteoporose. Pretendemos neste estudo avaliar o perfil lipídico nas mulheres em pós-menopausa com diagnóstico simultâneo de dislipidémia

e osteoporose.

**População e métodos:** Estudamos 26 mulheres em pós-menopausa com o diagnóstico de osteoporose e dislipidémia. O diagnóstico de osteoporose foi realizado mediante os critérios internacionalmente aceites e baseado na avaliação da DMO por DEXA. O diagnóstico da dislipidémia foi baseado nas recomendações da NCEP-ATP III. Foram registados parâmetros como idade, menarca, menopausa, idade reprodutiva, valor da DMO, *t score* e *z score* (basal), valores séricos do colesterol total (CT), triglicéridos (TG), HDL e LDL colesterol (mg/dL) e ainda da ApoB (g/L). Os resultados estão representados em valores de média±desvio-padrão.

**Resultados:** Os dados epidemiológicos globais são os seguintes: idade 62.8±6.91, menarca 13.6±1.29, menopausa 48.8±4.88 e idade reprodutiva 35.2±4.86 anos e índice de massa corporal de 27.2±4.08 Kg/m<sup>2</sup>. Os valores da DMO são os seguintes: **valores basais** - Coluna lombar 0.812±0.103 g/cm<sup>2</sup> (*t score* médio de -2.7 e *z score* médio de -1.1) e Colo do fémur 0.727±0.13 g/cm<sup>2</sup> (*t score* médio de -1.9 e *z score* médio de -0.5). Perfil lipídico: CT 248.8±42.2, TG 130.8±63.1, HDL 64.4±21.1, LDL 154.2±30 mg/dL e ApoB 1.25±0.21g/L.

**Conclusões:** Nesta população de mulheres pós-menopausa com osteoporose e dislipidémia constatámos a existência de valores do perfil lipídico superiores aos limites recomendados pela NCEP-ATP III (normalidade CT até 189, TG até 77 e LDL até 108mg/dL); o que corrobora com as observações já realizadas da relação entre a diminuição da massa óssea com alterações anormais dos lípidos séricos.

### P32 – ARTROPATIA SERONEGATIVA COMO APRESENTAÇÃO DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

P. Pereira, R. Pinho, M. Alves, P. Valente

Serviço de Medicina Interna  
Hospital de São Sebastião – Feira

A apresentação de poliartrite seronegativa como manifestação inicial de neoplasia é muito rara. Os doentes que a apresentam são geralmente mais velhos, têm artrite assimétrica e um início explosivo.

Os AA apresentam o caso de uma doente de 59 anos com antecedentes de Diabetes Mellitus insulino tratada, anemia ferripriva e osteoporose. Iniciou queixas de poliartrite simétrica aditiva, seronegativa e emagrecimento. Apresentou isquemia dos dedos do membro inferior direito, tendo efectuado amputação parcial do pé direito, cuja anatomo-

mia patológica revelou vasculite inespecífica. Diagnosticou-se adenocarcinoma gástrico estadio avançado, tendo ainda efectuado 4 ciclos de quimioterapia, vindo a falecer 6 meses após o início da primeira manifestação (poliartrite).

Os AA propõe o caso pela forma invulgar de apresentação.

### **P33 – CERVICO-BRAQUIALGIA REVELADORA DE UMA NEOPLASIA OCULTA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

S. Pimenta<sup>1</sup>, A. Castanheira-Vale<sup>2</sup>, I. Brito<sup>1</sup>, J. Barroso<sup>3</sup>, J. Pinto<sup>1</sup>, J. Brito<sup>1</sup>, A. C. Saraiva<sup>2</sup>, F. Simões-Ventura<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital São João, Porto

2. Serviço de Cirurgia A, Hospital São João, Porto

3. Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Hospital São João, Porto

As cervico-braquialgias (CB) são, na maioria dos casos, resultantes de alterações mecânicas da coluna cervical. Mais raramente podem estar em causa formas secundárias, como processos infecciosos, tumorais primários ou metastáticos.

Trata-se de um doente de 49 anos, hipertenso, fumador (20 cig/dia), que iniciou de forma insidiosa, um mês antes do internamento, uma cervico-braquialgia à esquerda, com hipostesia da região cubital. Não apresentava alterações do estado geral, febre ou manifestações extra-raquidianas. Dada a má resposta ao tratamento sintomático (AINE's) e tratamento de índole físico e perante um RX da coluna cervical aparentemente normal, fez RMN da coluna cervico-dorsal que revelou lesões líticas de vários corpos vertebrais (C7 a D6), com uma massa paravertebral esquerda estendendo-se para os buracos de conjugação, envolvendo os trajectos radiculares. Analiticamente: sem anemia; VS: 41mm/1<sup>a</sup>h; PCR: 37.5 mg/L; leucocitose: 17.42 x 10<sup>9</sup> /L; neutrofilia: 14.8x10<sup>9</sup> /L; G-GT: 251U/L (10-49); DHL: 338U/L (135-225); FA: 193 U/L (44-155); cálcio total: 5.1 mEq/L (4.2-5.2); cálcio ionizado: 1.10 mmol/L (1.13-1.32). Ausência de gamapatia monoclonal. Aspirado medular e Bx óssea: medula hiperreactiva, sem evidência de células malignas/mieloma. A TAC toraco-abdominal evidenciou múltiplas lesões nodulares hepáticas, pulmonares, das glândulas supra-renais e na cabeça do pâncreas. A biopsia das lesões hepáticas revelou uma neoplasia maligna multifocal, com características de carcinoma, sem estigmas óbvios de diferenciação. A ecografia tiroideia mostrou vários nódulos sendo o

de maior diâmetro de 12 mm e tendo sido inconclusiva a punção biopsia aspirativa. A endoscopia digestiva alta, colonoscopia, ecografia prostática e testicular não mostraram alterações. A broncofibroscopia foi normal tendo sido negativa para pesquisa de células malignas. Dado o agravamento do quadro neurológico foi submetido a radioterapia cervico-dorsal, tendo sido ponderado o início de quimioterapia para carcinoma oculto. Após 1<sup>a</sup> sessão de quimioterapia houve degradação do estado geral com aparecimento de infecção respiratória fúngica e doença inflamatória peri-anal grave com incontinência de esfíncter, pelo que teve de ser submetido a uma colostomia. Pouco tempo depois o doente faleceu com edema agudo do pulmão.

Este caso paradigmático vem demonstrar-nos a complexidade e gravidade que, por vezes, uma sintomatologia clínica frequente em Consulta de Reumatologia pode revelar, daí a necessidade de uma investigação clínica conveniente para o despiste de situações menos comuns.

### **P34 – CLÍNICA DE ARTRITES INICIAIS – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE UMA POPULAÇÃO PORTUGUESA**

*Grupo de Estudos das Artrites Iniciais do IPR*

F.M. Pimentel dos Santos<sup>1</sup>, Manuela Parente<sup>1</sup>, R. Figueiredo<sup>1</sup>, Sara Cortes<sup>1</sup>, M. Sousa<sup>1</sup>, F. Barcelos<sup>1</sup>, D. Medeiros<sup>1</sup>, J. Saraiva Ribeiro<sup>1</sup>, Helena Madeira<sup>1</sup>, Augusto Faustino<sup>1</sup>, J. Vaz Patto<sup>1</sup>.  
1. Assistente de Reumatologia do IPR

**Introdução:** Os conhecimentos actuais apontam para que o diagnóstico numa fase precoce da evolução da doença e um tratamento adequado em tempo útil são factores condicionantes de um melhor prognóstico. No IPR foi criada uma consulta de artrites iniciais visando alcançar aqueles objectivos. Pretende-se neste trabalho caracterizar em termos epidemiológicos os doentes referenciados.

**Material e Métodos:** Foram avaliados de forma sistemática, com base nos dados obtidos através de um inquérito, os doentes referenciados à consulta de Janeiro de 2004 a Dezembro de 2005.

**Resultados:** Foram avaliados 65 doentes (52 do sexo feminino) com idades de 48 ± 15,8 anos. Estes doentes tinham em média 8 anos de escolaridade 37,3% tinham formação inferior a 4 anos e 20,3% formação superior. A generalidade dos doentes trabalha (35 doentes – 53,9%), 15 doentes (22,9%) estão reformados (apenas 6 por doença reumática), 5 (7,7%) estavam de baixa e apenas 3 (4,6%) de-

sempregados. Referiram problemas familiares 18,5%, laborais 14,0 %, pessoais 12,2 % nos seis meses prévios ao início dos primeiros sintomas. A duração média dos sintomas foi de  $15,9 \pm 10,0$  meses (oscilando entre 3–24 meses). O número médio de articulações dolorosas foi de  $10,2 \pm 11,12/64$  e de articulações tumefactas de  $4,13 \pm 6/64$ . AVS média apresenta valores de  $36,6 \pm 28,7$  e a pcr média de  $1,56 \pm 2,8$  mg/dl. Os factores reumatóides eram positivos em 53,2% dos doentes e os ANAs em 59%. Na 1ª consulta foram classificados como artrites indiferenciadas 35 (53,8%) dos doentes e 19 (29,2%) como artrites reumatóides. A dor avaliada por escala visual analógica assumiu o valor médio de  $42,5 \pm 29,4$  mm. O HAQ médio foi de  $0,95 \pm 0,59$  encontrando-se 63,8% dos doentes no estado funcional I e apenas 8,7 % nos estádios III e IV.

**Conclusões:** A população de doentes por nós observada apresenta algumas características diferentes em relação a outras séries descritas na literatura. Realça-se a elevada percentagem de artrites indiferenciadas na primeira observação, o que levanta muitas vezes problemas em relação à abordagem terapêutica.

#### P35 – ARTRITE PSORIÁTICA E IMUNODEFICIÊNCIA

##### COMUM VARIÁVEL: UM CASO CLÍNICO

Patrícia Pinto, Daniela Malheiro,  
Francisco Simões Ventura

Serviço de Reumatologia, Serviço de Imunoalergologia,  
Hospital de São João, Porto.

**Introdução:** A Imunodeficiência Comum Variável (CVID) é a imunodeficiência primária mais frequente na idade adulta com igual distribuição em ambos os sexos. As manifestações clínicas mais características são as infecções das vias aéreas superiores mas as patologias auto-imunes ou as doenças granulomatosas podem ser a forma de apresentação ou podem se manifestar no decurso da evolução da CVID.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso clínico de um doente com 34 anos, com síndrome de imunodeficiência comum variável e artrite de ambos os joelhos, com derrame articular de características inflamatórias. Foi realizada sinoviórtese química com hexacetonide de triancinolona em ambos os joelhos, com melhoria clínica. Um ano depois e no decurso de recidiva de artrite do joelho direito foi diagnosticada psoríase e estabelecido o diagnóstico de artrite psoriática. A introdução

de sulfasalazina na dose inicial de 500 mg/dia até a dose de 2g/dia permitiu o controle da doença, sem recidiva da artrite.

**Conclusão:** A Artrite Reumatóide e o Lúpus Eritematoso Sistémico foram associados a CVID mas este caso clínico é a primeira descrição desta associação.

#### P36 – APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE NEOPLASIA DO PULMÃO – CASO CLÍNICO

Preto, Ana Sofia<sup>1</sup>; Medeiros, Sónia<sup>1</sup>; Brasil, Gracinda<sup>2</sup>; Ordad, Teodoro<sup>2</sup>; Figueiredo, Guilherme<sup>3</sup>; Miguel, António<sup>4</sup>; Teixeira, Rui<sup>1</sup>; Cruz, Rosa<sup>1</sup>

1. Serviço de Radiologia
2. Serviço de Medicina Interna
3. Serviço de Reumatologia
4. Serviço de Pneumologia, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

**Objectivo:** Caracterização clínica e imagiológica duma apresentação atípica de adenocarcinoma de pulmão.

**Métodos:** Revisão de caso clínico de homem de 61 A, com antecedentes pessoais de dislipidemia e carga tabágica de 125 UMA, assintomático até à altura em que se apresenta no SU do HDES com sinais inflamatórios no punho e carpo direitos, joelho e tornozelo esquerdos que limitavam mobilização activa e passiva. Não apresentava agravamento nocturno ou rigidez matinal, sintomas acompanhantes ou história de queixas constitucionais. Ao exame objectivo, apresentava ainda unhas em vidro de relógio e dedos em baqueta de tambor, sem nódulos subcutâneos ou sinais inflamatórios das interfalângicas proximais, médias e distais.

**Resultados:** Foi investigada a hipótese de neoplasia oculta, após exclusão de patologia auto-imune e infecciosa. Os exames de imagem foram preponderantes no dx e estadiamento da neoplasia pulmonar, tendo o dx histológico sido feito por broncofibroscopia com biópsia – adenocarcinoma tubular estadio IV.

**Discussão/Conclusões:** O adenocarcinoma pulmonar está associado a várias manifestações ósseas, quer metastáticas quer paraneoplásicas.

#### P37 – DETERMINANTES DE OSTEOPENIA E OSTEOPOROSE EM MULHERES PÓS-MENOPAÚSICAS

Milton Severo<sup>1</sup>, Lúcia Costa<sup>1,2</sup>, Rui André<sup>1,3</sup>, Henrique Barros<sup>1</sup>



1. Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Porto
2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar do Alto Minho, Ponte de Lima
3. Serviço de Reumatologia, Hospital Militar Principal, Lisboa

**Introdução:** A densidade mineral óssea diminuída é um factor de risco para fractura. Como tal, torna-se importante estudar os determinantes de osteopenia e osteoporose.

**Objectivo:** Avaliar os determinantes de osteopenia e osteoporose em mulheres pós-menopausadas.

**Participantes e Métodos:** A amostra foi composta por 5632 mulheres pós-menopausadas voluntárias recrutadas em centros saúde e postos móveis de diferentes conselhos do país.

Foi recolhida informação sócio-demográfica, comportamental, clínica e de características reprodutivas através de uma entrevista. Mediu-se a densidade mineral óssea em g/cm<sup>2</sup> e dividiu-se as participantes em três grupos: osteoporóticas se a densidade de massa óssea fosse igual ou inferior a 2,5 desvios padrão da média da população jovem de referência nesse local, osteopénicas se a densidade de massa óssea fosse entre 1 e 2,5 desvios padrão inferior a média da população de referência e normal se fosse superior a 1 desvio padrão, como proposto pela Organização Mundial de Saúde. Para avaliar a associação entre os factores de risco e os diferentes grupos usou-se um modelo de regressão logística multinomial.

**Resultados:** As prevalências de osteoporose e de osteopenia foram, respectivamente, de 15,7% (IC95%=[14,8-16,7%]) e 32,0% (IC95%=[30,7-33,2]) nas mulheres pós-menopausadas. Foi encontrada uma associação com a idade (OR=1,09 IC95%=[1,08-1,10] e OR=1,21 IC95%=[1,20-1,23], respectivamente com osteopenia e osteoporose), o índice massa corporal (OR=0,92 IC95%=[0,91-0,94] e OR=0,88 IC95%=[0,86-0,90]), respectivamente com osteopenia e osteoporose), com número de anos entre a menarca e a menopausa (OR=0,98 IC95%=[0,96-0,98] e OR=0,96 IC95%=[0,94-0,97], respectivamente com osteopenia e osteoporose) e com o consumo de leite (para osteopenia OR=0,85 IC95%=[0,74-0,99] e OR=0,84 IC95%=[0,66-1,07] e, para osteoporose, OR=0,95 IC95%=[0,77-1,17] e OR=0,69 IC95%=[0,48-0,98], respectivamente para consumo >0 e <500ml/dia e ≥ 500ml/dia). Não se encontrou qualquer associação com a paridade, com uso de contraceptivos orais, consumo de ta-

baco, consumo de álcool, actividade física e aleitamento.

**Conclusão:** Independentemente do consumo de leite, do IMC e do período fértil, a idade tem a associação mais importante para as mulheres pós-menopausadas. Os resultados mostraram que o risco de ser osteoporótica aumenta significativamente mais com idade que o risco de ser osteopénica o que sugere que a osteopenia é um estadio intermédio para a osteoporose.

### P38 – ALGORITMO PARA O RASTREIO DA OSTEOARTROSE DO JOELHO, COLUNA, MÃO E ANCA

Milton Severo<sup>1</sup>, Raquel Lucas<sup>1</sup>, Lúcia Costa<sup>1,2</sup>, Rui André<sup>1,3</sup>, Henrique Barros<sup>1</sup>

1. Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Porto
2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar do Alto Minho, Ponte de Lima
3. Serviço de Reumatologia, Hospital Militar Principal, Lisboa

**Introdução:** A osteoartrose é seguramente uma das patologias reumáticas mais comuns. Um algoritmo para o rápido rastreio dos doentes seria de grande utilidade.

**Objectivo:** Construir um algoritmo de rastreio da osteoartrose do joelho, da mão, da coluna e da anca.

**Participantes e Métodos:** Duzentos e quinze participantes do estudo EpiPorto responderam a um questionário estruturado sobre articulações e foram submetidos a um exame clínico e radiológico para diagnóstico de osteoartrose.

Idade, sexo e seis perguntas específicas sobre dor foram usadas para construir um algoritmo de diagnóstico de osteoartrose, usando as seguintes abordagens: árvores de classificação, modelos lineares generalizados, *support vector machines*, discriminantes quadráticos, discriminantes lineares e naive Bayes.

Para avaliar os algoritmos utilização validação cruzada com 10 grupos (*10-fold*) de tamanho igual e a área sob as curvas ROC e o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%).

**Resultados:** Não foram encontradas diferenças significativas entre os diferentes algoritmos de diagnóstico de osteoartrose. A área sob a curva ROC para o melhor algoritmo foi: 0,85 (IC95%=[0,80-0,90], naive Bayes) para o joelho, 0,84 (IC95%=[0,79-0,90], naive Bayes) para a mão; 0,77 (IC95%=[0,71-0,84], *support vector machine*) para a coluna;

e 0,82 (IC95%=[0,74-0,89], naive Bayes) para a anca.

**Conclusão:** Os resultados mostraram que se pode aplicar, como um primeiro passo, um algoritmo de rastreio simples para o diagnóstico de osteoartrose.

### P39 – AVALIAÇÃO DE UMA CONSULTA DE TRIAGEM

Miguel Sousa<sup>1</sup>, Cláudia Miguel<sup>1</sup>, Sara Cortes<sup>1</sup>,  
Rui Figueiredo<sup>1</sup>, Helena Santos<sup>2</sup>,  
Augusto Faustino<sup>2</sup>, Eugénia Simões<sup>2</sup>, Ana Teixeira<sup>2</sup>  
1. Internos de Reumatologia  
2. Reumatologistas do Instituto Português de Reumatologia

**Objectivos:** Este estudo procurou caracterizar uma amostra de doentes que recorrem a uma Consulta de Triagem de Reumatologia. Analisar a prevalência das patologias em causa, o tempo de espera após referência e o grau de correlação entre o diagnóstico de presunção do médico que referencia e o diagnóstico estabelecido pelo Reumatologista.

**Metodologia:** Neste trabalho foram analisadas todas as consultas de Triagem realizadas por um Reumatologista desde 12/09/2003 a 14/10/2005. Analisaram-se as diferentes patologias reumáticas e aferiu-se o conjunto de informações clínicas, laboratoriais e imagiológicas que acompanham o pedido de Consulta.

**Resultados:** Durante este período de 2 anos foram avaliados 464 doentes com 54 anos de média de idade sendo 83,7% do sexo feminino. Metade dos doentes foi observada até aos 3,5 meses (33% do total dos doentes foi observado entre os 2 e 3 meses). Dos 464 doentes observados foram inscritos 325 (70%) para seguimento em Consulta de Reumatologia e 51 (11%) tiveram «alta» com indicação para serem seguidos pelo seu Médico Assistente. Verificou-se que, em média, o doente apresentava sintomatologia com cerca de 5 anos de evolução. O valor mínimo foi de 1 mês e o máximo de 32 anos. Verificou-se que o sintoma «artralgias» estava presente em 94% dos casos referenciados mas, em apenas 38% dos casos o ritmo das mesmas foi explicitado. Metade das cartas de referência contém apenas sinais ou sintomas, não especificando quais as hipóteses diagnósticas. O sintoma isolado «poliartralgias» estava presente em 46% dos casos; seguido das hipóteses «artrite» (14%); «Artrite Reumatóide» (13%) e osteoartrose (6%).

Dos doentes observados pelo reumatologista foram realizados, essencialmente, 728 diagnósticos: artrite/poliartrite (31%); osteoporose/osteopénia

(11%); osteoartrose (10%); espondiloartropatias (9%) e fibromialgia/síndrome músculo-esquelético difuso (7%).

Verificou-se uma concordância diagnóstica entre o médico que referencia o doente e o reumatologista em 45% dos casos.

Relativamente aos exames complementares pedidos pelo médico que referenciou o doente e pelo Reumatologista salienta-se: o pedido de cintigrafia óssea em 50% das consultas de triagem (este é considerado um bom teste de rastreio de patologia inflamatória osteo-articular).

**Conclusão:** Destaca-se a importância deste tipo de consulta, pois isso permitiu um acesso mais rápido à consulta de Reumatologia. Verificou-se que a informação fornecida pelos médicos que referenciam doentes para a Consulta de Reumatologia é muitas vezes insuficiente e o grau de concordância diagnóstica baixo; Propõe-se um reforço da comunicação entre médicos e um reforço de acções de formação contínua nesta área.

### P40 – DIABETES INSÍPIDA COMO APRESENTAÇÃO DE HISTIOCITOSE – UM CASO CLÍNICO

T.Videira<sup>1</sup>, E.Mariz<sup>1</sup>, S.Pimenta<sup>1</sup>, F.Brandão<sup>1</sup>,  
A. Pinto<sup>1</sup>, J.Brito<sup>1</sup>, F. Simões Ventura<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital de São João, Porto

Doente, sexo feminino, 50 anos, caucasóide, com antecedentes de diabetes insípida diagnosticada há 16 anos e hipoacusia. Assintomática até 2000, altura em que iniciou gonalgia esquerda, discreta, de ritmo mecânico com evolução de cerca de 3-4 meses e com resolução completa após curto período de anti-inflamatório oral. Sem outro tipo de queixas. Recidiva da gonalgia em Setembro de 2003.

Ao exame físico não apresentava alterações, nomeadamente a nível geral, osteoarticular e neurológico.

Analiticamente apresentava um síndrome inflamatório biológico (aumento da VS 57 mm/s e PCR 25,2 mg/dl); PTH intacta e calcitonina diminuídas; Fosfatase alcalina, função renal, hepática e metabolismo fosfocálcio normal; Sedimento urinário normal; Função tiroideia, imunologia e estudo da coagulação normal.

Do estudo radiológico ósseo efectuado salientam-se nas extremidades distais dos fémures e proximais dos úmeros: «alterações morfológicas sobretudo estruturais, de aspecto heterogéneo, com áreas dispersas líticas e escleróticas e com nítida

demarcação de áreas sãs».

O cintilograma ósseo revelou: «...hiperfixação na projecção dos rádios, epífises proximais dos úmeros, L5 – S1, sacroilíacas, metade direita de ambos os fémures, epífise proximal do perónio direito e calcâneo direito...». Foi efectuada RMN do joelho esquerdo e Biópsia óssea incisional na extremidade distal do fémur esquerdo cujas alterações eram compatíveis com histiocitose de células de Langerhans – nomeadamente presença de grânulos de Birbeck e coloração positiva para a proteína S-100 e para o antígeno (D1a).

O restante estudo efectuado (ECG, ecocardiograma, Rx tórax, PFR, ecografia e TC abdominal) foi negativo.

Neste momento a doente aguarda os resultados de novo estudo endocrinológico e a realização de RMN cerebral.

#### **P41 – CAPILAROSCOPIA EM REUMATOLOGIA: CASUÍSTICA DO HSM**

Ramos E, Resende C., Silva J.P., Queiroz M.V.

**Introdução:** A capilaroscopia permite uma análise morfológica simples do leito capilar e a obtenção de informações relevantes da microcirculação. Tem sido descrito o interesse diagnóstico e prognóstico da capilaroscopia na avaliação do Fenómeno de Raynaud bem como na detecção precoce das alterações microangiopáticas que ocorrem nalgumas doenças difusas do tecido conjuntivo.

**Objectivos:** Avaliar o interesse da capilaroscopia como auxiliar de diagnóstico em doentes com Fenómeno de Raynaud (FR).

**Material e Métodos:** Doentes com FR primário ou secundário, de ambos os sexos, com idade superior a 16 anos, enviados para a realização de capilaroscopia, na nossa unidade de Técnicas, durante o ano de 2005. Foram excluídos os doentes com dados clínicos incompletos. Para a realização da capilaroscopia foi utilizado um microscópio estereoscópico, com magnificação de imagem de 10 a 100 vezes.

**Resultados:** Foram incluídos no estudo 42 doentes com FR, pertencendo 38 ao sexo feminino e 4 ao sexo masculino, com uma idade média de 42,9 ± 16,36 anos. A duração média verificada do FR foi 6,1 ± 8,3 anos. O motivo de envio para a realização de capilaroscopia foi: FR no contexto de suspeita de doença difusa do tecido conjuntivo em 30,9% dos casos, primário em 28,6% dos casos, secundário a Esclerose Sistémica em 16,6% dos casos, secundário a Lupus Eritematoso Sistémico (LES) em 9,5%

dos casos, Artrite Reumatóide em 7,1% dos casos, Síndrome CREST em 4,7% e Polimiosite em 2,3% das situações.

As observações capilaroscópicas efectuadas foram as seguintes: sem alterações em 10 (23,8%) casos; alterações mínimas inespecíficas em 19 (45,2%) casos; alterações significativas mas não enquadradas em nenhum padrão definido em 3 (7,1%) casos; «padrão rápido» (áreas avasculares significativas associadas a megacapilares e desorganização microcirculatória) em 6 (14,2%) casos e «padrão lento» (megacapilares sem áreas avasculares) em 4 (9,5%) casos, segundo a classificação de Mariq. Dos doentes enviados por FR primário, a maioria (8/12) apresentava alterações mínimas inespecíficas, o mesmo se passando com os doentes enviados por FR e suspeita de doença difusa do tecido conjuntivo (6/13). No entanto neste grupo, verificaram-se 2 casos de «padrão lento» e 2 de «padrão rápido», enquadrando-se estes casos em quadros clínicos sugestivos de esclerose sistémica e em que a capilaroscopia veio confirmar o diagnóstico. Nos doentes enviados já com este diagnóstico estabelecido verificou-se um predomínio dos padrões rápido (4/7) e lento (2/7). Todos os doentes enviados por FR no contexto de LES apresentaram alterações significativas mas não enquadradas em nenhum padrão definido. Nos restantes doentes predominaram as alterações inespecíficas.

**Conclusão:** A capilaroscopia é uma técnica não invasiva que pode adicionar informações importantes a quadros clínicos indefinidos de doenças difusas do tecido conjuntivo podendo ajudar a estabelecer o diagnóstico. Desta forma o uso desta técnica auxiliar de diagnóstico deve ser promovida nos vários centros de Reumatologia.

#### **P42 – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-LABORATORIAL E PROGNÓSTICO DO LES NOS NÃO CAUCÁSICOS**

MJ Santos<sup>1</sup>, S Capela<sup>2</sup>, R Figueira<sup>2</sup>, P Nero<sup>3</sup>, A. Alves de Matos<sup>3</sup>, C Silva<sup>4</sup>, L Miranda<sup>4</sup>, A Barcelos<sup>5</sup>

Colaboração dos Serviços de Reumatologia do

1. Hospital Garcia de Orta (HGO), Director J Canas da Silva
2. Hospital Santa Maria (HSM), Director M Viana de Queiroz
3. Hospital Egas Moniz (HEM), Director JC Branco
4. Instituto Português de Reumatologia (IPR), Directora Clínica A Assunção Teixeira
5. Unidade de Reumatologia do Serviço de Medicina

Interna Hospital Infante D Pedro (HIDP),  
Director J Crespo

**Objectivos:** Caracterizar as manifestações clínicas e laboratoriais do Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) nos doentes não caucásicos. Determinar diferenças no prognóstico entre indivíduos de diferentes origens étnicas, seguidos nas mesmas instituições públicas de saúde.

**Métodos:** Foram incluídos doentes que cumpriam critérios para classificação de LES seguidos em 5 centros de reumatologia (HGO; HSM; HEM; IPR e HIDP) entre 1976 e 2006. Analisámos as características demográficas, escolaridade, manifestações clínicas, perfil imunológico e co-morbilidade. A gravidade do LES foi determinada pelo envolvimento de órgão maior e, de forma indirecta, pela terapêutica instituída e necessidade de internamento hospitalar. O prognóstico foi avaliado pelo número de óbitos e pela presença de lesões irreversíveis medidas pelo índice SLICC.

**Resultados:** Dos 542 doentes avaliados 482 eram caucásicos, 43 (8,2%) não caucásicos (42 negros e 1 oriental), em 17 não foi especificada a origem étnica. Os não caucásicos eram mais jovens à data do diagnóstico ( $31,7 \pm 13$  anos *vs*  $35,3 \pm 13$  anos;  $p=0,05$ ) e o seu nível de escolaridade significativamente mais baixo. As manifestações clínicas foram semelhante em ambos os grupos à excepção da fotossensibilidade e das úlceras orais que foram mais frequentes nos caucásicos (30,2% *vs* 53,4% e 30,2% *vs* 45,9% respectivamente) e da miosite que ocorreu mais vezes nos não caucásicos (20,9% *vs* 2,3%  $p<0,001$ ). Nos indivíduos de raça branca os anticorpos anti-SSA estavam presentes em 37%, os anti-RNP em 22,4% e os anti-Sm em 18,1% dos doentes. Nos doentes não caucásicos a sua prevalência foi significativamente mais elevada: anti-SSA em 59% ( $p=0,02$ ), anti-RNP em 64% ( $p<0,001$ ) e anti-Sm em 46,6% dos doentes ( $p<0,001$ ). Apesar de não termos encontrado diferenças na prevalência de anticorpos antifosfolípidos, a ocorrência de fenómenos trombóticos foi mais frequente nos caucásicos (19,85% *vs* 5,13%;  $p=0,02$ ). A gravidade do LES medida pelo envolvimento de órgão maior, necessidade de internamento hospitalar e terapêutica instituída, nomeadamente corticóides e imunossuppressores, foi semelhante nos dois grupos. Também não encontramos diferenças na prevalência de lesões irreversíveis (41,9% dos doentes caucásicos e 40% dos não caucásicos apresentavam pelo menos uma lesão irreversível), nem no dano

medido pelo índice SLICC ( $0,67 \pm 1,02$  nos caucásicos *vs*  $0,69 \pm 1,02$  nos não caucásicos). Nos doentes caucásicos ocorreram 7 óbitos (2,24%) e nos não caucásicos 2 óbitos (6,67%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa.

**Conclusões:** O LES tem características clínicas e laboratoriais distintas nos doentes não caucásicos. Contudo, essas diferenças não tiveram tradução em termos de prognóstico. Uma das explicações possíveis é que o acesso aos cuidados de saúde e a medicação gratuita foi idêntico para todos os doentes, podendo isso contribuir para um melhor controlo da doença. Não podemos contudo excluir que factores de erro inerentes a uma análise retrospectiva, tais como registos incompletos ou doentes perdidos para o *followup*, tenham influenciado estes resultados.

DIA 28 DE ABRIL DE 2006

#### P43 – DOR E CARACTERIZAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL EM DOENTES REUMÁTICOS

A Abreu<sup>2</sup>, L Miranda<sup>1</sup>, A Cardoso<sup>2</sup>, R Fernandes<sup>2</sup>, F Rosa<sup>2</sup>, L Coelho<sup>1</sup>, M Parente<sup>1</sup>, R Leitão<sup>1</sup>, P Coelho<sup>1</sup>, M Silva<sup>1</sup>, M Mediavilla<sup>1</sup>, H Santos<sup>1</sup>, M Micaelo<sup>1</sup>, E Simões<sup>1</sup>, H Madeira<sup>1</sup>, C Silva<sup>1</sup>, J Ferreira<sup>1</sup>, J Saraiva Ribeiro<sup>1</sup>, D Medeiros<sup>1</sup>, F Barcelos<sup>1</sup>, M Sousa<sup>1</sup>, C Miguel<sup>1</sup>, S Cortes<sup>1</sup>, L Freire<sup>2</sup>, F Pimentel<sup>1</sup>, V Las<sup>1</sup>, A Neto<sup>1</sup>, J Figueirinhas<sup>1</sup>, J Vaz Pato<sup>1</sup>, F Mesquita<sup>2</sup> e A Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

**Introdução:** A dor é uma experiência sensorial privada complexa e desagradável que relaciona com várias dimensões dum indivíduo: física, psicológica, social entre outras. Existem diversos factores intrínsecos e extrínsecos que se podem relacionar com a dor. Os factores biomecânicos e de *stress* articular podem só por si agravar ou desencadear uma situação clínica pré-existente. As doenças reumáticas são situações que pela sua natureza se associam à presença de dor crónica.

**Objectivos:** Correlacionar a intensidade da dor, avaliada pela escala analógica visual (VAS), com as características antropométricas e de composição corporal, numa população de doentes reumáticos. **Material e Métodos:** Foram observados todos os doentes que recorreram à consulta de reumatologia, durante dois meses. Foi aplicado um protoco-

lo de auto-preenchimento, com o diagnóstico efectuado pelo médico reumatologista assistente. Foram ainda avaliados: peso, índice de massa corporal (IMC), perímetro da cintura (PC), perímetro da anca, relação cintura/anca, massa gorda (MG) (% e Kg), massa corporal livre de gordura (MLG (Kg) e água corporal total (ACT) (Kg e %). Estes parâmetros foram medidos através de dois aparelhos, a bioimpedância de mãos (OMRON®, HBF300) e de pés (TANITA®, TBF350).

**Resultados:** As doenças reumáticas com maior prevalência na população estudada foram: AR em 16,9% dos doentes, OA em 14,4%, OP em 16,2% e Espondilartropatias em 13,3%. Foram observados 1051 doentes, dos quais 82,7% eram do sexo feminino e 17,3% do sexo masculino, cuja idade média era de  $57,3 \pm 14,4$  anos. O peso médio era de  $70,2 \pm 19,3$  Kg e o IMC médio de  $27,8 \pm 5,0$  Kg/m<sup>2</sup>. Obteve-se pela bioimpedância de mãos uma % de MG média de  $35 \pm 7,1$ %. Pela bioimpedância de pés, a % de MG média era de  $47 \pm 8$  Kg e a % de ACT média de  $45,2 \pm 15,5$ %. Observou-se ainda uma relação cintura/anca média de  $0,88 \pm 0,09$  e um PC médio de  $91,3 \pm 12,8$  cm. No conjunto da totalidade dos doentes avaliados a intensidade da dor mediana, segundo a escala de dor de 0 a 100, correspondia a 50 (média=42,32). Existe uma correlação significativa entre a intensidade da dor e a % de MG (*índice de correlação de Pearson*=0,136), na qual a % de MG varia directamente com a intensidade da dor. Existe diferença estatisticamente significativa entre a intensidade da dor e o IMC superior a 25 Kg/m<sup>2</sup> ( $p < 0,05$ , segundo o *teste t-Student*), admitindo-se uma correlação não linear. A intensidade da dor não apresenta correlação significativa com o peso e com a relação Cintura/Anca. Apesar da correlação entre a intensidade da dor e a MLG não ser significativa ( $p = 0,086$ ), tendo em conta que a correlação é negativa, há indício da existência de correlação inversa entre a MLG e a intensidade da dor (*índice de correlação de Pearson*=-0,048).

**Conclusão:** A dor nos doentes reumáticos parece no nosso estudo relacionar-se de forma directa com alterações da composição corporal. O excesso de carga ponderal e de MG parece contribuir para a intensidade da dor eventualmente por um fenómeno de sobrecarga mecânica ou por aumento da morbidade psicológica associada. Nos doentes hipertensos encontramos aumento das queixas dolorosas o que não encontramos descrito na literatura associado à patologia reumática. A massa magra que se relaciona sobretudo com a parte mus-

cular parece ter um efeito positivo, embora não significativo, na redução da dor o que está de acordo com os estudos que relacionam o exercício e o aumento da massa muscular com a redução da dor.

#### P44 – EVOLUÇÃO DO ÍNDICE DE ACTIVIDADE DE DOENÇA (DAS) DA ARTRITE REUMATÓIDE (AR) EM CONSULTA DE REUMATOLOGIA

Pedro Abreu<sup>1</sup>, Cláudia Vaz<sup>1</sup>, Cátia Duarte<sup>2</sup>, Luís Inês<sup>3</sup>, Armando Malcata<sup>4</sup>

1. Interno Complementar 3º ano

Serviço de Reumatologia – HUC

2. Interno Complementar 2º ano

Serviço de Reumatologia – HUC

3. Assistente Graduado Hospitalar

Serviço de Reumatologia – HUC

4. Director do Serviço de Reumatologia – HUC

**Objectivos:** Avaliação do grau de controlo da actividade inflamatória da Artrite Reumatóide nos doentes seguidos em Consulta de Reumatologia ao longo de 4 anos.

**Métodos:** Análise retrospectiva da evolução do DAS numa série de doentes consecutivos com AR seguidos em Consulta de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra entre Fevereiro/2002 e Janeiro/2006, incluindo contagem articular realizada sistematicamente pelo mesmo médico, VS e terapêutica.

**Resultados:** 112 pacientes com Artrite Reumatóide segundo critérios ACR (média de idades: 59,6 anos ( $\pm 13,6$  SD), com intervalo de idades entre os 28 e 87 anos; 75% pacientes do sexo feminino. Foram realizadas a estes doentes, no período em análise, 849 avaliações. O DAS médio variou da 1ª à 10ª avaliação de 3,83 para 3,18. A percentagem de doentes com actividade elevada da doença reduziu-se de 18,81% para 2,04%. A percentagem de doentes com actividade moderada da doença reduziu-se de 55,45% para 32,65%. A percentagem de doentes com actividade baixa da doença aumentou de 35,64% para 65,31%.

**Conclusões:** Sob a terapêutica da AR utilizada obteve-se um adequado controlo da actividade inflamatória da doença em 65% dos doentes.

#### P45 – ENVOLVIMENTO EXTRAGLANDULAR NO SÍNDROMA DE SJÖGREN PRIMÁRIO – ESTUDO DE UMA POPULAÇÃO PORTUGUESA

F Barcelos, J V Patto, D Medeiros, S Cortes,

J Ribeiro, M Sousa, R Figueiredo, M Parente,  
M Mediavilla, C Silva, H Madeira, A Teixeira  
Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

**Introdução:** O Síndrome de Sjögren (SS) é uma doença inflamatória crónica caracterizada por infiltração linfocitária e lesão auto-imune das glândulas exócrinas. As glândulas salivares (GS) e lacrimais são as mais atingidas, originando queixas de xerostomia e xerofthalmia, mas outros sintomas de disfunção glandular incluem xerose cutânea, secura vaginal, e tosse seca. As manifestações extra-glandulares podem ocorrer, incluindo artralgias ou artrite, fadiga crónica ou fibromialgia, lesões cutâneas, fenómeno de Raynaud, envolvimento pulmonar, neurológico, renal ou gastro-intestinal (GI), vasculite e linfoma.

**Objectivos:** Descrição das manifestações extra-glandulares em doentes com SS Primário (SSp) seguidos no Instituto Português de Reumatologia.

**Material e Métodos:** Foi avaliado retrospectivamente um grupo de 38 doentes com SSp, definido pelos critérios do «*American-European Consensus Group*».

**Resultados:** Os 38 doentes avaliados eram todos do sexo feminino, com uma média de idades de 56,2 anos  $\pm$  11,7 (25-78), e evolução média da doença de 13,3 anos  $\pm$  9,7 (2-38). As artralgias foram a manifestação inicial em 16 doentes (42,1%), num total de 37 doentes (97,4%), dos quais 10 (26,3%) apresentaram artrite. A fibromialgia (FM) estava presente em 13 doentes (34,2%). O fenómeno de Raynaud estava presente em 12 doentes (31,6%). Ocorreu envolvimento cutâneo em 13 doentes (34,2%), assim distribuídas: xerose em 6 (15,8%), *rash* em 6 (15,8%), lesões anulares em 1 (2,6%). O envolvimento do aparelho respiratório surgiu em 9 doentes (23,7%): tosse crónica em 7 (18,4%), rinosinusite em 2 (5,3%), peribronquite em 1 (2,6%), e alveolite fibrosante em 1 (2,6%). Em 4 doentes (10,5%) ocorreu envolvimento neurológico: polineuropatia axonal em 2 (5,3%), e encefalopatia isquémica micro-embólica em 2 (5,3%). Detectou-se disfunção hepática ligeira em 4 doentes (10,5%). Dois doentes (5,3%) apresentaram vasculite cutânea. Não foram registadas alterações cardíacas, renais, vasculite sistémica ou doenças linfoproliferativas. Merece referência a presença de depressão em 14 doentes (36,8%), hipotireoidismo em 4 (10,5%) e diabetes em 2 (5,3%).

**Discussão:** Na nossa série, as manifestações extra-glandulares foram muito frequentes, mas merece

destaque o seguinte: as artralgias e a artrite foram mais frequentes que o esperado, e em muitos casos foram a apresentação inicial; a elevada frequência de FM e depressão; o envolvimento do sistema nervoso central (SNC) em 2 doentes; a baixa frequência de vasculite; e a ausência de linfomas. No entanto, o facto de no nosso país as queixas músculo-esqueléticas serem o principal motivo de referência à Reumatologia, a pequena dimensão da população, e a evolução pouco prolongada (em média 13,6 anos), poderão explicar, em parte, os resultados obtidos.

**Conclusão:** No SSp as manifestações extra-glandulares são frequentes, podem envolver vários órgãos e sistemas, e contribuem para importante morbidade. É necessário uma avaliação cuidadosa e regular para a sua detecção e tratamento precoce.

#### P46 – LÚPUS COM ANAS NEGATIVOS. CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO PORTUGUESA

R.Barros, P. Nero, A.Alves de Matos, J.C. Branco  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE  
H. Egas Moniz

**Introdução:** Embora seja pouco frequente a ausência de ANAs em doentes com o diagnóstico de LES está descrita e varia de acordo com as séries entre os 5 e os 15%. Os autores procuraram caracterizar as manifestações clínicas e padrão de auto-anticorpos em doentes portugueses com LES que cumpriam os critérios de classificação do ACR.

**Material e Métodos:** Um questionário com dados clínicos e laboratoriais foi enviado aos 5 centros do sul de Portugal que colaboraram. Para serem incluídos no estudo todos os doentes tinham de preencher os critérios de classificação do ACR. Os dados foram introduzidos num base de dados elaborada para o efeito e foi feita uma análise descritiva e uma análise estatística recorrendo ao teste de qui-quadrado com *software* SPSS.

**Resultados:** Dos 525 doentes incluídos 8 (1,5%) tinham serologia negativa para ANAs sendo desconhecida em 2,5%. A média de idades ao diagnóstico foi de 35 anos (máximo 62, mínima 19) e a duração média de seguimento foi de 9,5 anos. Todos os 8 doentes eram do sexo feminino, de raça caucasiana (raça desconhecida em 1 caso). Das manifestações clínicas 50% apresentavam *rash*, 37,5% fotossensibilidade; 62,5% fenómeno de Raynaud; 87,5% artralgias e 50% artrite, em todos os casos

sem erosões. 25% apresentavam vasculite, úlceras mucosas, miosite, serosite (pericardite). As manifestações renais estavam presente em 62,5% com hematuria em 37,5%, proteinúria em 37,5% (12,5% N=1) com síndrome nefrótica e insuficiência renal em 25%(N=2). Os 2 doentes submetidos a biópsia renal apresentavam GNF classe II. Dois doentes(25%) apresentaram envolvimento do SNC (tipo não especificado); 1 apresentou convulsões, nenhum teve quadro psicótico; 25% com envolvimento do sistema nervoso periférico (não especificado: 0 com neuropatia); 0 com mielite; 12,5% com enxaqueca; manifestações hematológicas em 37,5% com anemia hemolítica em 12,5%, leucopenia em 37,5%; linfopenia em 37,5%; trombocitopenia em 37,5%. Em relação ao perfil serológico: verificou-se a presença de critérios de SAF em 12,5% de acordo com os critérios de Saboro; 12,5% apresentava anti-DNA positivo; quanto ao Anti-ssa e Anti-ssb eram negativos em 6 e não existem dados em 2; os anti-RNP foram negativos em 5 e não estavam disponíveis em 3; os anti Sm foram negativos em 4 e não havia informação em 4. A presença de anticardiolipina Ig G verificou-se e 2/8 e IgM em 1 (título não disponível), o anticoagulante lúpico foi positivo em 1 doente e não existem dados em relação a um doente. Em relação ao dano, 62,5% apresentavam evidência de dano, embora este fosse ligeiro na maioria SLICC médio de 1,5 (um com 4, 3 com slicc 1, e 1 com slicc 2; não disponível em 2), mediana 1; desvio padrão 1,37. A presença de ANAS positivos relacionou-se de modo significativo (teste qui-quadrado com dano, SLICC e morte).

**Conclusões:** A prevalência de LES com ANA negativo na população estudada(n=8) foi inferior à referida na literatura. Verificou-se um predomínio das artralguas 87,5%, manifestações cutâneas (fenómeno de Raynaud 87,5%, *rash*), artrite não erosiva, e doença renal em 62,5% com insuficiência renal em 25%. Em relação aos indicadores de dano estavam presentes em 62,5% mas com pontuações médias de SLICC baixas. Levanta-se a questão se os centros envolvidos no estudo não dependem demasiado da presença de ANA para efectuarem o diagnóstico de LES.

#### **P47 – MANIFESTAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS DE DOENÇAS METABÓLICAS RARAS: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS**

M. Bogas, M. C. Afonso, D. Araújo

Serviço Reumatologia, Centro Hospitalar do Alto Minho

**Introdução:** As manifestações músculo-esqueléticas nas doenças metabólicas são frequentes, podendo constituir importantes indícios para um correcto diagnóstico ou, por outro lado, sendo demasiado inespecíficas, serem um factor confundidor. Descrevemos dois casos clínicos de doenças metabólicas raras que se apresentam com sintomatologia músculo-esquelética e cuja clínica poderia levantar dúvidas diagnósticas sendo incorrectamente interpretadas como doenças reumáticas.

**Casos clínicos:** 1. Doente do sexo masculino, 63 anos, observado por raquialgia lombar intensa e incapacitante que teria surgido após esforço físico que agravava com os movimentos. Episódios ocasionais, menos intensos, de raquialgia dorsal e lombar mecânica desde longa data. O exame osteo-articular revelava acentuada limitação da mobilidade em todos os planos e segmentos da coluna, o Schober era de 10-12 cm, e não tinha sinais de mielo ou radiculopatia, ou outras alterações articulares relevantes. No exame geral não apresentava dados clínicos relevantes, excepto pigmentação cinzento-azulada das escleróticas bilateral. A radiologia mostrava calcificações discais múltiplas e estreitamento marcado dos espaços intervertebrais nos segmentos dorsal e lombar; sem alterações de relevo na bacia, joelhos, mãos e punhos. Perante a suspeita de artropatia ocrónica foi pedido o doseamento do HGA na urina das 24 H que confirmou o diagnóstico.

2. Doente do sexo feminino, 34 anos, observada por referir fadiga acentuada e caimbras musculares nos membros inferiores de início há cerca de 1 ano. Tinha internamento recente no serviço de Psiquiatria por depressão maior. O exame físico era normal. Analiticamente apresentava aumento da CK e ligeiro aumento das transaminases. O EMG dos membros inferiores mostrava alterações compatíveis com doença muscular inflamatória ou metabólica. Após realização de biópsia muscular, iniciou corticoterapia por suspeita de miosite inflamatória. No entanto, a histologia não confirmou este diagnóstico revelando tratar-se de uma glicogenose tipo V.

**Discussão e conclusão:** Além do diagnóstico e tratamento de doenças reumáticas, cabe ao reumatologista o reconhecimento de manifestações músculo-esqueléticas que possam fazer parte do quadro clínico de doenças não-reumáticas. A alcaptonúria é uma doença que resulta da deficiência de uma enzima interveniente na degradação da tirosina e origina um acúmulo de ácido homogentísico (HGA)

em alguns tecidos incluindo o tecido conjuntivo (ocronose). O envolvimento axial, raro na artropatia ocrónica pode, clinicamente, ser confundido com o da espondilite anquilosante. A doença de McArdle ou glicogenose do tipo V é uma doença causada pela deficiência de uma enzima envolvida na degradação do glicogénio, a miofosforilase. Os portadores da doença apresentam dificuldade em realizar exercício físico, referindo frequentemente fadiga, dor e cãibras musculares. A sintomatologia, a elevação das enzimas musculares e a electromiografia podem levar a concluir erroneamente por uma miopatia inflamatória, submetendo o doente a tratamentos desnecessários.

**P48 – HIPERPARATIROIDISMO COEXISTINDO COM MIELOMA MÚLTIPLO: ASSOCIAÇÃO E MANIFESTAÇÕES RARAS**

Mónica Bogas, Lúcia Costa, Domingos Araújo  
Serviço Reumatologia, Centro Hospitalar do Alto Minho, Ponte de Lima

**Introdução:** A associação de hiperparatiroidismo primário e mieloma múltiplo é rara mas descrita na literatura. A hipercalcémia e a osteopenia são manifestações comuns das duas doenças. Actualmente, não é frequente o aparecimento de lesões osteo-articulares graves como manifestação destas patologias dado que o diagnóstico é feito em fases mais iniciais.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 72 anos, observada, na consulta de reumatologia em Maio de 2001, por poliartralgias de longa data, acrocianose, anorexia e fraqueza muscular generalizada. Referia história compatível com artrite das pequenas articulações das mãos uns anos antes. À observação apresentava baixa estatura, cifose dorsal acentuada, atrofia tenar, afilamento, esclerodactilia e aspecto de retracção tendinosa dos dedos e esboço de tenossinovite dos extensores das mãos, nódulos subcutâneos de consistência óssea nas superfícies de extensão dos cotovelos, atrofia quadricipital marcada, alargamento de consistência óssea dos joelhos. No exame geral constatou-se hipertensão arterial. Não eram palpáveis adenomegalias e a auscultação cardio-pulmonar, o exame da cabeça, pescoço e abdómen eram normais. Os exames analíticos mostravam anemia normocrítica normocrómica, hipercalcémia, hipofosfatémia, elevação da fosfatase alcalina, hiperuricemia e pico monoclonal na fracção gamma do proteinograma

eletroforético. O estudo para despiste de conectivite foi negativo. A radiologia evidenciava algumas alterações mais típicas de hiperparatiroidismo do que de mieloma múltiplo. O decurso do estudo demonstrou uma precipitação monoclonal IgG de cadeias leves Kappa na imunoeletroforese do sangue e da urina, elevação da PTH e hipercalcúria. O medulograma e a biópsia medular confirmaram o diagnóstico de mieloma múltiplo e a ecografia do pescoço confirmou a presença de nódulo sólido regular compatível com adenoma de paratiróide. A doente iniciou quimioterapia para tratamento do mieloma múltiplo obtendo-se a remissão. Recusou a paratiroidectomia. Manteve-se a vigilância desta doente na consulta sendo necessário frequentemente o seu internamento para redução dos níveis séricos do cálcio. No momento actual, a radiologia mostra osteopenia generalizada, erosões e sinais de reabsorção subperiosteal das falanges das mãos, erosões subcondrais no esqueleto axial, fracturas vertebrais osteoporóticas, lesões em imagem «sal e pimenta» no crânio, condrocalcinose nos joelhos, sínfise púbica, coxo-femorais e punhos e calcificações heterotópicas peri-articulares. Algumas destas lesões eram já existentes na altura do diagnóstico.

**Conclusão:** As manifestações osteo-articulares do hiperparatiroidismo e do mieloma múltiplo são variadas, multifactoriais, podendo algumas ser comuns. Destacam-se a sinovite osteogénica, crises de gota e pseudogota por deposição cristais de monurato de sódio e de pirofosfato, calcificações heterotópicas, lesões osteolíticas e osteoblásticas e fracturas patológicas. A raridade desta associação e a sobreposição de muitas das manifestações torna este diagnóstico um desafio. O longo período de evolução no caso descrito possibilitou o desenvolvimento de lesões actualmente pouco observadas.

**P49 – ESTUDO DOS CUSTOS DA UTILIZAÇÃO DE RECURSOS NA ARTRITE REUMATÓIDE (CURAR): CLÍNICA E SÓCIO-DEMOGRAFIA**

Branco JC<sup>1</sup>, Soares M<sup>2</sup>, Félix J<sup>2</sup>, Falcão S<sup>1</sup>, Ferreira V<sup>2</sup>, Mourão F<sup>3</sup>, Araújo D<sup>4</sup>, Malcata A<sup>5</sup>, Coelho PC<sup>6</sup>, Barcelos A<sup>7</sup>, Braña A<sup>8</sup>, Bravo T<sup>9</sup>, Maurício L<sup>10</sup>, Melo R<sup>11</sup>, Santos RA<sup>12</sup>, Alvarenga F<sup>13</sup>, Nero P<sup>1</sup> e Grupo de Estudo CURAR  
1. Centro Hospitalar Lisboa Ocidental/Hospital Egas Moniz  
2. Exigo Consultores



3. Hospital de Santa Maria
4. Centro Hospitalar do Alto Minho
5. Hospitais da Universidade de Coimbra
6. Instituto Português de Reumatologia
7. Hospital de Aveiro
8. Hospital das Caldas da Rainha
9. Hospital Militar nº2
10. Hospital de Ponta Delgada
11. Hospital de Nossa Senhora da Assunção
12. Hospital Militar Principal
13. Hospital Distrital de Nossa Senhora da Graça e Hospital Rainha Santa Isabel

**Objectivo:** Caracterização clínica e sócio-demográfica dos doentes incluídos no estudo CURAR.

**Métodos:** Os 237 doentes incluídos no estudo CURAR foram recrutados em 12 centros de reumatologia de Portugal continental e ilhas. Após consentimento informado dos doentes foram revistos os processos clínicos desde a data do diagnóstico da AR e recolhida informação mais detalhada relativa aos dozes meses anteriores à inclusão, para avaliação da capacidade funcional dos doentes (critérios ACR) e actividade da AR (DAS28). Os doentes responderam aos questionários *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) e EQ-5D na data da inclusão no estudo.

**Resultados:** Foram incluídos doentes de dezasseite distritos portugueses. A idade média foi 53,9 (dp=13,2) anos sendo a amostra constituída por cerca de 80% de mulheres. 53,2% tinha o ensino primário e apenas 7,7% o ensino superior. Os trabalhadores activos representavam 34,7% dos doentes e os desempregados 6,4%. A classificação funcional (critérios ACR) foi: I - 34,5%; II - 35,8%; III - 24,6%; IV - 5,2%. A AR foi declarada activa pelos reumatologistas em 62,9% dos casos e com rigidez matinal em 63,2%, com duração média de 49,3 (dp=49,6) minutos. A pontuação média no índice DAS28 foi de 3,9 (dp=1,4). A estratificação do valor do índice DAS28 por categorias de actividade da doença revelou AR mais activa no sexo feminino ( $\chi^2(3)=13,2$ ). A pontuação média no índice de disfunção HAQ foi de 1,21 (dp=0,75, min=0; max=2,75). O valor HAQ foi superior nas mulheres ( $p<0,0001$ ), nos indivíduos com rigidez matinal ( $p<0,0001$ ) e crescente com as categorias do estado funcional ACR ( $p<0,0001$ ). A idade e o tempo desde o diagnóstico estavam positivamente correlacionados com o valor HAQ.

**Conclusões:** Os doentes incluídos no estudo CURAR apresentavam uma AR ligeira a moderada. A

doença era mais grave e apresentava maior compromisso nas mulheres que nos homens.

Grupo de Estudo CURAR: Fonseca JE<sup>3</sup>, Sobral M<sup>3</sup>, Queiroz MV<sup>3</sup>, Afonso C<sup>4</sup>, Alcino S<sup>4</sup>, Costa L<sup>4</sup>, Silva J<sup>5</sup>, Inês L<sup>5</sup>, Alexandre M<sup>5</sup>, Santos MJ<sup>5</sup>, Silva JA<sup>5</sup>, Garcia J<sup>5</sup>, Saavedra MJ<sup>5</sup>, Couto M<sup>5</sup>, Ambrósio C<sup>5</sup>, Abreu P<sup>5</sup>, Vaz C<sup>5</sup>, Trís MJ<sup>6</sup>, Miranda L<sup>6</sup>, Pinheiro B<sup>7</sup>, Nóvoa T<sup>10</sup>

#### P50 – EVOLUÇÃO DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE EM 10 ANOS – ESTUDO COMPARATIVO

H. Canhão<sup>1</sup>; F. Godinho<sup>2</sup>, Associação Nacional de Doentes com Espondilite Anquilosante

1. Hospital Santa Maria
2. Hospital Garcia da Orta

**Objectivos:** Avaliar a evolução da Espondilite Anquilosante (EA) num período de 10 anos

**Métodos:** Estudo comparativo utilizando um inquérito para avaliação das características da EA, incluindo índices de actividade e capacidade funcional, com avaliação transversal da mesma amostra de doentes, em 1994 e em 2004.

**Resultados:** Em 1994 foi enviado um inquérito a associados da ANEA e em 2004 o inquérito foi novamente enviado aos mesmos associados.

60 doentes, 13 (21,7%) mulheres e 47 homens (78,3%), com idade média de 55 anos. 81,6% casados ou em união de facto. 98,3% eram seguidos por médico especialista, reumatologista em 66,1% dos casos. Relativamente à evolução da EA, 45% diziam estar pior, 25% na mesma e 25% melhor. 36,7% dos doentes tinha sido submetido a cirurgia articular, sendo a artroplastia da anca a mais frequente. Relativamente à situação profissional, 48,3% dos doentes trabalhavam e 46,7% estavam reformados; comparativamente com 71,7% de doentes activos em 1994 e 28,3% que estavam reformados. Dos 37 doentes actualmente reformados, 13 (35%) tinham mais de 65 anos e 24 (65%) menos de 65 anos. O BASDAI em 1994 era em média de 4,74 e 10 anos depois de 4,68. O BASFI era de 4,67 e actualmente de 5,04.

**Discussão:** Neste trabalho destacamos que apenas uma pequena minoria dos doentes melhorou ao longo do tempo e que uma percentagem importante dos doentes se reformou antes dos 65 anos. Mais de um terço dos doentes foi submetido a cirurgia articular em 10 anos. O BASDAI e o BASFI com valores superiores a 4 traduzem objectivamente a actividade e incapacidade associadas à EA.

**P51 – ESPONDILOARTROPATIAS E FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULARES**

A Cardoso<sup>2</sup>, M Sousa<sup>1</sup>, R Fernandes<sup>2</sup>, F Rosa<sup>2</sup>, L Coelho<sup>1</sup>, A Abreu<sup>2</sup>, L Miranda<sup>1</sup>, M Parente<sup>1</sup>, R Leitão<sup>1</sup>, P Clemente-Coelho<sup>1</sup>, M Silva<sup>1</sup>, H Santos<sup>1</sup>, M Micaelo<sup>1</sup>, M Mediavilla<sup>1</sup>, E Simões<sup>1</sup>, H Madeira<sup>1</sup>, C Silva<sup>1</sup>, J Ferreira<sup>1</sup>, D Medeiros<sup>1</sup>, F Barcelos<sup>1</sup>, C Miguel<sup>1</sup>, S Cortes<sup>1</sup>, J Ribeiro<sup>1</sup>, R Figueiredo<sup>1</sup>, L Freire<sup>2</sup>, F Pimentel<sup>1</sup>, V Las<sup>1</sup>, A Neto<sup>1</sup>, J Figueirinhas<sup>1</sup>, J Vaz Patto<sup>1</sup>, F Mesquita<sup>2</sup>, A Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia (IPR)

2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

**Introdução:** As Espondiloartropatias (SpA) são um grupo de entidades clínicas caracterizadas por envolvimento inflamatório da coluna vertebral, entesites e por vezes com envolvimento articular periférico. No total têm uma prevalência similar à da Artrite Reumatóide. Nelas se incluem a Espondilite Anquilosante (EA), Artrite Psoriásica (AP), Artrites Reactivas, Espondiloartropatias associadas a doença inflamatória intestinal e Espondiloartropatias indiferenciadas (EI).

**Objectivos:** Avaliar a composição corporal e factores de risco cardiovascular (CV) conhecidos, numa população de doentes da consulta de reumatologia, com diagnósticos de Espondilartropatia.

**Material e Métodos:** Foi obtido o diagnóstico reumatológico e não reumatológico (pelo Reumatologista) e avaliado pela equipa de Nutrição do IPR, no período de 2 meses: Índice de Massa Corporal (IMC), Perímetros da Cintura e da Anca, Relação Cintura/Anca, Massa Gorda, massa magra e água corporal total. Estes parâmetros foram medidos através de dois aparelhos, a bioimpedância de mãos (OMRON®, HBF300) e de pés (TANITA®, TBF350).

**Resultados:** Foram observados 389 doentes, dos quais 68,6% eram do sexo feminino, com idade média 52,5±15 (mediana de 53), e IMC médio de 27,3±5,0 Kg/m<sup>2</sup>. Obteve-se pela bioimpedância de mãos, uma percentagem de massa gorda média de 32,3±8,4%. Verificou-se que 71,3% do sexo masculino e 75,7% do sexo feminino apresentavam excesso de massa gorda. Pela bioimpedância de pés, a percentagem de massa gorda média foi de 29,9±9,3%. O excesso de massa gorda foi registado em 51,6% do sexo masculino e 65,5% do sexo feminino. Relativamente à percentagem de água corporal, 58,6% da população estudada apresen-

tava valores inferiores aos desejáveis. Relativamente à classificação pelo IMC, verificou-se que 26% dos doentes apresentavam Obesidade (19,8% obesidade grau I; 4,1% grau II; e 1,8% grau III), 39,1% encontravam-se em Excesso de Peso, seguidos de 33,7% com Peso Normal e de 1,5% com baixo peso. Quanto aos factores de risco CV analisados: 64,8% dos doentes, apresentava sobrecarga ponderal (IMC≥25), 24,2% eram hipertensos, 15,4% com hipercolesterolemia e a Diabetes *Mellitus* (DM) afectava 5,9% dos doentes. Dos 122 homens, 75% apresentavam uma Relação Cintura/Anca superior a 0,90 e 51% com perímetro da cintura superior a 94cm. Das 267 mulheres, 80% apresentavam Relação Cintura/Anca superior a 0,80 e 76% tinham um perímetro da cintura superior a 80cm. Os doentes com EA e EI apresentam maior sobrecarga ponderal, que os doentes com AP (p<0,001, teste t-Student). Os doentes com EA apresentam maior percentagem de Hipertensão (HTA) e Hipercolesterolemia que as AP (p<0,001, teste t-Student).

**Conclusão:** A sobrecarga ponderal verificada em 65% dos doentes, constitui um factor de sobrecarga articular, que por sua vez leva a uma maior inactividade física, o que perpétua o ciclo vicioso. A mudança de comportamentos alimentares, pode ser determinante na prevenção e diminuição do excesso ponderal, bem como de outros factores de risco CV, como a DM e HTA. Em equipa multidisciplinar pode contribuir para outros benefícios, como: maior mobilidade associada a maior destreza nas actividades de vida diária, com dimensão psicológica positiva a nível da auto-estima.

**P52 – INCAPACIDADE PARA O TRABALHO ENTRE OS DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE NA FASE FINAL DA IDADE ACTIVA EM PORTUGAL**

Rute Cordeiro<sup>1,2</sup>, Susana Medeiros<sup>2</sup>, Sofia Ramiro<sup>1,2</sup>, Frederick Wolfe<sup>3</sup>, J.A. Canas da Silva<sup>4</sup>, Elizabeth Benito-Garcia<sup>2,4</sup>.

1. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

2. Bioepi Clinical and Translational Research Center, Lisboa, Portugal

3. National Databank for Rheumatic Diseases, Wichita, KS

4. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

**Objectivos:** A incapacidade para o trabalho (IT) é

**Tabela 1. Reforma precoce ou não: relação com diversas variáveis.**

Variáveis	Análise univariada	Análise multivariada
	Reforma precoce vs. não precoce OR (95% IC)	Reforma precoce vs. Não precoce OR (95% IC)
Idade 55-64 vs <55	2,8 (1,7-4,7)	1,8 (0,9,3,8)
Sexo	0,4 (0,2-0,7)	0,5 (0,2,1,2)
Habilitações literárias	0,8 (0,7-0,8)	0,8 (0,7,0,9)
Qualidade de vida (0-1)	0,0 (0,0-0,1)	0,1 (0,0,0,2)
Duração da AR (anos)	1,1 (1,0-1,1)	1,1 (1,0,1,1)

**Tabela 2. Frequência com que um indivíduo foi capaz de desempenhar as actividades habituais.**

Variáveis	Análise univariada	Análise multivariada
	Frequência com que foi capaz de desempenhar as actividades habituais $\beta$ (95% IC)	Frequência com que foi capaz de desempenhar as actividades habituais $\beta$ (95% IC)
Idade 55-64 vs <55	-0,2 (-0,5,0,1)	0,1 (-0,1,0,3)
Habilitações literárias	0,1 (0,1,0,1)	0,0 (0,0,0,1)
Gravidade global	-0,2 (-0,3,-0,2)	-0,1 (-0,1,-0,0)
HAQ	-0,9 (-1,0,-0,7)	-0,6 (-0,8,-0,5)

uma importante consequência económica da artrite reumatóide (AR) já que esta patologia afecta indivíduos em idade activa e a sua taxa parece ser maior em Portugal, quando comparada com a de um estudo recente nos EUA. Estudos indicam que a idade aumenta o risco de IT, mas há poucos estudos que demonstrem a dimensão da IT entre os doentes mais velhos neste grupo. Estudámos a relação entre a idade e IT em Portugal e os factores que a influenciam.

**Métodos:** Como parte de um estudo longitudinal das consequências da AR em Portugal, 419 doentes completaram, semestralmente, um questionário relativo ao último período de 6 meses, desde Julho de 2003 até Junho de 2005. Para a nossa amostra entraram apenas os dados referentes ao último período de tempo para cada doente, em indivíduos com idades inferiores a 65 anos e que forneceram informações sobre o seu desempenho profissional. Os índices de avaliação da IT usados foram a reforma precoce devido a artrite ou dor e limitações nas actividades profissionais, através do questionário que avalia as limitações no desempenho profissional. A proporção de indivíduos com idades entre os 55-64 anos que se reformaram precocemente devido a artrite ou dor, foi comparada com a de indivíduos mais novos (20-54 anos) por análises univa-

riadas e multivariadas de regressão linear, a última para ajustar potenciais confundidores, incluindo as variáveis relacionadas com factores sociodemográficos e relacionados com a doença. A regressão linear foi usada para estudar o impacto de cada um destes grupos etários na limitação do desempenho profissional.

**Resultados:** Os nossos resultados sugerem que indivíduos com AR entre os 55-64 anos, reformam-se mais precocemente que os indivíduos mais jovens (OR 1,8, 95% IC 0,9-3,8), depois do ajuste para potenciais confundidores. Constatámos ainda que as habilitações literárias, o nível de qualidade de vida (obtido pelo SF-36) e a duração da doença estão associados com a IT (Tabela 1). No entanto, não houve diferenças estatisticamente significativas do desempenho profissional em cada grupo etário. ( $\beta$  0,1, 95% IC -0,1-0,3) (Tabela 2), em que  $\beta$  é a alteração estimada na limitação para o trabalho produzida por uma mudança de uma unidade em cada uma das variáveis independentes, mantendo as restantes variáveis constantes.

**Conclusão:** A reforma precoce devido a artrite ou dor em doentes com AR com idades entre os 55-64 anos, mas sem limitações na capacidade para o trabalho, é um problema de importância considerável nos doentes com AR em Portugal.

**P53 – INFECÇÕES BACTERIANAS OSTEO-ARTICULARES – CASUÍSTICA DOS DOENTES INTERNADOS NUM SERVIÇO DE REUMATOLOGIA**

M. J. Correia, M. Mateus, J. C. Branco

Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (HEM)

**Objectivos:** As doenças reumáticas crónicas, quer pelas lesões estruturais articulares que induzem, quer pela utilização de inúmeras terapêuticas imunossupressoras e uso de técnicas invasivas, são um factor de risco inquestionável para o desenvolvimento de uma infecção articular. Os autores pretendem avaliar os casos clínicos internados de infecção bacteriana osteo-articular que surgiram no seu Serviço.

**Métodos:** Num total de 562 internamentos, entre 1999 e 2005, verificaram-se 12 internamentos com o diagnóstico de infecção bacteriana osteo-articular. Foram incluídas as artrites sépticas, as osteomielites e as espondilodiscites. Os parâmetros avaliados foram a distribuição etária e por sexos, a proveniência dos doentes, o local da infecção, os agentes infecciosos etiológicos, o modo de disseminação, os sintomas associados, a existência de lesão estrutural articular consequente, a necessidade de intervenção cirúrgica ou de artroclise, a existência de complicações, as patologias de base associadas e a duração do tempo de internamento.

**Resultados:** A idade média foi de 49 anos, sendo 58% do sexo feminino. À excepção de 3 doentes provenientes directamente do serviço de urgência, os restantes eram já seguidos na consulta de reumatologia. Foram afectadas 9 articulações periféricas: 3 joelhos, um cotovelo, 1 punho, 2 pequenas articulações das mãos na mesma doente (MCF5 e IFP5), 1 tarso, 2 espondilodiscites e 2 osteomielites do fémur, uma delas com atingimento posterior do joelho. Os agentes infecciosos envolvidos foram o *Staphyl. aureus* (3), *Streptococcus* (1), *Esch. coli* (1), *Brucella* (1), *Neisseria gonorrhoeae* (1) e o *Mycob. tuberculosis* (1). Em 3 casos, as culturas foram negativas, em doentes já com antibioterapia instituída na altura da colheita. O modo de disseminação foi o hematogéneo em 10 doentes e por penetração directa nos restantes. Todos apresentaram dor e impotência funcional, mas só 58% cursaram com febre. Existiu lesão estrutural articular em 67% dos doentes, 33% teve necessidade de intervenção cirúrgica terapêutica, e a artroclise foi realizada só em 3 doentes. 75% sofreram complicações, na maioria

infecção/abscesso das partes moles adjacentes. 3 doentes apresentavam osteoartrose das articulações atingidas, um associado a DM tipo II e outro a sind. de Sjogren, 2 doentes tinham só DM tipo II, 1 doente cursava com AR e IRC e outro apresentava uma vasculite e uma IRC em hemodiálise. Os restantes apresentavam só comportamentos de risco. A duração média do internamento foi de 24 dias, com um máximo de 55 dias.

**Discussão:** A distribuição encontrada está de acordo com o publicado para a população da Europa e EUA, no entanto os autores esperavam encontrar mais patologias de base do foro reumático associadas a situações de imunossupressão, o que não se verificou.

**P54 – DOR E EDEMA UNILATERAL DA PERNA EM DOENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE**

Margarida Coutinho<sup>1</sup> e Anabela Barcelos<sup>2</sup>

2. Unidade de Reumatologia

1. Serviço de Medicina

Hospital Infante D. Pedro, Director: J Crespo.

As autoras apresentam o caso de um doente com Artrite Reumatóide, de 33 anos de idade, sexo masculino, com dor e edema unilateral da perna esquerda, com grande incapacidade para a marcha, com um mês de evolução. Recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital da área de residência tendo-lhe sido diagnosticado trombose venosa do membro inferior esquerdo iniciando terapêutica com enoxaparina subcutânea. Alguns dias depois, foi observado em consulta de Reumatologia mantendo as queixas e ao exame objectivo apresentava quisto de Baker palpável à esquerda, palpação dolorosa das massas gemelares e edema unilateral da perna esquerda. Associadamente referia dor à dorsiflexão passiva do pé esquerdo (sinal de Homan positivo). Foi colocada a hipótese de ruptura de quisto de Baker versus trombose venosa profunda e foram solicitados exames complementares para esclarecimento diagnóstico.

A ecografia do joelho e região gemelar da perna esquerda revelou ruptura de quisto de Baker com lâmina de líquido por fora dos músculos. A ecografia com *Doppler* mostrou compressão vascular difusa, por edema dos gêmeos, mas sem trombose venosa profunda.

A ruptura do quisto de Baker determina um quadro semelhante ao da trombose venosa profunda sendo o diagnóstico diferencial muitas vezes difi-

cil. Contudo, um quadro sugestivo de trombose venosa profunda da região gemelar num doente com Artrite Reumatóide deve sempre levantar a hipótese de ruptura de quisto de Baker.

**P55 – LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES) E ANEMIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

S. Falcão<sup>1</sup>, R. Barros<sup>2</sup>, M. Mateus<sup>1</sup>, J.C. Branco<sup>1</sup>, I. Ribeiro<sup>2</sup>, A. Weighert<sup>3</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (HEM), Lisboa, Portugal

2. Serviço de Hematologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (HEM), Lisboa, Portugal

3. Serviço de Nefrologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (HSC), Lisboa, Portugal

A anemia é uma manifestação frequente nos doentes com LES. A sua etiologia é multifactorial, a abordagem terapêutica é variável e o seu prognóstico está directamente relacionado com o agente causal e a resposta à terapêutica instituída.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso clínico de uma doente do sexo feminino, com 48 anos, com o diagnóstico de LES, com um ano de evolução, caracterizado pelo: envolvimento sistémico (fadiga, astenia e febrícula), cutâneo-mucoso (erupção cutânea, alopecia, fenómeno de Raynaud), músculo-esquelético (poliartrite e mialgias), das serosas (derrame pericárdico), pulmonar (envolvimento intersticial basal), renal (IR moderada/grave) e hematológico. A anemia grave refractária a corticoterapia em altas doses (1 mg/Kg/dia), ferro oral e transfusões de sangue, associado à elevada suspeição clínica da presença de uma medula óssea hiporreactiva, determinou a execução de mielograma, biópsia óssea e imunofenotipagem do sangue medular, que foi compatível com Síndrome Mielodisplásico. Iniciou terapêutica com eritropoietina (5000U 3x/semana) e pulsos de ciclofosfamida (1gr/m<sup>2</sup> mensais) com regressão total das lesões a nível da medula óssea e, subsequente, resolução da anemia.

**Discussão:** A medula óssea é um alvo comum da autoagressão no LES, pelo que não deve ser negligenciada. Em casos graves resistentes à terapêutica, devemos auxiliar-nos em exames complementares de diagnóstico mais invasivos, como é o caso do mielograma e biópsia óssea. O protelar da sua realização impede o início atempado de terapêutica direccionada, em prejuízo do aumento da morbilidade e mortalidade, já por si elevadas nesta patologia.

**P56 – ESTARÁ A PREVENÇÃO DA OSTEOPOROSE INDUZIDA POR CORTICÓIDES (OPIC) A SER CUMPRIDA NOS DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE (AR)?**

S. Falcão, R. Barros, J.M.B. Pimentão, J.C. Branco

Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (HEM), Lisboa, Portugal

A terapêutica crónica com corticóides é a causa mais frequente de perda de massa óssea secundária; a sua severidade pode variar entre 3 a 20%, aproximadamente, no espaço decorrido de 1 a 2 anos.

As recomendações, do Colégio Americano de Reumatologia, na prevenção da OPIC sugerem que todos os indivíduos medicados com doses superiores a 5 mg/dia de prednisona (PDN) por um período superior a três meses devem: modificar factores de risco para osteoporose; praticar exercício físico regular; ingerir diariamente cálcio e vitamina D nas doses recomendadas; e iniciar terapêutica com bisfosfonatos.

**Objectivo:** Avaliar, numa população de doentes cronicamente medicada com corticóides, aqueles que então a ser seguidos segundo as directrizes internacionais para a prevenção da OPIC.

**Material e Métodos:** Grupo constituído por 61 doentes, consecutivos, com AR, seguidos regularmente na nossa consulta. Foram apurados dados referentes à idade, sexo, corticoterapia instituída e dose diária efectuada, medicação concomitante com cálcio/vitamina D e bisfosfonatos, valores densitométricos (DMO) e existência de fractura osteoporótica.

**Resultados:** 78,6% dos doentes faziam PDN em doses superiores ou iguais a 5 mg/dia por um período superior a 3 meses; 81,3% estavam medicados com cálcio/vitamina D; 51,2 % faziam bisfosfonatos. Relativamente aos valores DMO: 62,9% não eram normais (*T score* <-1); 5,7% eram normais; e 31,4 % não havia dados.

**Conclusão:** A percentagem de doentes com alterações da DMO parece-nos elevada para o reduzido número de doentes a fazer bisfosfonatos; estando comprometida tanto a prevenção, como o tratamento da entidade em estudo, isto é, a OPIC.

**Palavras chave:** corticóides, osteoporose induzida, prevenção

**P57 – ESCLERODERMIA – FORMA DE APRESENTAÇÃO DE RECIDIVA DE CARCINOMA DO RECTO**

J. Garcia<sup>1</sup>, M. J. Saavedra<sup>1</sup>, R. Lebre<sup>2</sup>, M. J. Salvador<sup>1</sup>, A. Sá<sup>2</sup>, J. Nascimento Costa<sup>2</sup>,

J. Silva<sup>1</sup>, A. Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia

2. Serviço de Oncologia

Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** A Esclerodermia pode ser uma manifestação de neoplasia encontrando-se mais frequentemente associada às neoplasias do pulmão, ovário e mama. A associação com neoplasias do tubo digestivo é rara.

**Caso Clínico:** Doente do sexo feminino, 37 anos de idade, com antecedentes de adenocarcinoma do recto bem diferenciado, no contexto de Polipose Adenomatosa Familiar, submetido a colectomia total e quimioterapia adjuvante (FOLFIRI). Observada em Consulta de Reumatologia por edema difuso das mãos com 4 meses de evolução. Ao exame objectivo apresentava esclerose cutânea das mãos e face, microstomia, Fenómeno de Raynaud incompleto bilateral e cicatriz de ulceração no 2º dedo da mão direita.

O estudo complementar efectuado revelou positividade para anticorpos anti-nucleares (padrão granular fino e nucleolar, ac. anti-nucleolares e anti-PMscl positivos com anti-Scl 70 negativo), diminuição da capacidade de difusão do monóxido de carbono no estudo ventilatório (DLCO SB- 64 %, DLCO VA- 78 %), presença de megacapilares, áreas hemorragias e áreas avasculares à capilaroscopia.

Realizada TAC toraco-abdominal que revelou recidiva de carcinoma do recto com metastização hepática. Iniciou nova terapêutica citostática (FOLFOX 4) com melhoria das lesões cutâneas.

#### **P58 – IMPACTO DA TERAPÊUTICA COM INFLIXIMAB E ETANERCEPT SOBRE A QUALIDADE DE VIDA E SITUAÇÃO PROFISSIONAL NOS DOENTES COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE**

Fátima Godinho, Eufémia Calmeiro, Lurdes Barbosa, Maria José Santos, Ana Cordeiro, Ana Rita Cravo, José Canas da Silva.  
Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta Almada

**Objectivos:** Avaliar as alterações na qualidade de vida e situação profissional nos doentes com Espondilite Anquilosante tratados com terapêuticas anti-TNF alfa.

**Métodos:** Vinte e sete doentes com o diagnóstico de Espondilite Anquilosante de acordo com os critérios modificados de Nova Iorque, 25 tratados com Infliximab e 2 sob terapêutica com Etanercept, fo-

ram submetidos a avaliação clínica e laboratorial. Todos os doentes preencheram o *Short Form-36*, um questionário acerca da sua situação profissional, o BASDAI e o BASFI. Foi também avaliada a Velocidade de Sedimentação (VS) e a Proteína C Reactiva (PCR). Esta avaliação foi efectuada no início e seis meses depois do início da terapêutica. A administração foi de 5 mg/kg de Infliximab na semana 0, 2 e seis semanas e posteriormente de 6 em seis semanas. Nos doentes sob Etanercept a posologia foi de 25 mg subcutâneo duas vezes por semana.

**Resultados:** Dos 27 doentes incluídos, sete eram do sexo feminino, 20 do sexo masculino, a idade média era de 38,8±9,8 e a duração média da doença 10,4±10,4. Em todos os doentes se verificou uma melhoria dos parâmetros inflamatórios e da actividade da doença. Verificou-se uma melhoria em todas as escalas do SF-36 mas apenas houve diferença estatisticamente significativa nas sub-escalas de função física e de função social. Na altura do diagnóstico 56% dos doentes estavam a trabalhar com situação profissional activa. Antes do início da terapêutica biológica 11 doentes (41%) estavam activos, 8 (30%) de baixa e 6 (22%) desempregados. Seis meses após o início da terapêutica 9 doentes (33%) alteraram a sua situação profissional, seis doentes positivamente e 5 considerando o tratamento responsável por essa alteração.

**Conclusões:** Apesar de se verificar diferença estatisticamente significativa apenas em duas das sub-escalas do SF-36, 33% dos doentes alteraram positivamente a sua situação profissional, mas o pequeno número de doentes limita as nossas conclusões. No entanto, é de salientar a importância das terapêuticas anti-TNF alfa na melhoria clínica e funcional dos doentes bem como em parâmetros mais subjectivos como a qualidade de vida e situação profissional.

#### **P59 – ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA E DA PERSONALIDADE EM ADULTOS COM ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL**

J. A. Melo Gomes<sup>1</sup>, Natália Meireles<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia Infantil, do Adolescente e do Adulto Jovem, do Instituto Português de Reumatologia

2. Consulta de Psicologia Clínica da Associação Nacional de Doentes com Artrites Infantis e Outros Reumatismos da Infância.

**Objectivos:** A Artrite Idiopática Juvenil (AIJ), engloba diferentes formas de artrites e outras doenças

reumáticas inflamatórias e juvenis de causa desconhecida com início antes dos 16 anos de idade, sendo actualmente considerada como a doença crónica infantil e juvenil mais frequente e incapacitante. Dados de evolução e prognóstico demonstram que mais de um terço dos doentes permanece com a doença activa na idade adulta, apresentando uma larga percentagem desses doentes múltiplas repercussões negativas em diferentes domínios da Qualidade de Vida (QdV). Por outro lado, a perspectiva holística dos processos de saúde e doença permite a aceitação do postulado de que os factores de personalidade desempenham um factor preponderante no desenrolar do processo de saúde e da percepção subjectiva da QdV. Contudo, a investigação da QdV de doentes adultos com esta patologia, permanece no panorama nacional como reduzidamente investigada. Nessa medida, o presente estudo pretende avaliar dimensões da (QdV) em adultos com diagnóstico de AIJ, procurando verificar se existem relações entre essa percepção subjectiva de QdV e os traços de personalidade. Acessoriamente, proceder a avaliação similar em grupo de controlo (adultos sem diagnóstico de AIJ ou de outra doença crónica), objectivando a uma análise comparativa dos resultados.

**Métodos:** Estudo transversal de uma amostra aleatória de 30 adultos com diagnóstico de AIJ (n=20 mulheres/10homens; média de idades =  $27 \pm 12$ ; tempo de diagnóstico =  $17 \pm 9$ ), cumprindo critérios de classificação da ILAR de AIJ, seguidos na consulta de Reumatologia Infantil, do Adolescente e do Adulto Jovem, do Instituto Português de Reumatologia. O índice de capacidade funcional e as dimensões da QdV, foram avaliados através dos instrumentos de auto-avaliação: *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) e *MOS 36-Item Short Health Survey* (SF-36). O *Inventory Personality Eysenck* (EPI), foi utilizado para a avaliação dos traços de personalidade. A fim de se proceder a uma avaliação comparativa dos resultados foi constituído de forma aleatória um grupo de controlo (n = 30; similar em idade e género), tendo sido avaliado quanto às dimensões de QdV (SF-36) e traços de personalidade (EPI).

**Resultados:** O grupo de adultos com AIJ, apresenta alguma Incapacidade Funcional (Média HAQ = 0,71) e revela uma percepção da QdV (SF-36) de nível inferior nos domínios de Saúde Geral, Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal e Vitalidade, comparativamente ao grupo de controlo. A avaliação dos traços de personalidade (EPI), reme-

te para a evidência de maiores níveis de Neuroticismo no grupo de adultos com AIJ, comparativamente ao grupo de controlo. O estudo da existência de relações entre os traços de personalidade e as dimensões da QdV avaliadas, remete apenas no grupo de Adultos com AIJ para a presença de correlações significativas e negativas entre maiores níveis de Neuroticismo e percepção de pior QdV nas dimensões relativas a Saúde Geral, Função Social e Saúde Mental.

**Discussão/ conclusões:** O estudo efectuado surge como relevante para o reconhecimento do impacto negativo da AIJ na QdV dos doentes com esta patologia em idade adulta. Por outro lado evidencia no grupo de doentes em estudo (adultos com AIJ) a existência de relações entre maiores níveis de Instabilidade Emocional e uma percepção subjectiva de pior QdV, em múltiplos domínios físicos, psíquicos e sociais. Em síntese os resultados relevam a importância de uma abordagem terapêutica holística e multidisciplinar dos adultos com AIJ em prol da melhoria da percepção subjectiva de bem estar e da qualidade de Vida dos doentes com esta patologia.

#### P60 – FACTORES QUE INFLUENCIAM O APARECIMENTO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM DOENTES PORTUGUESES COM ARTRITE REUMATÓIDE

Susana Medeiros<sup>1,4</sup>, Rute Cordeiro<sup>1,4</sup>, Sofia Ramiro<sup>1,4</sup>, J. A. Canas da Silva<sup>2</sup>, Frederick Wolfe<sup>3</sup>, Elizabeth Benito-Garcia<sup>1,2</sup>.

1. Bioepi Clinical and Translational Research Center, Lisbon, Portugal.
2. Rheumatology Service, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal.
3. National Databank for Rheumatic Diseases, Wichita, KS.
4. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

**Objectivo:** A influência da idade de aparecimento da artrite reumatóide (AR) no prognóstico e evolução clínica da doença tem sido controversa. Alguns estudos revelam diferenças entre a apresentação da AR de início em adultos jovens (<45 anos) e a de início no idoso (> 60 anos). Outros defendem que a idade de aparecimento da doença não influencia a evolução clínica ou o prognóstico da AR. Neste estudo, investigámos o impacto da idade de início da AR na função e qualidade de vida em doentes portugueses com AR.

**Métodos:** Uma amostra de 443 doentes com AR, 257 diagnosticados com menos de 45 anos e 186 com o diagnóstico após os 60 anos, completaram um questionário relativo à sua doença, entre 2003 e 2005. Os questionários foram administrados, por pessoas treinadas, a doentes com baixo grau de instrução e incluíram dados sócio-demográficos, características da doença, sintomas incluindo a dor, o HAQ e medidas de qualidade de vida. Foi estudada a influência da idade de início da AR na função (HAQ) e na qualidade de vida pelo Euro-Qol (EQ-5D) por análises univariadas de regressão linear seguidas por modelos de regressão linear múltipla para ajustar potenciais confundidores. O melhor modelo final foi usado para retirar conclusões e identificar outras variáveis que possam estar associadas com o HAQ ou EQ-5D.

**Resultados:** As análises univariadas mostraram que não há diferença entre os doentes com AR de início precoce e os de início tardio, a nível de comorbilidades. No que respeita a distribuição por sexos, ambos os grupos foram idênticos. Considerando que os  $\beta$  reflectem a modificação estimada do HAQ ou EQ-5D produzida por cada alteração de 1 unidade de cada uma das variáveis independentes, mantendo as restantes variáveis constantes, as análises univariadas demonstraram que a idade de início da AR influencia o HAQ, assim como o EQ-5D; contudo, as análises multivariadas não revelaram nenhuma associação entre a idade de início da AR e o HAQ ou EQ-5D (Tabela 1).

Tabela 1

	Análise Univariada para depressão (VAS)	Análise Multivariada para depressão (VAS)
Variáveis	$\beta$ (95% CI)	$\beta$ (95% CI)
Idade	0.0 (0.0 0.1)	0.0 (0.0 0.2)
Sexo	-1.6 (-2.4 -0.9)	-0.7 (-1.3 0.0)
Escolaridade	-0.2 (-0.3 -0.1)	-0.1 (-0.2 0.0)
Dor (VAS)	0.4 (0.3 0.5)	0.1 (0.0 0.3)
HAQ	2.0 (1.7 2.3)	1.4 (1.0 1.9)

**Conclusão:** Não foi observada nenhuma associação entre a idade de início da AR e a função (HAQ) ou a qualidade de vida (EQ-5D) na amostra de doentes portugueses. Estas conclusões podem ter implicações importantes na abordagem da AR de início precoce relativamente à abordagem da AR de início tardio.

#### P61 – ELABORAÇÃO DE UMA BASE DE DADOS PARA DOENTES PORTADORES DA SÍNDROME DE SJÖGREN

Rui Melo

Assistente hospitalar de Reumatologia

Hospital de Nossa Senhora da Assunção – Seia

**Objectivo:** Elaboração de uma base de dados para os doentes portadores da Síndrome de Sjögren.

**Métodos:** A Síndrome de Sjögren é uma doença auto-imune e sistémica que atinge, principalmente, as glândulas exócrinas e provoca xerostomia e xeroftalmia devido ao impedimento funcional das glândulas salivares e lacrimais. É uma das patologias mais comuns dentre aquelas e com uma prevalência de 1-3%. Os doentes são classificados como portadores da Síndrome de Sjögren primária se não houver associação com outra patologia também auto-imune sistémica, mais frequentemente com a Artrite Reumatóide e o Lúpus Eritematoso Sistémico. A característica histopatológica principal é a presença de um infiltrado linfocítico localizado (focal) nas glândulas exócrinas e destruição das mesmas. A Síndrome de Sjögren tem uma evolução arrastada e, na maioria dos casos limitada as glândulas salivares e lacrimais, porém, em um terço dos doentes, pode haver envolvimento vascular, renal, pulmonar, hepático ou neurológico, inclusive com evolução para linfoma de células B em 5% dos casos.

O autor elaborou uma base de dados com as principais informações clínicas desde as queixas secas orais e oculares, aos dados dos testes para o olho seco, valores laboratoriais e dos aspectos clínicos e exames complementares para as manifestações sistémicas.

**Resultados:** Aplicação, entre os vários centros de reumatologia, de uma base de dados única para os doentes portadores de Síndrome de Sjögren. Obter dados epidemiológicos sobre esta importante patologia auto-imune e promover estudos multicêntricos retrospectivos e prospectivos.

#### P62 – ELABORAÇÃO DE UMA BASE DE DADOS PARA A CONSULTA DE ESPONDILOARTROPATIAS

Rui Melo

Assistente Hospitalar de Reumatologia

Hospital de Nossa Senhora da Assunção – Seia

**Objectivo:** Elaboração de uma base de dados com as principais informações clínicas, laboratoriais, imagiológicas e terapêuticas dos doentes portado-



res de espondiloatropatias.

**Métodos:** Baseado nas directivas de monitorização dos doentes portadores de Espondilite Anquilosante do Comité International ASAS (*ASessments in Ankylosing Spondylitis Working Group*), que orienta medidas de avaliação da actividade da doença, estado funcional e de lesões estruturais na EA nos cuidados de rotina e também na avaliação de resposta clínica aos ensaios clínicos, o autor propõe um modelo de registo das principais informações que são necessárias sobre o estado clínico e de seguimento para os doentes portadores de espondiloatropatias numa consulta de reumatologia.

As informações principais são: *identificação do doente, anos de evolução da doença, data da primeira e da última consulta, locais de atingimento da doença (axial/periférico, entesites), patologias associadas, presença do antígeno HLA-27, registo da VS e da PCR na avaliação inicial e subsequentes, estudo imagiológico, índices BASDAI e BASFI iniciais e subsequentes, valores da DEXA, nome e dose dos AINES actuais, DMARDS e terapêutica biológica, situação problema a resolver.*

Construção de uma folha Excel para arquivo e tratamento das informações.

**Conclusão:** A base de dados organizada permite registar as informações sobre a epidemiologia das espondiloartropatias na população de uma determinada área hospitalar, os índices de actividade da doença e das alterações funcionais, avaliar as respostas a terapêutica e impedir a progressão para a incapacidade.

### P63 – FACTORES ASSOCIADOS A QUEDAS NAS DOENÇAS REUMÁTICAS

L Miranda<sup>1</sup>, M Parente<sup>1</sup>, J Saraiva Ribeiro<sup>1</sup>, S Cortes<sup>1</sup>, D Medeiros<sup>1</sup>, F Barcelos<sup>1</sup>, M Sousa<sup>1</sup>, C Miguel<sup>1</sup>, M Mediavilla<sup>1</sup>, C Silva<sup>1</sup>, P Coelho<sup>1</sup>, J Vaz Pato<sup>1</sup>, H Santos<sup>1</sup>, E Simões<sup>1</sup>, M Silva<sup>1</sup>, H Madeira<sup>1</sup>, J Ferreira<sup>1</sup>, R Leitão<sup>1</sup>, M Micaelo<sup>1</sup>, V Las<sup>1</sup>, A Faustino<sup>1</sup>, R Figueiredo<sup>1</sup>, J Figueirinhas<sup>1</sup>, A Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

**Introdução:** A presença de patologias reumáticas em doentes envelhecidos contribui de forma importante para a ocorrência de quedas. Em populações envelhecidas cerca de 30% nos países ocidentais e 15% nos orientais referem pelo menos uma queda por ano e metade destes duas ou mais.

**Objectivos:** Correlacionar o nº das quedas com fac-

tores de risco conhecidos numa população de doentes em consulta no Instituto Português de Reumatologia.

**Material e Métodos:** Foi aplicado um protocolo de avaliação clínica de auto-preenchimento, com a história pregressa de quedas com o diagnóstico reumatológico e não reumatológico. Foram avaliados: peso, índice de massa corporal (IMC), perímetro da cintura (PC), perímetro da anca (PA), relação cintura/anca (RC/A), massa gorda (em % e Kg), massa corporal livre de gordura (Kg) [FFM(kg)] e água corporal total [TBW(%)(Kg)]. Estes parâmetros foram medidos através de dois aparelhos, a bioimpedância de mãos (OMRON®, HBF300) e de pés (TANITA®, TBF350).

**Resultados:** Foram avaliados 739 doentes, com patologias mais frequentes na consulta externa de reumatologia. (OA- 231; AR-185 Espodilartropatias (EA + Indiferenciada + reactivas)-64, Artrite Psoriásica-55, Conectivite indiferenciada – 39, Fibromialgia – 35, Osteoporose -27, LES-25, Sjögren/sind sicca – 21, poliartrite- 18 entre outros) A idade média era de 59,22±13,03 [16,89] anos, 121 do sexo masculino e 618 do sexo feminino.

Dos doentes avaliados 33,25% referiu ter caído sendo que 16,4% referiu apenas 1 queda e os restantes referiram nº variável de quedas, entre 2 a 12. Obtivemos correlações de Spearman entre o nº de quedas e várias variáveis (manometria, idade, peso, IMC, MG(kg), FFM(kg), TBW(%)(Kg) PC, PA, RC/A.

Obtivemos relações significativas com idade ( $r=0,168$ ,  $p<0,0005$ ), manometria ( $r=-0,134$ ,  $p<0,0005$ ), FFM(kg) ( $r=-0,12$ ,  $p=0,002$ ), TBW(Kg) ( $r=-0,116$ ,  $p=0,003$ ), TBW(%) ( $r=-0,096$ ,  $p=0,015$ ).

O nº de quedas aumentou com a idade. Observamos que as quedas diminuem na população com melhores valores de massa magra e água corporal, independentemente do peso ou IMC. Existe correlação do nº de quedas com valores de manometria mesmo após correcção para a variável idade ( $p=0,04$ ).

O nº de quedas é mais elevado no sexo feminino (uma diferença de 0,51 quedas, em média,  $p<0,0005$ , pelo teste de Mann-Whitney). O nº de quedas reportado é mais elevado no grupo de osteoporose, seguido pelo S. Sjogren e S. Seco, poliartrite indiferenciada e osteoartrose. O nº de quedas é menor no grupo de Esclerodermia, DMTC, LES, gota e espondilartropatias

A análise discriminativa confirma o peso da variável idade na explicação da diferença do nº de

quedas nos vários grupos (Wilks' Lambda=,716,  $p<0,0005$ , para a idade e Wilks' Lambda=,972,  $p=0,081$  para o nº de quedas).

**Conclusão:** Existem diversas variáveis que podem contribuir para as quedas nos idosos e mais ainda nos doentes reumáticos. O nosso trabalho parece sugerir que para além da idade e do sexo feminino, que aumentam o risco, alterações na composição corporal como a massa magra, a quantidade de água e a manometria, todos eles indicadores indirectos de melhor massa muscular, parecem associar-se a menor tendência para quedas. O risco de queda parece ser diferente nas diversas doenças reumáticas sendo maior na osteoporose.

#### **P64 – ESPONDILARTROPATIAS E OSTEOARTROSE – INFLUÊNCIA DAS ALTERAÇÕES CLIMATÉRICAS**

L Miranda<sup>1</sup>, M Parente<sup>1</sup>, S Cortes<sup>1</sup>, J Saraiva Ribeiro<sup>1</sup>, H Santos<sup>1</sup>, J Ferreira<sup>1</sup>, F Barcelos<sup>1</sup>, D Medeiros<sup>1</sup>, C Miguel<sup>1</sup>, M Sousa<sup>1</sup>, P Coelho<sup>1</sup>, J Vaz Pato<sup>1</sup>, M Mediavilla<sup>1</sup>, C Silva<sup>1</sup>, E Simões<sup>1</sup>, M Silva<sup>1</sup>, H Madeira<sup>1</sup>, R Leitão<sup>1</sup>, M Micaelo<sup>1</sup>, V Las<sup>1</sup>, A Faustino<sup>1</sup>, R Figueiredo<sup>1</sup>, J Figueirinhas<sup>1</sup>, A Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

**Introdução:** As alterações climatéricas sazonais têm globalmente uma influência na mortalidade e morbilidade muito por alterações nas patologias cardíacas e pulmonares. Existe uma crença popular generalizada que as doenças reumáticas são influenciadas por alterações climatéricas que se reflecte desde Hipócrates em artigos e trabalhos médicos, sendo o primeiro publicado numa revista datado de 1887 (*American Journal Medical Science*).

**Objectivos:** Correlacionar a percepção de dor e rigidez sentidas e as alterações climatéricas numa população de doentes com Osteoartrose (OA) e espondilartropatias (Spo) (EA, artrite psoriásica, indiferenciada, reactiva ou associada a DII).

**Material e Métodos:** Este estudo decorreu no Instituto Português de Reumatologia (IPR), tendo sido observados todos os doentes que recorreram à consulta externa de reumatologia, durante cerca de 1 mês. Foi aplicado um protocolo de avaliação da percepção dos doentes relativamente à relação entre a dor, doença e rigidez e as alterações climatéricas de auto-preenchimento, com o diagnóstico reumatológico, preenchido pelo médico reumato-

logista assistente. Os valores variavam entre 1 a 5 (1- Ficam muito piores 2- Ficam piores 3- Ficam na mesma 4- Ficam melhores 5- Ficam muito melhores).

**Resultados:** Seleccionaram-se 341 doentes (293 do sexo feminino, 48 do sexo masculino), com média de idade  $59,55 \pm 14,1$  [13,86] anos, com 2 grupos de patologias: Espondilartropatias (n=63) e Osteoartrose (n=278). A maioria dos doentes acredita que a sua doença é influenciada pelo tempo: 50% dos doentes acredita que influencia pouco, alguma coisa ou bastante. A rigidez matinal também surge como «alguma coisa influenciada» pelo tempo e mais elevada, embora de forma não significativa, no tempo húmido ou frio. Estas convicções são semelhantes em toda a população considerada. Também não existe diferença significativa destes grupos em relação à presunção de influência das temperaturas altas ou chuva (resposta mediana é a 3). Em relação ao tempo húmido os 2 grupos são concordantes, no sentido de uma influência adversa na sintomatologia (resposta mediana 2), mas esta resposta é mais significativa no grupo de osteoartrose ( $p=0,005$ ). Em relação ao tempo seco, a convicção prevalente nega a sua influência sendo esta mais significativa na osteoartrose ( $p=0,041$ ). A análise dos meses piores para a doença não revela diferenças significativas entre as patologias sendo os mais citados Novembro, Dezembro, Janeiro e Fevereiro.

**Conclusão:** Existe ainda uma estabelecida controversia relativamente a se existe uma clara relação entre doenças crónicas reumáticas e as alterações climatéricas. Contudo segundo alguns autores os doentes com EA parecem ter menor incapacidade no verão, em outras doenças e em outros trabalhos por nós realizados parece que a humidade e o tempo frio parece agravar a dor e a rigidez matinal nos doentes com AR e AO. Os resultados apresentados vêm confirmar que nestas doenças parece existir uma alteração da percepção da dor e da doença com as alterações climatéricas. A crença da influência do frio e humidade no agravamento da sintomatologia parece existir numa grande parte dos doentes, independentemente da patologia de base (OA ou SPO).

#### **P65 – FACTORES PREDITIVOS DE RESPOSTA CLÍNICA EM DOENTES COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE SOB TERAPÊUTICA BIOLÓGICA**

P. Monteiro<sup>1</sup>, I. Cunha<sup>1</sup>, J. Garcia<sup>1</sup>, M.J.

Saavedra<sup>1</sup>, P. Abreu<sup>1</sup>, M.J. Salvador<sup>1</sup>,  
A. Barcelos<sup>2</sup>, P. Valente<sup>3</sup>, M. Alexandre<sup>1</sup>,  
L. Inês<sup>1</sup>, J. Silva<sup>1</sup>, J. A. Pereira da Silva<sup>1</sup>,  
A. Malcata<sup>1</sup>.

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da  
Universidade de Coimbra

2. Unidade de Reumatologia do Serviço de Medicina  
Interna do Hospital de Aveiro

3. Unidade de Reumatologia do Serviço de Ortopedia  
do Hosp. Santa Maria da Feira

**Objectivos:** Avaliar a existência de factores preditivos de resposta clínica em doentes com Espondilite Anquilosante tratados com fármacos anti TNF alfa.

**Métodos:** Estudo aberto, incluindo dezassete doentes com o diagnóstico de Espondilite Anquilosante, refractária a outras terapêuticas. Todos os doentes incluídos no estudo cumpriam os critérios de refractariedade segundo o grupo ASAS. Quinze doentes receberam Infliximab (5mg/kg/ev; às semanas 0,2,6, e depois de 8/8 semanas). Dois doentes foram medicados com Etanercept (25 mg/2x sem/sc). Todos os doentes foram submetidos a avaliação clínica e laboratorial, prospectiva e protocolizada, com os intervalos acima indicados para o Infliximab (sexo, idade, idade de início da doença, duração da doença, teste de Shober, avaliação global pelo doente e pelo médico; BASDAI; BASFI; EVA dor, fadiga, lombalgia e dor nocturna; HAQs; PCR e VS).

Parâmetros iniciais	Com resposta Major (n=11)	Sem resposta Major (n=6)
Média etária	33,9 A	43,7 A
Início da doença	22,2 A	23,4 A
Duração da doença	11,7 A	20 A
Schober inicial < 2 cm	36%	67%
Avaliação Global do doente	6,3	8,1
Avaliação Global do Médico	6,5	7,5
EVA dor	5,9	6,8
EVA fadiga	6,25	7,25
EVA lombalgia	6,15	6,9
EVA lombalgia nocturna	7,4	8
HAQ as	1,31	1,5
BASDAI	5,7	6,7
BASFI	6,58	7,6
VS	42	29
PCR	4,2	2,3

Definiu-se como resposta clínica *major* uma melhoria de 50% do BASDAI inicial após 14 semanas de tratamento.

**Resultados:** (Ver Quadro)

**Conclusões:** Verificou-se resposta clínica *major* em 64,7% dos doentes. Os resultados obtidos vão de encontro aos da literatura que apontam, como factores preditivos de melhor resposta ao tratamento com anti-TNF alfa, uma duração da doença mais curta, idade mais jovem, baixo BASFI inicial e VS e PCR elevadas. Os doentes respondedores apresentavam ainda uma menor limitação da mobilidade lombar inicial, e mais baixos índices iniciais nas escalas EVA.

#### P66 – ENDocardite infecciosa no diagnóstico diferencial de Polimialgia Reumática:

##### A Importância do Exame Físico

Ana Filipa Mourão<sup>1</sup>, A.Nisa Pinheiro<sup>2</sup>,  
J.Pimenta da Graça<sup>2</sup>.

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), Hospital Egas Moniz, EPE, Lisboa.

2. Serviço de Medicina 2, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), Hospital Egas Moniz, EPE, Lisboa.

**Objectivo:** As doenças reumáticas podem confundir-se muitas vezes com patologias de origem infecciosa, cuja sintomatologia inicial pode ser semelhante. Pretende-se com este caso clínico alertar para esta possibilidade.

**Caso Clínico:** Doente de 72 anos com antecedentes de osteoporose, asma brônquica, hipertensão arterial, dislipidémia, prolapso da válvula mitral e síndrome depressivo, é internada por afasia e hemiplegia direita de instalação súbita.

Nos 3 meses prévios ao internamento iniciara anorexia, perda de peso, fraqueza muscular proximal dos membros superiores e inferiores e poliartralgias de ritmo misto. Na observação detectou-se discreta palidez, sopro sistólico II/VI audível no bordo esquerdo do esterno e apex com irradiação para a axila, afasia e hemiplegia direita de predomínio braquial. Estava apirética, não tinha sinais de insuficiência cardíaca ou renal. Documentou-se uma anemia normocítica normocrómica, leucocitose com neutrofilia e aumento da PCR e da VS. O quadro foi interpretado como Polimialgia Reumática tendo a doente iniciado terapêutica com corticosteróides, verificando-se discreta melhoria sintomática. Na investigação complementar efectuada, o

ECG apresentava ritmo sinusal com extrassístoles frequentes e o Rx tórax não tinha alterações. A TAC-CE revelou lesão hipodensa do território da ACM esquerda compatível com AVC isquémico.

No 6º dia de internamento detectaram-se petéquias conjuntivais e temperatura axilar de 38,5°C. As hemoculturas revelaram a presença de um *Streptococcus mitis*. Os Ecocardiogramas efectuados, trans-torácico e trans-esofágico, revelaram volumosa vegetação aderente ao folheto posterior da válvula mitral e Insuficiência Mitral Major. É iniciada terapêutica endovenosa para Endocardite Infecciosa verificando-se apirexia ao 2º dia de terapêutica antibiótica.

**Discussão:** A Endocardite Infecciosa pode apresentar-se com sintomatologia inespecífica, sendo as artralguas e a fraqueza muscular frequentemente referidas pelos doentes, podendo sugerir um quadro de Polimialgia Reumática. Nestes casos a resposta à terapêutica corticóide é habitualmente imediata o que permite indirectamente confirmar o diagnóstico. Em doentes com síndrome inflamatório sub-agudo associado a sopro cardíaco deve-se, no entanto, colocar um elevado grau de suspeição para o diagnóstico de endocardite subaguda. O AVC isquémico constitui uma forma rara de apresentação da doença. Assim, numa era de grandes avanços tecnológicos a história clínica detalhada e o exame físico completo devem continuar a ter um lugar fulcral na abordagem diagnóstica de qualquer doente.

#### P67 – IDENTIFICAÇÃO DE CRISTAIS NO LÍQUIDO SINOVAL POR MICROSCOPIA ELECTRÓNICA

Patrícia Nero<sup>1</sup>, Isabel Nogueira<sup>2</sup>, Rui Vilar<sup>2</sup>, J. Bravo Pimentão<sup>1</sup>, Jaime C. Branco<sup>1</sup>

1. Unidade de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz EPE, Lisboa

2. Unidade de Ciência e Engenharia de Superfícies do Instituto de Ciência e Engenharia de Materiais e Superfícies, Lisboa

**Introdução:** A identificação de cristais no líquido sinovial é feita habitualmente através do exame microscópico com luz ordinária, luz compensada e algumas colorações. No entanto, dadas as suas pequenas dimensões e diminutas concentrações no líquido sinovial, por vezes nem mesmo após centrifugação estes se conseguem identificar apenas com estes métodos.

**Objectivos:** A observação do líquido sinovial atra-

vés de microscopia de luz polarizada e microscopia electrónica, na tentativa da detecção de cristais em doentes com hidrartrose, sem história de artropatia inflamatória ou doença reumática sistémica.

**Material e Métodos:** Foram avaliadas amostras de líquido sinovial de doentes com hidrartrose, sem história de artropatia inflamatória ou patologia reumática sistémica. Os líquidos sinoviais obtidos foram observados numa fase inicial no microscópio de luz polarizada e com a coloração com vermelho de alizarina. Posteriormente analisámos as mesmas amostras por microscopia electrónica de transmissão e espectroscopia de dispersão de energia, tentando identificar cristais e caracterizar a sua composição química.

**Resultados:** Foram observadas 45 preparações de 23 amostras de líquido sinovial. Por microscopia de luz polarizada identificámos cristais em 11 desses líquidos, 3 com pirofosfato de cálcio, 6 com «cristais contendo cálcio» e 2 com monourato de sódio. Nas restantes 12 amostras não identificámos qualquer tipo de cristal e os líquidos tinham características mecânicas. As amostras foram posteriormente analisadas por microscopia electrónica de transmissão convencional e espectroscopia de dispersão de energia. Confirmámos a presença dos cristais anteriormente identificados e na totalidade das 12 amostras sem cristais identificados por microscopia de luz polarizada encontrámos cristais contendo cálcio.

**Conclusões:** Os microcristais parecem ser um achado universal em líquidos sinoviais de doentes com osteoartrose.

#### P68 – NEOPLASIA E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: UMA ASSOCIAÇÃO FORTUITA?

P. Nero<sup>1</sup>, A. Alves Matos<sup>1</sup>, R. Figueira<sup>2</sup>, S. Capela<sup>2</sup>, L. Miranda<sup>3</sup>, C. Silva<sup>3</sup>, M.J. Santos<sup>4</sup>

1. Hospital de Egas Moniz, SA, Director J.C. Branco

2. Hospital de Santa Maria, Director M Viana de Queiroz

3. Instituto Português de Reumatologia, Directora Clínica A Assunção Teixeira

4. Hospital Garcia de Orta, Director J Canas da Silva

**Introdução:** A terapêutica com imunossuppressores tem sido associada a um risco acrescido de neoplasias. Publicámos anteriormente um trabalho em que verificámos que a azatioprina não aumentava este risco numa população inglesa de doentes com LES. Não existe nenhum trabalho anteriormente

publicado que aborde este tema relativamente à população portuguesa.

**Objectivo:** Avaliar um subgrupo de doentes com o diagnóstico de LES que desenvolveram neoplasias, quanto às suas características clínicas, imunológicas e antecedentes farmacológicos. Comparar a sua incidência com a da população portuguesa, da mesma região.

**Material e Métodos:** Os autores avaliaram retrospectivamente 524 doentes com o diagnóstico de LES, seguidos durante um tempo médio de 6,66 anos, em 4 serviços de Reumatologia da área da grande Lisboa. Destes, 17 (3,2%) desenvolveram neoplasias no decurso da sua doença, sendo apenas 1 do sexo masculino e outro de raça não caucasica. A sua idade média era 53,24 anos, com um tempo médio de seguimento em consulta de 9 anos. 16 (94,1%) doentes tinham ANA + e 10 (58,8%) também anti-DNA+. 4 doentes estavam medicados com imunossuppressores (1 com azatioprina e 3 com metotrexato), sendo que 9 tinham feito anteriormente fármacos deste grupo (4 com azatioprina, 2 com ciclofosfamida, 1 com metotrexato, 1 com talidomida e 1 com quimioterapia). A Tabela anexa localiza as neoplasias verificadas.

Usando o teste Qui-quadrado não verificámos a presença de nenhuma associação estatisticamente significativa nos doentes que desenvolveram neoplasias com manifestação clínica, alteração laboratorial, terapêutica imunossupressora (prévia ou actual), dano (avaliado pelo SLICC) ou morte.

Considerando a incidência média de neoplasias para a população portuguesa residente na zona Sul

(i.e. 300/100000 habitantes/ano) eram naturalmente esperados apenas 10 casos de neoplasia na nossa população de doentes.

**Conclusões:** Embora a incidência de neoplasias na nossa população com LES tenha sido superior à esperada, não encontramos nenhuma característica clínica, imunológica ou antecedente farmacológico que estivesse relacionado com o desenvolvimento de neoplasias.

#### P69 – FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS NO HOMEM:

##### UM CASO PARTICULAR

S. Pimenta<sup>1</sup>, P. Pinto<sup>1</sup>, T. Videira<sup>1</sup>, M. Bernardes<sup>1</sup>, F. Brandão<sup>1</sup>, J. Pinto<sup>1</sup>, J. Brito<sup>1</sup>, F. Simões-Ventura<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Hospital São João, Porto, Portugal

Se a osteoporose era até hoje considerada uma afecção essencialmente do sexo feminino, assistimos, actualmente, a um aumento do número de diagnósticos de osteoporose masculina, paralelamente à esperança média de vida do homem. Cerca de metade dos homens com osteoporose têm uma forma secundária. As causas mais frequentes são o alcoolismo, tabagismo e corticoterapia, sendo outras mais raras, nomeadamente o hipogonadismo que constitui um caso particular.

Doente de 74 anos, sem história de consumo excessivo de álcool, sem hábitos tabágicos ou medicamentosos, foi submetido, há 17 anos, a cirurgia da próstata por neoplasia maligna e tratado desde então com hormonoterapia. Recorreu à Consulta de Reumatologia por dores intensas a nível do raquis (dorso-lombar), com 6 meses de evolução, sem irradiação, sem história de traumatismo ou alteração do estado geral, tendo um exame neurológico sem alterações. Trazia do ambulatório um cintilograma ósseo com imagens de hiperfixação a nível de D5, D7, D11 e 7ª costela à esquerda, evocando metástases ósseas. Verificou-se no Rx ósseo da coluna vertebral uma osteopenia difusa, osteófitos predominantes na charneira dorso-lombar e achatamentos vertebrais de D11, D12, e L1. Na radiografia do tórax evidenciavam-se fracturas de costelas à esquerda e a TAC toraco-abdominal não objectivou nenhuma imagem metastática, confirmando as fracturas ósseas. A DEXA apresentava uma diminuição da DMO ao nível da coluna lombar (*T-score*: -2.8) e do colo do fémur (*T-score*: -2.5).

No estudo analítico verificava-se uma hemoglobina de 14,2g/dl, sem síndrome inflamatório bio-

##### Tabela

Mama	3
Não especificado	1
Bexiga	1
Pele (c. espinocelular)	1
Melanoma	1
Tiroideia (carcinoma papilar)	1
Colo útero	1
Coriocarcinoma	1
Gamapatia monoclonal	1
Mieloma IgAk	1
Doença de Hodgkin	1
Estômago e colangiocarcinoma	1
Fígado	1
Ovário	1
Meningeoma	1

lógico, metabolismo fosfo-cálcico e electroforese das proteínas sem alterações. De relevante: diminuição da testosterona livre: 0,41 pg/dl (5,6-19) e da total: 50,4 ng/ml (241-827). Diminuição de LH: 0,22 (3,1-34,6); osteocalcina: 27,4 ng/ml (<26,3) e CTX: 0,97 ng/ml (<0,30). Face à história clínica, ao resultado do estudo analítico e imagiológico, o diagnóstico de osteoporose fracturária foi considerado. Um tratamento por bifosfonatos com suplementos de cálcio e vitamina D foi iniciado com melhoria significativa das queixas.

Em certos casos, quando existem antecedentes de neoplasia, o diagnóstico diferencial com metástases ósseas é fundamental. É necessário sublinhar que a privação androgénica induzida pelos tratamentos do cancro da próstata conduzem a um risco acrescido de osteoporose com fracturas vertebrais e do colo do fémur, pelo que é premente insistir na prevenção/tratamento da osteoporose nestes doentes.

#### **P70 – MANIFESTAÇÕES REUMÁTICAS COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE 3 CASOS DE AMILOIDOSE PRIMÁRIA AL**

T.L.Pinto, A F. Mourão, M.J. Correia, S. Falcão, C. Silva, R. Barros, M. Mateus, M. P. Araújo, J.C. Branco

Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (Hospital Egas Moniz)

**Introdução:** A Amiloidose Primária é uma doença rara que pode ter diversas formas de apresentação, nomeadamente, cardíaca, renal, hepática, músculo-esquelética, cutânea e envolvimento do Sistema Nervoso Periférico. Está por vezes associada ao Mieloma Múltiplo. O diagnóstico é feito por biópsia do órgão atingido ou da gordura abdominal.

**Objectivos:** Os autores apresentam 3 casos clínicos de amiloidose primária cuja primeira manifestação clínica foi do foro reumático.

**Métodos:** Foram revistos os processos clínicos de 3 doentes com o diagnóstico de amiloidose primária seguidos no Serviço de Reumatologia do Hospital Egas Moniz.

**Caso 1:** Doente do sexo masculino, 71 anos, internado para investigação de lombociatalgia de ritmo inflamatório, acompanhada de disestesias, diminuição da força muscular proximal nos membros inferiores e perda ponderal.

Analiticamente salientava-se: VS elevada, alterações da função hepática com padrão colestático, di-

minuição da *clearance* da creatinina e proteinúria nefrótica (16g/24h). O EMG revelou alterações compatíveis com radiculopatia L3-L4 direitas. A TAC e a RMN da coluna lombar não evidenciaram compromisso radicular. Por suspeita de amiloidose fez biópsia renal que confirmou o diagnóstico de Amiloidose AL. Foi ainda investigada a possibilidade de existência de um mieloma múltiplo, que não se confirmou.

**Caso 2:** Doente do sexo feminino, 77 anos, com história de Síndrome de Sjogren conhecida desde há 3 anos, internada para investigação de dor na região glútea esquerda com irradiação para a região lombar, de carácter mecânico, com um ano de evolução e VS persistentemente elevada (94mm). Analiticamente apresentava ainda anemia microcítica, neutropenia e aumento dos valores de  $\beta 2$  microglobulina e fosfatase alcalina. Realizou pesquisa de substância amiloide na gordura abdominal que revelou Amiloidose AL. A Imunoelectroforese demonstrou gamapatia monoclonal a IgG (cadeias leves  $\lambda$ ). A TAC da bacia demonstrou 2 lesões liticas. Aguardam-se resultados de biópsia óssea e mielograma.

**Caso 3:** Doente do sexo feminino, 68 anos, com história de polioosteoartrose e osteoporose, internada para esclarecimento de quadro de aumento progressivo da consistência das partes moles das cinturas escapular e pélvica com um ano de evolução. Um mês antes do internamento refere sensação de aumento do volume da língua, com dificuldade de deglutição e perda ponderal não quantificada. Referia ainda lombalgia de carácter mecânico e edemas dos membros inferiores.

Analiticamente salientava-se: anemia normocítica normocrómica, aumento dos valores de VS e PCR, hipercalcemia, *clearance* da creatinina diminuída e proteinúria nefrótica (3,6 g/24h).

Foi realizada biópsia da gordura abdominal que confirmou diagnóstico de amiloidose AL.

A imunoelectroforese revelou gamapatia monoclonal (IgG/ cadeias  $\kappa$ ). O diagnóstico de mieloma múltiplo foi confirmado por mielograma e biópsia óssea.

#### **P71 – INQUÉRITO EXPLORATÓRIO – ATRASO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS DOENÇAS REUMÁTICAS JUVENIS**

M. P. Ramos<sup>1</sup>, J. A. Melo Gomes<sup>2</sup>

1. Pediatria Médica, Serviço 1, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

2. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa.

As Doenças Reumáticas Juvenis são muitas vezes mal conhecidas, pelo que os autores realizaram um inquérito exploratório, com a colaboração dos doentes e seus familiares.

**Objectivos:** Verificar se existe atraso no diagnóstico e tratamento das Doenças Reumáticas Juvenis e quais as causas mais frequentes verificadas no inquérito exploratório.

**Metodologia:** Realização de inquérito exploratório, durante o ano de 2005, aos doentes seguidos na Consulta de Reumatologia Pediátrica (CRP) e, ou aos seus familiares, escolhidos aleatoriamente.

**Resultados:** O questionário foi realizado por 75 doentes, com idades entre os 2 e os 32 anos, dos quais 73,3% tinham menos de 16 anos. Quanto ao género, 54% eram do sexo feminino. O diagnóstico mais frequente foi a Artrite Idiopática Juvenil (58,7%). Dos doentes inquiridos, 40% tinham a doença entre 1 - 3 anos, e a idade de início da mesma, verificou-se ser percentualmente mais elevada, respectivamente aos 12 (16%), 14 (12%) e 8 anos (10,7%). Antes da ida à CRP, os doentes informaram-se sobre a doença preferencialmente com o Médico de Família (38,5%) e com o Pediatra (20,6%), e após a consulta esclareceram-se sobre a mesma 85,3%, dos quais 28% com o Reumatologista Pediátrico. Verificou-se que 81,3% tinham computador pessoal e 73,3% tinham acesso à *Internet* e ainda, 82,7% habitavam em ambiente urbano e 57,3% na periferia de uma grande cidade. Quanto ao grau de escolaridade dos pais dos doentes, 45,3% tinham o ensino secundário e 24% o ensino básico (74,7% dos doentes). Na primeira consulta, 25,3% dos doentes apresentavam sintomatologia há mais de 1 ano e 46,7% há mais de 6 meses.

**Conclusões:** O inquérito realizado mostrou-nos que o atraso do diagnóstico e tratamento dos doentes com doenças reumáticas juvenis, provavelmente se deve em parte pelo baixo grau de escolaridade dos pais, e devido a não adquirirem informação correcta sobre as mesmas. Parece não haver grande influência o habitarem num ambiente urbano, nem o facto de terem computador pessoal ou acesso à *Internet*.

#### P72 – DOENÇA DE BEHÇET: AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE ACORDO COM O SEXO

Ramos F, Resende C., Macieira C., Rosa C.M., Costa J.T., Queiroz M.V.

Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital Santa Maria, Lisboa

**Introdução:** A doença de Behçet é uma vasculite multissistémica de etiologia desconhecida, que apresenta uma evolução crónica por surtos recorrentes de aftose orogenital e uveíte, a que se associam outras manifestações clínicas, sendo as mais frequentes as cutâneas, articulares, neurológicas e vasculares. Uma maior gravidade das manifestações clínicas e maior grau de envolvimento sistémico tem sido atribuído ao sexo masculino, em que esta doença é também classicamente considerada mais prevalente.

**Objectivos:** Avaliar as características clínicas de acordo com o sexo, numa população portuguesa com doença de Behçet.

**Materiais e Métodos:** 61 doentes com doença de Behçet, de acordo com os critérios do Grupo de Estudo Internacional da Doença de Behçet, seguidos na consulta de Reumatologia do Hospital de Santa Maria durante um período de 20 anos, foram divididos em 2 grupos, de acordo com o sexo e analisadas as características clínicas e a forma de evolução da doença de cada grupo.

**Resultados:** Verificou-se uma predominância do sexo feminino: 41 mulheres (67,2%) e 20 homens (32,8%). A idade média do início da doença foi  $22,5 \pm 14,4$  anos no sexo feminino e  $25,8 \pm 14,2$  anos no sexo masculino. A duração média da doença foi semelhante nos dois grupos. A presença de úlceras orais foi uma característica observada na totalidade dos casos. Nas mulheres verificou-se uma predominância significativa de úlceras genitais (97,6% *vs* 79,8%;  $p < 0,05$ ) e uma prevalência relativa de artrite (65,0% *vs* 35%;  $p < 0,1$ ), em comparação com o sexo masculino. Este último apresentou uma prevalência significativamente maior de envolvimento ocular (50% *vs* 26,8%;  $p < 0,05$ ), que se traduziu por uveíte na maioria dos casos. Todas as restantes manifestações clínicas avaliadas, como o envolvimento cutâneo, vascular, gastrointestinal, pulmonar, renal e neurológico não revelaram, entre os dois sexos, diferenças com significado estatístico.

**Conclusão:** Nesta população portuguesa com doença de Behçet verificou-se uma predominância do sexo feminino, o que não é uma característica epidemiológica habitual associada a esta patologia. Nas mulheres foram mais comuns o desenvolvimento de úlceras genitais e de artrite do que nos homens em que predominaram as manifestações oculares. De facto, à excepção destas, neste grupo de doentes a doença de Behçet não parece ter maior gravidade nem maior expressão sistémica no sexo masculino comparativamente ao femi-

no, o que pode ser uma característica particular da população analisada, diferindo assim da maioria das séries estudadas.

### **P73 – OBESIDADE E FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM DOENTES COM OSTEOARTROSE**

F Rosa<sup>2</sup>, F Barcelos<sup>1</sup>, L Coelho<sup>1</sup>, A Abreu<sup>2</sup>, A Cardoso<sup>2</sup>, R Fernandes<sup>2</sup>, L Miranda<sup>1</sup>, M Parente<sup>1</sup>, R Leitão<sup>1</sup>, P Coelho<sup>1</sup>, M Silva<sup>1</sup>, H Santos<sup>1</sup>, M Micaelo<sup>1</sup>, M Mediavilla<sup>1</sup>, E Simões<sup>1</sup>, H Madeira<sup>1</sup>, C Silva<sup>1</sup>, J Saraiva Ribeiro<sup>1</sup>, D Medeiros<sup>1</sup>, C Miguel<sup>1</sup>, M Sousa<sup>1</sup>, C Miguel<sup>1</sup>, S Cortes<sup>1</sup>, L Freire<sup>2</sup>, F Pimentel<sup>1</sup>, V Las<sup>1</sup>, J Ferreira<sup>1</sup>, A Neto<sup>1</sup>, J Figueirinhas<sup>1</sup>, J Vaz Patto<sup>1</sup>, F Mesquita<sup>2</sup> e A Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

**Introdução:** A osteoartrose (OA) é a doença articular mais frequente nos países industrializados. A obesidade, além de ser um importante no desenvolvimento de OA, contribui para a exacerbação dos sintomas. Os doentes com obesidade, têm muitas vezes outros factores de risco cardiovascular, como hipertensão arterial (HTA), diabetes *mellitus* (DM) e hipercolesterolemia (HCol).

**Objectivos:** Caracterizar uma população de doentes de ambos os sexos com OA quanto ao perfil antropométrico e presença de factores de risco cardiovascular.

**Material e Métodos:** Durante dois meses foi aplicado um protocolo de avaliação aos doentes da nossa Consulta Externa, sendo registados os diagnósticos reumatológicos e não reumatológicos, incluindo DM, HTA e HCol, e avaliados parâmetros antropométricos, como o Índice de Massa Corporal (IMC), os Perímetros da Cintura (PC), da Anca e a Relação Cintura/Anca (RCA), Massa Gorda Abdominal (MGA), Massa Livre de Gordura (MLG) e Massa de Água Corporal (MAC).

**Resultados:** Registaram-se 557 doentes com OA, dos quais 487 (87%) eram do sexo feminino e 70 (13%) do sexo masculino. A idade média foi 65,8 ± 10,6 anos [45-101]. O IMC médio foi 29,6 ± 4,6 Kg/m<sup>2</sup>, assim distribuído: 71 com peso normal (13%), 252 com excesso de peso (45%), 167 com obesidade grau I (30%), 51 com obesidade grau II (9%) e 15 com obesidade grau III (3%). O IMC médio no sexo feminino foi 29,7 e no sexo masculino 28,9. Os doentes obesos (IMC ≥ 30) representavam 43% das mulheres e 33% dos homens. No sexo fe-

minino obteve-se uma média de 36,1% de MGA e 44,6 Kg de MLG, contra 27,4% e 56,0 Kg, respectivamente, no sexo masculino. Em relação à MAC, 90% dos doentes do sexo feminino e 94% dos do sexo masculino apresentavam um valor inferior ao desejável (50-60% nas mulheres, 60-70% nos homens). No sexo feminino, 91% tinha PC ≥ 80 cm e 88% RCA ≥ 0,8, enquanto no sexo masculino 76% tinha PC ≥ 94 cm e 90% RCA ≥ 0,9. Quanto às doenças associadas, 52% das mulheres e 47% dos homens tinham HTA; 10% e 13%, respectivamente, tinham DM; e 74% das mulheres e 75% dos homens tinham HCol.

**Discussão:** Na nossa série, verificou-se predomínio do sexo feminino, e prevalência de excesso de peso e obesidade superior ao esperado na população geral, sem diferença significativa entre os sexos. Os parâmetros de composição corporal traduziam risco cardiovascular aumentado, nomeadamente o aumento do perímetro de cintura, da relação cintura/anca e da percentagem de massa gorda abdominal, e a diminuição da percentagem de água corporal. A prevalência de HTA, DM e HCol foi superior ao esperado para a idade, em ambos os sexos.

**Conclusão:** A elevada prevalência de obesidade parece apoiar o seu papel na génese da OA, mas não pode ser excluído o aumento de peso secundário ao sedentarismo e à incapacidade física. O risco cardiovascular nos doentes com OA é elevado, não só devido à obesidade e parâmetros de composição corporal adversos, mas também pela idade e associação a HTA, DM e HCol. A associação entre OA, obesidade e factores de risco cardiovascular pode também sugerir um eventual papel de mediadores endócrino-metabólicos, ainda não esclarecidos, na génese da OA. Qualquer estratégia terapêutica da OA deve incluir a intervenção nutricional, o exercício físico adequado e o controle dos factores de risco cardiovascular.

### **P74 – OBESIDADE E PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS EM SUBTIPOS DE OSTEOARTROSE**

F Rosa<sup>2</sup>, F Barcelos<sup>1</sup>, L Coelho<sup>1</sup>, A Abreu<sup>2</sup>, A Cardoso<sup>2</sup>, R Fernandes<sup>2</sup>, L Miranda<sup>1</sup>, M Parente<sup>1</sup>, R Leitão<sup>1</sup>, P Coelho<sup>1</sup>, M Silva<sup>1</sup>, H Santos<sup>1</sup>, M Micaelo<sup>1</sup>, M Mediavilla<sup>1</sup>, E Simões<sup>1</sup>, H Madeira<sup>1</sup>, C Silva<sup>1</sup>, J Saraiva Ribeiro<sup>1</sup>, D Medeiros<sup>1</sup>, C Miguel<sup>1</sup>, M Sousa<sup>1</sup>, C Miguel<sup>1</sup>, S Cortes<sup>1</sup>, L Freire<sup>2</sup>, F Pimentel<sup>1</sup>, V Las<sup>1</sup>, J Ferreira<sup>1</sup>, A Neto<sup>1</sup>, J Figueirinhas<sup>1</sup>, J Vaz Patto<sup>1</sup>, F Mesquita<sup>2</sup> e A Teixeira<sup>1</sup>



1. Instituto Português de Reumatologia
2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

**Introdução:** A osteoartrose (OA) é a doença articular mais frequente no mundo ocidental, sendo a obesidade um factor de risco para o seu desenvolvimento.

**Objectivos:** Caracterizar e comparar grupos de doentes com OA do joelho, da anca e da mão, quanto ao perfil ponderal e parâmetros antropométricos.

**Material e Métodos:** Durante dois meses foi aplicado um protocolo de avaliação aos doentes da nossa Consulta Externa, sendo registados os diagnósticos reumatológicos e não reumatológicos, e os Parâmetros Antropométricos, como o Índice de Massa Corporal (IMC), Massa Gorda Abdominal (MGA), Massa Livre de Gordura (MLG), Massa de Água Corporal (MAC), os Perímetros da Cintura (PC) e da Anca e a Relação Cintura/Anca (RCA).

**Resultados:** De um total de 557 doentes com OA, aqueles sem envolvimento poliarticular foram divididos em OA dos joelhos, ancas e mãos. Avaliaram-se 145 doentes com OA do joelho com idade média (IM) de 67 anos, 42 com OA da anca e IM de 66 anos, e 34 com OA da mão e IM de 64 anos. O sexo feminino representava 83%, 86% e 94% nos grupos de OA do joelho, anca e mão, respectivamente. O IMC médio dos doentes com OA do joelho foi 30,5 Kg/m<sup>2</sup>, com OA da anca foi 29,2, e com OA da mão foi 28,3. Os doentes obesos (IMC ≥30) representavam 50% do total do grupo da OA do joelho, 31% na OA anca, e 30% na OA mão. Dos restantes parâmetros, os resultados foram os seguintes, respectivamente nos grupos de OA do joelho, da anca e da mão: a MGA foi 35%, 34% e 36%; a MLG foi 46,9 Kg, 46,5 Kg e 43,1 Kg; MAC inferior ao desejável (50-60% nas mulheres, 60-70% nos homens) em 90%, 79% e 81%; PC superior ao desejável (94 cm no homem, 80 cm na mulher) em 91%, 86% e 79%; RCA superior ao desejável (0,9 no homem, 0,8 na mulher) em 89%, 88% e 82%.

**Discussão:** Verificou-se acentuado predomínio do sexo feminino em todos os grupos. O IMC médio e a prevalência de obesidade foi superior ao esperado na população geral, salientando-se o grupo da OA do joelho, com prevalência de obesidade muito superior aos grupos de OA da anca e mão. Os três grupos de OA apresentavam parâmetros de composição corporal que traduziam aumento da gordura corporal e do risco cardiovascular, nomeadamente aumento do PC, da RCA e da MGA, e diminuição da MAC, sendo o grupo da OA do joelho o

que apresentava piores parâmetros, e o da mão os melhores, excepto na MGA. No entanto, deve realçar-se o seguinte: a MLG foi semelhante nos doentes com OA do joelho e da anca; o número de doentes com MAC inferior ao normal foi semelhante nos grupos de OA da anca e mão; o número de doentes com RCA superior ao normal foi semelhante nos doentes com OA do joelho e da anca.

**Conclusão:** A elevada prevalência de excesso de peso em doentes com OA do joelho parece apoiar o papel da obesidade na etiopatogénese deste tipo de OA. O número de doentes com obesidade e OA da anca ou mão pode traduzir alguma influência da obesidade na sua origem. Os restantes parâmetros antropométricos, que mostram algumas associações entre os três subgrupos de OA, poderão sugerir a influência de outros factores na génese de diferentes subtipos de OA. A terapêutica de qualquer subtipo de OA deve incluir a intervenção nutricional e o exercício físico.

#### P75 – GOTA TOFÁCEA COM POLIARTRITE EM PLENO SÉCULO XXI – COMO É POSSÍVEL?

Dulcília Sá, Andreia Bernardino, Joana Brandão, Eliana Araújo, Anabela Barcelos<sup>1</sup>, Jorge Crespo  
Serviço de Medicina Interna

1. Unidade De Reumatologia, Hospital Infante D. Pedro - Aveiro

A Gota é uma doença complexa com forte envolvimento genético, conhecida desde a antiguidade e da qual dependem inúmeros factores ambientais.

Os autores descrevem o caso clínico de uma doente de 51 anos que recorre ao Serviço de Urgência por queixas de tumefacção, dor, calor e rubor a nível das articulações metacarpofalângicas (MCF) e interfalângicas proximais (IFP) de ambas as mãos, com evolução de um mês, de características inflamatórias, com rigidez matinal superior a 30 minutos e com despertares nocturnos frequentes. Referia ainda dor a nível do cotovelo esquerdo e gonalgia bilateral. Sem qualquer queixa sistémica associada. Já medicada com deflazacort, AINE e colchicina sem melhoria. Trata-se de uma doente com antecedentes de gota, hipertensão arterial e com hábitos etílicos marcados.

Ao exame objectivo apresentava telangiectasias faciais, deformação em flexão das IFP, dos 1º, 2º e 3º dedos da mão esquerda, 1º, 3º e 4ºs da mão direita, com marcados sinais inflamatórios e com tofos gotosos dispersos, alguns dos quais ulcerados.

Os exames auxiliares de diagnóstico revelaram: anemia (Hb = 10.6 g/dl) macrocítica, leucocitose com neutrofilia, P.C.R. e V.S. elevadas. A função renal e ionograma eram normais, as transaminases encontravam-se elevadas de 2 a 3 vezes o normal e a gama-GT 15 vezes o normal. A uricosúria das 24 horas era de 650 mg e a uricémia era de 9,1. A ecografia abdominal revelou um fígado globoso de contornos regulares, difusamente heterogéneo, sem evidentes sinais de lesão focal. Tinha microlitíase renal. A telerradiografia das mãos mostrou osteopenia marcada, com diminuição da interlinha articular de várias articulações, bem como erosões ósseas com lesões em «saca bocado». O estudo bacteriológico do material drenado das lesões tofáceas foi negativo.

Iniciou terapêutica com prednisolona em dose baixa (com necessidade de ser aumentada ao 7º dia de internamento), colchicina e indometacina, além da restante terapêutica de suporte.

Durante o internamento assistiu-se a uma melhoria clínica progressiva com recuperação funcional significativa, bem como evolução analítica favorável permitindo diminuir a dose de prednisolona.

Descreve-se o caso clínico pela invulgar e quase surreal forma de apresentação de uma gota tofácea crónica com artrite, em pleno século XXI.

#### **P76 – ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR**

Graça Sequeira<sup>1</sup>, N. Batista<sup>2</sup>, J. Monteiro<sup>2</sup>, M. Viana de Queiroz<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas

2. Serviço de Ortopedia

Hospital de Santa Maria

**Objectivos:** Caracterizar uma população com fractura osteoporótica da extremidade proximal do fémur e avaliar se os doentes já se encontravam medicados para a osteoporose e/ou se, após a fractura, foi prescrita terapêutica para esta doença metabólica.

**Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, em que foram revistos os processos clínicos de todos os doentes com fractura da extremidade proximal do fémur, por traumatismo de baixa energia, internados no Serviço de Ortopedia do Hospital de Santa Maria durante o ano de 2003. Excluíram-se os doentes com patologia óssea tumoral. Realizou-se análise estatística dos dados obtidos.

**Resultados:** Do total de doentes internados, que foram 1501, 244 (16,3%) apresentavam fractura da extremidade proximal do fémur com as características referidas. Cento e noventa e dois doentes (78,7%) eram do sexo feminino, com idade média de 80,1±10,4 (46-102) anos. Os doentes do sexo masculino, 52 (21,3%), tinham idade média de 74,7±14,2 (45-100) anos. A duração média do internamento foi de 12,6±5,7 (1-38) dias. Em relação ao tipo de fractura, as mais frequentes foram as extracapsulares, 137 (56,1%), relativamente às intracapsulares, 107 (43,9%), diferença que não obteve significado estatístico (p=0,09). 19,8% dos doentes do sexo feminino e 5,8% dos do sexo masculino apresentavam fractura prévia de padrão osteoporótico, diferença estatisticamente significativa (p<0,01). Em termos de co-morbilidade, 121 (49,6%) doentes apresentavam HTA, 46 (18,9%) arritmia, 34 (13,9%) Diabetes *mellitus* e 40 (16,4%) status após AVC. Dos 244 doentes, 218 (89,3%) tiveram alta, referenciados à Consulta Externa de Ortopedia do HSM, 4 (1,6%) foram transferidos para outros Serviços, 7 (2,9%) tiveram alta a pedido e 9 (3,7%) foram reinternados. Registaram-se 16 (6,6%) óbitos durante o internamento hospitalar, 8 (4,2%) do sexo feminino e 8 (15,4%) do sexo masculino (p=0,03). As principais causas de morte foram a infecção respiratória em 6 doentes e o tromboembolismo pulmonar em 4 doentes. A nenhum doente foi pedida densitometria óssea durante o internamento hospitalar. Apenas 7 (2,9%) doentes se encontravam medicados para a osteoporose, 6 com cálcio e vitamina D, 3 com bifosfonato e um com calcitonina. Após o internamento, apenas 11 (4,5%) dos doentes foram medicados com este tipo de terapêutica, 11 com cálcio e vitamina D, 3 com calcitonina e um com bifosfonato.

**Conclusões:** O número de doentes do sexo feminino que fracturou a extremidade proximal do fémur foi 3,7 vezes superior ao dos doentes do sexo masculino. A mortalidade nos homens foi significativamente superior à das mulheres. As fracturas extracapsulares estiveram associadas a maior mortalidade. Apenas uma pequena percentagem de doentes estava medicada para a osteoporose, situação que se manteve inalterável após a fractura. Devem implementar-se medidas para corrigir esta situação.

#### **P77 – LOMBOCIATALGIA – RARA MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE AMILOIDOSE PRIMÁRIA AL**

C. Silva, R. Barros, M. Mateus, M. P. Araújo,

J.C. Branco

Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (Hospital Egas Moniz)

Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino, de 71 anos de idade, internado no Serviço de reumatologia para esclarecimento de um quadro com cerca de 2 meses de evolução, caracterizado por perda ponderal e lombalgia de ritmo inflamatório com irradiação bilateral pela face posterior da coxa até ao joelho e progressiva diminuição da força muscular proximal, confirmado pelo exame objectivo, que no entanto não revelou alterações dos ROT ou da sensibilidade. O EMG revelou existirem alterações compatíveis com radiculopatia L3-L4 direita. A radiologia simples da coluna lombar apresentava alterações degenerativas, confirmadas pela TAC, mas sem aparente compressão radicular ou estenose do canal lombar. A RMN confirma a não existência de qualquer compromisso radicular. Perante este quadro foi realizada uma punção lombar, cujo estudo bioquímico e bacteriológico do líquido foi normal.

Paralelamente, apresentou nas análises de rotina um hemograma normal, uma VS elevada, ligeiro aumento da creatinina, redução da clearance da creatinina e proteinúria nefrótica de 16 gr/24 horas, não acompanhado por edemas. Realizada biopsia renal, a histologia demonstrou existirem depósitos de substância amiloide AL. Foi assim investigado para a possibilidade da existência de um mieloma múltiplo, que não se comprovou: apresentou uma proteinúria de Bence-Jones positiva para cadeias lambda, característico da presença da substância amiloide AL, sem hipergamaglobulinémia, com normocalcémia, mielograma com 6% de plasmócitos e biopsia óssea não compatível com mieloma.

Foi então colocada a hipótese de que a lesão radicular lombar fosse causada por depósitos de substância amiloide na bainha nervosa das raízes. Esta situação, embora não frequente, está descrita na amidoise heredo-familiar, e é possível, embora rara, na forma primária. Numa tentativa de demonstrar esta teoria foi realizada RMN com gadolínio, que voltou a não revelar alterações. Mas estas só seriam de esperar com depósitos de grande volume...

#### P78 – EVENTOS CARDIOVASCULARES EM DOENTES COM LES SEGUIDOS EM REUMATOLOGIA

C Silva<sup>1</sup>, L Miranda, <sup>1</sup> MJ Santos<sup>2</sup>, S Capela<sup>3</sup>, R Figueira<sup>3</sup>, P Nero<sup>4</sup>, J Alves de Matos<sup>4</sup>

Colaboração dos Serviços de Reumatologia do

1. Instituto Português de Reumatologia, Directora Clínica A Assunção Teixeira
2. Hospital Garcia de Orta, Director J Canas da Silva
3. Hospital Santa Maria, Director M Viana de Queiroz
4. Hospital Egas Moniz, Director J Branco; Unidade de Reumatologia do Serviço de Medicina Interna
5. Hospital Infante D Pedro, Director J Crespo

A patologia cardiovascular tem sido apontada como um dos factores major de mortalidade e morbilidade nos doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) nos últimos anos. No *Pittsburgh Lupus Registry* foi apontado um risco de enfarte agudo do miocárdio (EAM) cerca de 40 vezes superior nas mulheres com LES, entre os 35 e os 44 anos, do que na população em geral. Em Portugal, alguns estudos não indicam uma prevalência tão elevada de eventos cardiovasculares.

**Objectivos:** Determinar se nos doentes portugueses com LES o número de eventos cardiovasculares está significativamente aumentado e quais os factores clínicos e imunológicos associados.

**Métodos:** Foram incluídos doentes que cumpriam critérios para classificação de LES seguidos em 4 centros de reumatologia (Hospital Santa Maria, Hospital Garcia de Orta, Hospital Egas Moniz, Instituto Português de Reumatologia) entre 1976 e 2006. Analisámos as características demográficas, manifestações clínicas, perfil imunológico, terapêutica e co-morbilidade dos indivíduos com e sem eventos cardiovasculares.

**Resultados:** Dos 524 doentes avaliados encontramos 12 (2.3%) com cardiopatia isquémica e 37 (7%) com doença cerebrovascular documentadas, com 4 doentes a apresentarem ambas. A presença destes eventos correlacionou-se com a idade (40.28 anos *vs* 34.5 anos;  $p=0.02$ ); associação a hipertensão arterial (71.1% *vs* 47.5%) diabetes mellitus e trombozes arteriais ( $p<0.0005$ ) e presença de Síndrome anti-fosfolipídico secundário (SAF) (44.4% *vs* 7.0%;  $p<0.0005$ ) e quase significativamente com a presença de anticorpos anticardiolipina IgM ( $p=0.056$ ) e com a dislipidémia ( $p=0.07$ ). A presença de anticorpos anti SSA e SSB, foi significativamente inferior no grupo com doença ( $p=0.013$  e  $p=0.027$ ), assim como a toma actual de anti-palúdicos de síntese ( $p=0.02$ ). Não existiu correlação com a toma de outros fármacos.

**Conclusões:** A prevalência de eventos cardiovasculares foi relativamente baixa na nossa população. A associação de eventos cardiovasculares com

o SAF será a esperada, ainda mais num grupo com número mais elevado de casos de doença cerebrovascular do que de cardiopatia isquémica. A presença de anti-SSA e SSB como «factores protectores», associada á toma de anti-palúdicos de síntese poderá estar relacionada com a presença de doença cutâneo-articular e/ou com menor actividade. As conclusões são limitadas também por este ser um estudo retrospectivo, sem a avaliação de índice de actividade da doença actual.

#### **P79 – LES – UM CASO GRAVE DE ENVOLVIMENTO CARDÍACO**

L. Silva, F. Brandão, J. Pinto, J. Brito,  
F. Simões Ventura

Serviço de Reumatologia, Hospital de S. João, Porto

Apresenta-se caso clínico de uma doente de 24 anos com diagnóstico de LES e Síndrome anti-fosfolípídico secundário em Fevereiro /2004, com atingimento renal (Glomerulopatia III/IVOMS), articular e cardíaco, medicada com Azatioprina 150 mg/dia (1 ano), corticoterapia em dose média, e anti-agregante plaquetário.

Em Dezembro/04, episódio de Fibrilação auricular com resposta ventricular rápida e trombo auricular esquerdo, com reversão após terapêutica com digoxina e hipocoagulação.

Agravamento da função ventricular esquerda em ecocardiogramas seriados, durante o ano de 2005.

Internamento em Janeiro/06 por lúpus cutâneo sub-agudo, compromisso severo da FVE, e agravamento da proteinúria.

Efectuou 3 pulsos de metilprednisolona (500 mg, e. v), em 3 dias consecutivos, associados a terapêutica de suporte de Insuficiência Cardíaca (digitálico, IECA e diurético), com melhoria clínica e ecocardiográfica significativa. Iniciou tratamento recentemente com pulsos de ciclofosfamida, 750 mg, e.v. mensais.

O interesse da apresentação deste caso clínico reside no facto de a doente apresentar grave atingimento cardíaco, não muito frequente nos doentes com LES, mas causa importante de morbilidade e mortalidade nesta doença.

#### **P80 – DOENÇA DE STILL DO ADULTO – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO**

Vaz A<sup>1</sup>, Martins B<sup>2</sup>, Nascimento E<sup>3</sup>, Gomes A<sup>1</sup>,  
Matos L<sup>1</sup>, Martins I<sup>1</sup>, Capelo J<sup>1</sup>, Correia J<sup>1</sup>,

Mós M<sup>1</sup>, Lemos J<sup>1</sup>, Ribeiro P<sup>1</sup>, Henriques R<sup>4</sup>

1. Internos do Internato Complementar de Medicina Interna, Serviço de Medicina 1, Hospital de S. Teotónio, S.A. – Viseu

2. Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna, Serviço de Medicina 1, Hospital de S. Teotónio, S.A. – Viseu

3. Assistente Hospitalar de Medicina Interna, Serviço de Medicina 1, Hospital de S. Teotónio, S.A. – Viseu

4. Chefe de Serviço de Medicina Interna, Director do Serviço de Medicina 1, Hospital de S. Teotónio, S.A. – Viseu

**Resumo:** A doença de Still do Adulto é uma entidade clínica rara e constitui um desafio de diagnóstico, uma vez que não possui manifestações clínicas, analíticas ou histopatológicas patognomónicas, sendo por isso considerado um diagnóstico de exclusão. Trata-se de uma afecção inflamatória sistémica que se caracteriza clinicamente pela tríade de febre, rash evanescente, poliartrite e que se enquadra muitas vezes no contexto de Síndrome Febril Indeterminado.

Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino, 50 anos, que recorreu ao S.U. do Hospital S. Teotónio por síndrome febril arrastado, já medicado com antibioterapia por diversas vezes sem sucesso terapêutico. Clinicamente apresentava também poliartralalgias, hepatoesplenomegalia e múltiplas linfadenopatias. Durante o internamento e após a realização de vários exames complementares de diagnóstico (biopsia hepática e ganglionar, medulograma, serologias, TAC abdominopélvica, entre outros...) desenvolve o clássico *rash* evanescente que contribuiu para a orientação diagnóstica do doente.

Foi instituída corticoterapia com boa evolução clínica do quadro.

**Palavras-chave:** Doença de Still do Adulto; Síndrome Febril Indeterminado; Artrite; *Rash* Evanescente.

#### **P81 – LESÕES ISQUÉMICAS DIGITAIS EM DOENTE COM ASMA – CASO CLÍNICO**

T. Videira<sup>1</sup>, E. Mariz<sup>1</sup>, S. Pimenta<sup>1</sup>, F. Brandão<sup>1</sup>,  
J. Brito<sup>1</sup>, F. Simões Ventura<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital de São João, Porto

Doente, 50 anos, caucasóide, com antecedentes de asma brônquica e de sinusite/rinite crónica. História com 6 meses de evolução de poliartralgi-

as difusas, simétricas, de ritmo misto associadas de parestesias/disestesias das extremidades dos 4 membros, fenómeno de Raynaud e atingimento do estado geral (com febrícula e emagrecimento de 10 Kg em 2 meses).

Ao exame físico apresentava lesões isquémicas nos dedos das mãos, lesões hemorrágicas peri-ungueais e áreas de hipostesia mal definidas nas extremidades dos 4 membros. Sem poliartrite.

Analicamente apresentava anemia (Hgb 10 g/dl), leucocitose (16.000/l) com eosinofilia (> 49%), trombocitose (560.000) e um síndrome inflamatório biológico (aumento da VS 105 mms e PCR 57 mg/dl); Imunologia: aumento IgG (2070) e IgE (222); p-ANCA positivos; Restante estudo imunológico, serológico, microbiológico era normal;

A EMG dos membros superiores e inferiores sugeria uma mononeuropatia múltipla e a Biópsia de pele-músculo-nervo revelou «neuropatia axonal crónica, secundária a vasculite de pequenos vasos e inflamação granulomatosa eosinofílica extravascular».

Durante o internamento desenvolveu quadro agudo de isquemia digital das mãos pelo que após o diagnóstico de Síndrome de Churg – Strauss foi iniciado tratamento com 3 pulsos de 1 g de Metilprednisolona ev em 3 dias consecutivos e Ciclofosfamida (pulsos mensais ev) mantendo prednisolona per os 60 mg/dia.

Apresenta até à data evolução favorável com resolução progressiva das lesões isquémicas e melhoria acentuada das queixas neuropáticas.

## **P82 – LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

### **SORONEGATIVO – 3 CASOS CLÍNICOS**

Nuno Bernardino Vieira, Luísa Arez.

Instituição: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, Portimão – Serviço de Medicina – Director de Serviço: Dr. Carlos Santos

**Introdução:** A presença de marcadores imunológicos, nomeadamente os Anticorpos Anti-Nucleares (ANAs), são um factor importante no diagnóstico do Lúpus Eritematoso Sistémico (LES). A sua ausência é por vezes encarada como critério de exclusão para o diagnóstico.

**Objectivo:** Caracterizar os doentes seguidos na Consulta de Medicina com o diagnóstico de LES soronegativo (ANA-negativo).

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo onde foram incluídos todos os doentes seguidos nos últimos 5 anos na Consulta de Medicina com o diagnóstico

de LES e com serologia negativa para os ANAs à data do diagnóstico. Analisaram-se parâmetros demográficos, clínicos, tratamento e evolução.

**Resultados:** Cumpriram os critérios de inclusão 3 doentes, todos do sexo feminino. Idade média de diagnóstico 52,7 anos. Um dos casos apresentou-se como um Lúpus Discóide com o aparecimento posterior de astenia, anemia e alopecia. O segundo caso manifestou-se com astenia, poliartrite, fotossensibilidade e trombocitopenia severa. A terceira doente apresentava poliartrite, alopecia, fotossensibilidade e leucopenia. Verificou-se boa resposta à corticoterapia sistémica nos primeiros dois casos e aos anti-inflamatórios não esteróides no terceiro caso com remissão da sintomatologia. Apenas em um caso se verificou seroconversão (ANA-positivo) 18 meses após o diagnóstico.

**Conclusões:** Os ANAs constituem um passo importante no algoritmo diagnóstico do LES. Um título negativo na presença dum quadro clínico compatível não deve no entanto excluir o diagnóstico nem atrasar a instituição da terapêutica. Parte dos LES soronegativos podem converter-se em soropositivos ao longo da evolução da doença.

## **P83 – EXEQUIBILIDADE DO AUMENTO DO INTERVALO DE TEMPO ENTRE AS INFUSÕES DE INFliximab NA EA**

F. Vinagre, S. Garçês, A. R. Cravo, M. J. Santos, J. Canas da Silva.

Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta.

**Introdução:** Até há pouco tempo as opções terapêuticas na Espondilite Anquilosante (EA) eram limitadas, mas actualmente existem fármacos biológicos mais eficazes no controlo da doença. O infliximab, um anticorpo monoclonal contra o TNF $\alpha$  está aprovado para o tratamento da EA na dose recomendada de 5 mg/Kg de 6 em 6 semanas. No entanto, o elevado custo desta terapêutica poderá constituir uma limitação ao seu uso mais generalizado. Neste sentido, é importante saber se em doentes seleccionados é viável aumentar o intervalo entre as administrações de infliximab, mantendo a mesma resposta terapêutica.

**Objectivo:** Avaliar a manutenção da resposta terapêutica ao infliximab administrado de 8 em 8 semanas nos doentes que responderam à dose de 5 mg/Kg administradas a cada 6 semanas.

**Material e Métodos:** Em 18 doentes com EA a fazer infliximab, com resposta à terapêutica de acordo com os Consensos da Sociedade Portuguesa de

Reumatologia sobre a utilização de antagonistas do TNF $\alpha$  na EA (BASDAI 50 ou ASAS 20), prolongou-se o intervalo de administração do fármaco para 8 semanas. A resposta terapêutica foi avaliada a cada infusão através do BASDAI, BASFI, dor, rigidez, avaliação global feita pelo doente e parâmetros inflamatórios (VS e PCR).

**Resultados:** Treze doentes eram do sexo masculino e 5 do sexo feminino. A idade média era de 40,9 $\pm$ 10,2 anos e a duração da doença de 13,7 $\pm$ 8,7 anos. O BASDAI médio inicial era de 60,9 $\pm$ 21,1 e o BASFI médio inicial de 51,8 $\pm$ 27,8. O aumento do intervalo entre as infusões realizou-se em média 41,2 $\pm$ 32,8 semanas após o início da terapêutica. Verificou-se que após 55,4 $\pm$ 31,3 semanas 55,6% (10/18) dos doentes mantiveram resposta BASDAI 50 ou ASAS 20.

**Conclusões:** O aumento do intervalo entre infusões de infliximab é adequado para uma percentagem significativa de doentes, mantendo a eficácia farmacológica e reduzindo assim os custos directos e indirectos da terapêutica.

#### DIA 29 DE ABRIL DE 2006

#### P84 – PREVALÊNCIA DE OSTEOPENIA E DE OSTEOPOROSE NUMA AMOSTRA NÃO ALEATÓRIA DE ADULTOS PORTUGUESES

Domingos Araújo<sup>1,2</sup>, Fátima Borges<sup>2</sup>,  
Fernando Almeida<sup>2</sup>, Lúcia Costa<sup>1,2</sup>, Raquel Lucas<sup>1</sup>,  
Henrique Barros<sup>1</sup>

1. Serviço de Higiene e Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

2. Associação Portuguesa de Osteoporose (APO)

**Introdução:** A prevenção das fracturas osteoporóticas

passa pela identificação dos indivíduos em risco de osteoporose e subsequente correcção dos factores de risco modificáveis.

**Objectivo:** Estimar as prevalências de osteopenia e osteoporose na amostra.

**Métodos:** Em 144 centros de saúde portugueses foi avaliada uma amostra não aleatória de 17024 adultos caucasianos, no contexto do programa de identificação de indivíduos em risco de osteoporose. A amostra foi constituída por 15570 mulheres e 1454 homens, aos quais foi medida a densidade mineral óssea no terço distal do antebraço, por densitometria óssea com raios X de feixe duplo num aparelho Lunar® PIXI. Para a definição de osteopenia e de osteoporose foram usados os valores T calculados em relação à população referência usada pelo fabricante e os pontos de corte recomendados pela Organização Mundial de Saúde (osteopenia: valor T igual ou inferior a -1,0 e superior a -2,5; osteoporose: valor T igual ou inferior a -2,5). A média de idades (desvio-padrão) na amostra foi 61,6 (11,2) e variou entre 20 e 102 anos.

**Resultados:** As prevalências (IC 95%) de osteopenia foram 40,1% (39,3-40,9) nas mulheres e 43,7% (41,1-46,3) nos homens e de osteoporose foram 19,8% (19,2-20,4) nas mulheres e 25,3% (23,2-27,7) nos homens e aumentaram com a idade de forma significativa para ambos os sexos (p para a tendência <0,001).

**Conclusão:** As prevalências de osteopenia e de osteoporose nos homens dificilmente permitem tirar conclusões, dadas as limitações do processo de amostragem. As frequências de osteopenia e de osteoporose nas mulheres, para as quais o tamanho amostral é muito superior, permitem estimar que um importante número de mulheres portuguesas

Classe Etária	Normal n (%)	Osteopenia n (%)	Osteoporose n (%)	Total n (%)
<b>Mulheres</b>				
< 50	1.789 (70,3)	718 (28,2)	38 (1,5)	2.545 (100,0)
50 – 59	2.553 (55,6)	1.822 (39,7)	214 (4,7)	4.589 (100,0)
60 – 69	1.442 (31,1)	2.279 (49,1)	923 (19,9)	4.644 (100,0)
$\geq 70$	461 (12,2)	1.421 (37,5)	1.910 (50,4)	3.792 (100,0)
Total	6.245 (40,1)	6.240 (40,1)	3.085 (19,8)	15.570 (100,0)
<b>Homens</b>				
< 59	125 (44,2)	128 (45,2)	30 (10,6)	283 (100,0)
60 – 69	182 (36,8)	210 (42,4)	103 (20,8)	495 (100,0)
$\geq 70$	143 (21,2)	297 (43,9)	236 (34,9)	676 (100,0)
Total	450 (31,0)	635 (43,7)	369 (25,3)	1.454 (100,0)

poderá ter risco elevado de fracturas osteoporóticas.

#### **P85 – SÍNDROMA CAMPTODACTILIA-ARTROPATIA-COXA**

##### **VARA: CASO CLÍNICO**

Paula Araújo<sup>1</sup>, Ana Medeiro<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia H. Egas Moniz

2. Serviço de Genética H. Santa Maria

Os autores apresentam o caso clínico de um jovem de 22 anos, de raça negra, natural da Guiné, com um quadro de poliartrite simétrica e aditiva com 11 anos de evolução, envolvendo inicialmente joelhos, punhos, articulações MCF e IFP das mãos, de carácter ondulante (3 em 3 meses), associada a rigidez articular de várias horas. Progressivamente houve envolvimento de forma aditiva e simétrica dos cotovelos, ombros, túbio-társicas e pequenas articulações dos pés, bem como o surgimento de cervicalgias de ritmo misto e deformação em flexão por retracção tendinosa das mãos e dos pés. Ao exame objectivo apresentava limitação e dor à mobilidade da coluna cervical, coxofemorais (rotação interna e abdução), joelhos, túbio-társicas, punhos, cotovelos e IFP das mãos, bem como tumefacção dos joelhos com choque da rótula bilateral, dos cotovelos, punhos, IFP das mãos e MCF. Tinha ainda deformações irreduzíveis em flexão da IFP de todos os dedos das mãos, mais acentuado no 1º e 5º e dos dedos dos pés (campodactilia) e lesões de ictiose vulgar generalizada. Na história familiar do doente há a salientar o mesmo quadro familiar em 2 irmãos sendo os pais saudáveis mas consanguíneos (primos). O exame radiológico evidenciou coxa vara, aumento do espaço das diversas interlinhas articulares, tumefacção de partes moles peri-articulares, mãos com flexão das IFP mas sem erosões ou esclerose. A avaliação laboratorial (ANA, ENA, factores reumatóides, VDRL, Hudleson, Rosa de Bengala, Widal, serologias para HIV 1 e 2, HTLV 1 e 2 e hepatite C) não revelou alterações, à excepção de uma «cicatriz» laboratorial de hepatite B. O ecocardiograma a radiografia de tórax e a ecografia abdominal não revelaram alterações. A prova de Mantoux foi negativa com 2U PPD. A artrocentese do joelho direito revelou exames bacteriológico, micológico e micobacteriológico directo e cultural negativos. A biópsia sinovial do joelho mostrou uma membrana sinovial edemaciada, com exsudação focal de fibrina e presença de algumas células gigantes multinucleadas, com ausência de infiltrado inflamatório. Foi feito o diagnóstico de síndrome camptodactilia artropatia coxa vara, caracteri-

zado por uma artropatia não inflamatória com transmissão autossómica recessiva (segue-se uma revisão bibliográfica).

#### **P86 – SARCOIDOSE – CARACTERIZAÇÃO DE DOENTES DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA**

F Barcelos, J Vaz Patto, E Simões, M Mediavilla, M Micaelo, P Araújo, A Teixeira

Instituto Português de Reumatologia (IPR), Lisboa

**Introdução:** A sarcoidose é uma doença inflamatória sistémica de etiologia desconhecida, caracterizada pela presença de granulomas não-caseosos, com maior expressão pulmonar, cutânea e ocular. São registadas manifestações reumatológicas em cerca de 25% dos doentes.

**Objectivo:** Descrever as manifestações reumatológicas e não-reumatológicas numa população de doentes com sarcoidose.

**Material e métodos:** Foi avaliado retrospectivamente um grupo de 12 doentes com sarcoidose, quanto às manifestações iniciais e ao envolvimento de órgãos e sistemas durante a evolução da doença, com particular destaque para as manifestações reumatológicas.

**Resultados:** Todos os doentes eram caucasianos, e onze eram do sexo feminino (92%). A idade média à apresentação foi de 49,1 anos  $\pm$  12,9 (34–80), e o tempo médio de evolução 8,4 anos  $\pm$  12,9 (1–25). Em 6 doentes (50%), o diagnóstico de sarcoidose foi colocado no decurso da investigação em consulta de Reumatologia, enquanto os restantes já tinham diagnóstico à data da 1ª consulta. As manifestações constitucionais ocorreram em 9 doentes (75%), sendo iniciais em 8 (67%) e persistentes em 2 (17%). As manifestações pulmonares ocorreram em 10 doentes (83%). As manifestações cutâneas ocorreram em 10 doentes (83%), consistindo em eritema nodoso em 6 (50%), lupus pérmio em 2 (17%), e adenopatias/nódulos cutâneos em 4 (33%). As queixas secas surgiram em 7 doentes (58%). O envolvimento ocular ocorreu em 5 doentes (42%): 3 com queratoconjuntivite seca (25%) e 2 (17%) com uveíte. Em 1 doente (8%) ocorreu parotidite. Um doente (8%) tinha envolvimento cardíaco, com insuficiência cardíaca e miocardiopatia dilatada.

Todos os doentes apresentaram manifestações reumatológicas: artralrias em 12 (100%), miopatia em 2 (17%), e osteoporose em 7 doentes (58%), dos quais 4 (33%) com fracturas.

Ocorreram artralguas na apresentação da sarcoidose em 9 doentes (75%), poliarticular em 6 (50%) doentes e oligoarticular em 3 (25%), sendo o início súbito 78 (7 em 9) e insidioso em 22% (2 em 9). O padrão foi simétrico em 33 (3 em 9) e assimétrico em 67% (6 em 9), interessando: joelho (7 doentes), punho (6), IFP (6), MCF (5), ombro (4), cotovelo (4), coxo-femoral (4), tibio-társica (4) e MTF (3). Em cinco doentes (42%) houve sinais de artrite. Durante a evolução ocorreu remissão das artralguas em 2 doentes (17%), e 3 doentes (25%) inicialmente sem queixas articulares iniciaram poliartalgias, um deles com artrite.

**Discussão:** A prevalência de manifestações reumatológicas foi elevada, resultado da referenciação de doentes com artralguas/artrite precoces, sendo o diagnóstico de sarcoidose por vezes colocado durante a marcha diagnóstica. Um número significativo de doentes tinha osteoporose, provavelmente multifactorial. Em relação às manifestações não-reumatológicas, não é possível estabelecer comparações com outras séries, dada a pequena dimensão da amostra e o viés de selecção.

**Conclusões:** As manifestações reumatológicas na sarcoidose poderão ser mais frequentes que o habitualmente descrito, uma vez que ao quadro articular se adiciona a osteoporose fracturária. Para melhor esclarecimento da sua verdadeira prevalência, são necessários mais estudos. No entanto, a sarcoidose deve ser considerada na investigação de qualquer doente com artralguas/artrite recente.

#### **P87 – UM CASO DE REACÇÃO ANAFILÁTICA AO CEFTRIAXONE EM DOENTE COM ARTRITE GONOCÓICA.**

R.Barros, C.Silva, M.Mateus, A. Alves Matos, J.C.Branco

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (H. Egas Moniz).

Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino de 35 anos de idade, internado por um quadro de artrite do tarso e tenossinovites do pé esquerdo com 5 semanas de evolução, que surgiu durante o curso de um síndrome febril e uretrite. O diagnóstico foi confirmado com um simples exame do exsudado uretral, que revelou a presença de *Neisseria gonorrhoeae*. Dada a longa evolução da artrite sem terapêutica, à data do internamento já existiam erosões ósseas importantes no tarso, o que não é frequente neste tipo de infecção. Posteriormente, durante a terapêutica com

ceftriaxone, o antibiótico de 1ª linha na terapêutica da artrite gonocócica, o doente desenvolveu uma reacção anafilática grave com ARDS e necessidade de ventilação assistida. Trata-se de um caso clínico simples que demonstra a importância de uma anamnese cuidada no sentido de evitar o consumo de exames complementares desnecessários, apresentando ainda a particularidade da do quadro clínico da reacção anafilática ao ceftriaxone, que embora esteja descrito na literatura, é raro.

#### **P88 – PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO PORTUGUESA DO HAQ**

Elizabeth Benito-Garcia<sup>1,2</sup>, MJ Santos<sup>2</sup>, Sofia Ramiro<sup>1,3</sup>, Susana Medeiros<sup>2</sup>, Rute Cordeiro<sup>1,3</sup>, J.A.Canas da Silva<sup>2</sup>, Frederick Wolfe<sup>4</sup>

1. Bioepi Clinical and Translational Research Center, Lisbon, Portugal

2. Department of Rheumatology, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

3. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

4. National Databank for Rheumatic Diseases

**Objectivos:** O *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) é o questionário mais utilizado e o mais universalmente aceite para avaliar a função em reumatologia. Tem sido validado em várias populações e línguas. A versão para a população Portuguesa (P-HAQ) foi criada baseada na versão inglesa de 20 itens, tendo esse trabalho sido publicado já em Portugal. No entanto, nunca foi validado. Apresentam-se algumas propriedades psicométricas do instrumento, e que podem contribuir para a validação do mesmo.

**Métodos:** O P-HAQ foi administrado a 488 doentes com artrite reumatóide (AR) (80,6% sexo feminino; média de idade 55,4 anos; média de idade de início da AR 40,4 anos; e média de duração de doença 14,3), em vários centros de reumatologia Portugueses entre 2003-2005. À mesma população, foi aplicado uma outra versão do HAQ baseada no HAQ-disability (HAQ-dis) que foi especificamente desenvolvido para doentes com AR e difere do P-HAQ por excluir as perguntas relacionadas com as ajudas técnicas. Foram feitas comparações entre as duas versões do HAQ, bem como com o componente de avaliação física do SF-36 (PCS), e outras medidas de relacionadas com a AR.

**Resultados:** A média do P-HAQ foi 1,04, e do HAQ-



-dis foi de 1,46. Para o P-HAQ, a capacidade para detectar uma variação mínima é de 69%. A correlação entre o P-HAQ e o PCS foi de -0,66. A tarefa mais difícil foi a de «alcançar e trazer até si um objecto com cerca de 2,5 kgs colocado acima da sua cabeça», para a qual 40% dos doentes responderam «Incapaz». As tarefas mais fáceis foram «Levar à boca um copo ou uma chávena cheios», «Sentar e levantar-se da sanita», e «Abrir as portas do carro» que foram conseguidos «Sem qualquer dificuldade» por 56%, 52%, e 51% dos doentes, respectivamente. Os efeitos de chão (score de 0) e de tecto (score de 3) do P-HAQ foi de 7.5% e 0.4% respectivamente, enquanto que esses efeitos para o HAQ-dis foram de 4,7% e 0,5%, respectivamente. O PCS tinha um efeito de chão e de tecto de 0%. Tanto o P-HAQ como o HAQ-disa correlacionaram-se positivamente com a escala visual analógica (EVA) da dor, a EVA da actividade global da doença, e a EVA da depressão (coeficiente de correlação >0.60) e correlacionaram-se negativamente com medidas da qualidade de vida do doente como o EuroQol, e o PCS (coeficiente de correlação <-0.60).

**Conclusões:** Em geral, as propriedades psicométricas tanto do P-HAQ como do HAQ-dis foram, boas. Os efeitos de chão e de tecto para ambos também foram bons. No entanto, o HAQ-dis tinha um efeito de chão mais pequeno do que o P-HAQ e do que as versões Inglesas do HAQ. As tarefas mais difíceis e mais fáceis são as mesmas das versões Inglesas.

#### **P89 – RAQUIALGIAS COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE AMILOIDOSE AL: UM CASO INVULGAR COM ENVOLVIMENTO ÓSSEO**

Miguel Bernardes<sup>1</sup>, Sofia Pimenta<sup>1</sup>, Isabel Castro<sup>2</sup>, Alexandra Bernardo<sup>1</sup>, José Pinto<sup>1</sup>, Luísa Lobato<sup>3</sup>, José Brito<sup>1</sup>, Francisco Simões-Ventura<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia
2. Serviço de Hematologia, Hospital São João
3. Familial Amyloidosis Research Centre, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Porto

**Introdução:** A fronteira entre a amiloidose AL (AAL) primária e a associada a mieloma (MM) é imprecisa, dependendo da importância que se atribui ao grau de plasmocitose medular para o diagnóstico de MM. As manifestações ósseas de AAL são raras, encontrando-se publicados apenas uma vintena de casos clínicos.

**Caso clínico:** Homem de 63 anos, com osteoporose

se já diagnosticada e raquialgias com 12 meses de evolução, apresentou-se com deformação dolorosa do manúbrio do esterno, lombalgias e dor inguinal à esquerda com incapacidade para a marcha, num contexto de emagrecimento recente (12 kg num mês). O Rx da bacia objectivou focos de osteólise circunscrita, bordados de osteocondensação, na anca esquerda e o Rx do ráquis revelou múltiplos achatamentos vertebrais. A RM vertebral evidenciou hipersinal nos corpos vertebrais de S2-S3-S4-, nas ponderações T1 e T2, e uma massa paravertebral abaixo de S1. A cintigrafia óssea mostrou hiperfixação em D9, nas sacro-iliacas e no púbis à esquerda. Analiticamente, apresentava elevação da VS, PCR, fosfatase alcalina e  $\gamma$ -GT, dislipidemia e hipogamaglobulinemia. Não foi detectada gamapatia monoclonal por imunofixação, quer no soro, quer na urina. Dada a presença de hepatomegalia, realizou uma biópsia hepática, que objectivou depósitos de substância amilóide com distribuição sinusoidal. A biópsia medular manúbrio-esternal mostrou 4,3% de plasmocitose, com fenótipo MGUS (2 populações: uma (27%) CD38+, CD19-, CD56-/ +het, CD45-; outra (73%) CD38+, CD19-/ +het, CD56-/ +het, CD45+) e amiloidose. A biópsia óssea de S2 revelou apenas a presença de depósitos peri-vasculares de substância amilóide. Todos estes depósitos eram resistentes ao permanganato de potássio. A imuno-histoquímica da medula óssea (anticorpos, poli e monoclonais, anti-TTR, anti-AA e anti-cadeias leves) mostrou imunoreactividade fraca para cadeias  $\lambda$ , concretizando-se o diagnóstico de AAL. O doente apresentava também insuficiência renal, sem proteinúria, e infiltrados intersticiais pulmonares difusos no Rx e na TC torácicos. O ecocardiograma, a cintigrafia e a RM miocárdicas não permitiram objectivar qualquer envolvimento cardíaco, apesar da presença de alterações evolutivas no ECG. Para o tratamento, utilizou-se a associação idarrubicina-dexametasona (Z-DexX4) e perfusões mensais de pamidronato. Aos 7 meses, constatou-se uma regressão parcial do atingimento hepático e das raquialgias, tendo recuperado a autonomia na marcha. Aos 12 meses, na sequência de uma fractura do ilíaco direito, foi internado, vindo a falecer 3 meses depois por falência multi-orgânica.

**Conclusão:** Este caso clínico ilustra uma causa rara de «osteoporose», a AAL primária, que respondeu parcialmente ao uso da associação Z-DexX4, terapêutica utilizada habitualmente no tratamento do MM.

**P90 – SACRO-ILEÍTE E ACNE CONGLOBATA: UMA FORMA DE SAPHO.**

M. Bogas, M. C. Afonso, D. Araújo

Serviço Reumatologia, Centro Hospitalar do Alto Minho

**Introdução:** O síndrome de SAPHO (sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte) é uma doença inflamatória crónica, recidivante, rara, que surge geralmente em doentes jovens, caracterizada por manifestações cutâneas e osteo-articulares. Existem múltiplas formas de apresentação e várias entidades nosológicas que pertencem à mesma doença, sendo muitas vezes difícil estabelecer um diagnóstico definitivo.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 15 anos, observado na consulta por referir dor na região glútea e face antero-lateral da coxa, bilateral, intensa e incapacitante com cerca de duas semanas de evolução, necessitando de auxiliares para a marcha. Estava apirético e tinha bom estado geral. Estava medicado com antibiótico para tratamento de um acne conglobata exuberante da face e tronco desde há dois meses.

Os exames analíticos revelaram uma discreta anemia, ligeira leucocitose, elevação da VS e PCR, hemoculturas negativas e HLAB27 negativo. As radiografias da bacia não mostraram alterações a nível das coxo-femorais mas deixavam algumas dúvidas sobre a existência de sacro-ileíte bilateral confirmada posteriormente por RMN e cintigrafia óssea. Este último exame não mostrou no entanto qualquer outro tipo de alteração, nomeadamente hiperfixação de outras áreas articulares. Iniciou tratamento regular com AINEs melhorando muito. Foi estabelecido o diagnóstico de síndrome de SAPHO.

**Discussão e conclusão:** São inúmeras as doenças que associam manifestações cutâneas a osteo-articulares. A investigação diagnóstica pode depender da identificação da lesão cutânea ou do reconhecimento desta no mesmo contexto clínico das queixas reumáticas. Como a acne, na sua forma habitual, é frequente em adolescentes, pode não ser valorizada no contexto do quadro clínico referido. As manifestações cutâneas descritas no síndrome de SAPHO incluem a pustulose palmo-plantar, acne conglobata ou fulminans, psoríase pustular e hidradenite supurativa. A parede anterior do tórax e o ráquis são as estruturas osteo-articulares mais frequentemente envolvidas. A associação de sacroileíte e acne conglobata constituem critérios suficientes para o diagnóstico. A sacro-ileíte, apesar de frequente nas formas espondilíticas, é uma forma pouco comum

de apresentação desta doença, sendo menos frequente ainda o seu aparecimento bilateral.

**P91 – VARIÁVEIS LABORATORIAIS E MASSA ÓSSEA – ANÁLISE EM MULHERES JOVENS E PÓS-MENOPÁUSICAS**  
Helena Canhão<sup>1,2,3</sup>, João Eurico Fonseca<sup>1,2</sup>, Carlota Saldanha<sup>3</sup>, M Viana Queiroz<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria

2. Unidade de Artrite Reumatoide, Instituto de Medicina Molecular

3. Instituto de Biopatologia Química, Faculdade de Medicina de Lisboa

**Objectivos:** Avaliar se há diferenças detectáveis em análises bioquímicas entre mulheres saudáveis numa faixa etária correspondente ao pico de massa óssea, mulheres pós-menopáusicas com massa óssea normal e mulheres pós-menopáusicas com osteoporose (OP) primária. Determinar se existem diferenças, entre os grupos, nos valores dos marcadores de remodelação óssea.

**Métodos:** Estudámos de forma transversal mulheres saudáveis com idades entre os 20 e os 30 anos, correspondentes ao pico de massa óssea e mulheres pós-menopáusicas com mais de 50 anos de idade. As mulheres pós-menopáusicas foram divididas em dois grupos após realização de densitometria óssea – grupo com massa óssea normal e grupo com critérios de osteoporose. Foram excluídas mulheres osteopénicas, com osteoporose secundária e as medicadas com terapêutica anti-osteoporótica. A avaliação laboratorial foi efectuada para todas, no mesmo laboratório (Hospital Santa Maria) e incluiu – hemoglobina, velocidade sedimentação, glicémia, creatinina, clearance da creatinina, ácido úrico, homocisteína, cálcio sérico e urinário, fósforo sérico e urinário, magnésio, zinco, lipase, colesterol, triglicerídeos, desidrogenase láctica, creatinina-quinase, proteínas totais, albumina, apolipoproteína E, hormona tireotrófica, prolactina, IGF1, hormona de crescimento, calcitonina, dehidroepiandrosterona, paratormona e marcadores de remodelação óssea (fosfatase alcalina total e isoenzima óssea, osteocalcina, N-telopeptídeos urinários, desoxipiridolína e a razão destes dois últimos com a creatinúria).

**Resultados:** 45 mulheres, distribuídas por 3 grupos – 15 jovens (grupo A) com idade média de 25,2±3,4 anos, 20 mulheres pós-menopáusicas com massa óssea normal (grupo B) com 65,9±8,5 anos e 10 mulheres pós-menopáusicas com osteoporose primária.

ria (grupo C) com idade média de  $64,5 \pm 11$  anos.

Detectámos doseamentos mais elevados no grupo A para a prolactina, hormona de crescimento, DHEA e IGF-1 relativamente aos grupos B e C (de acordo com o esperado para a idade). No grupo C detectámos valores séricos de lipase ( $29,2 \pm 7,6$ ), inferiores aos grupos A ( $36,5 \pm 9,4$ ) e B ( $36,2 \pm 5,5$ ). Da mesma forma e relativamente aos marcadores de remodelação óssea a osteocalcina era inferior no grupo C ( $5,98 \pm 3,27$ ), relativamente aos grupos A ( $8,12 \pm 4,56$ ) e B ( $7,46 \pm 5,8$ ). A razão entre o NTX urinário e a creatinúria era de  $81,6 \pm 29,8$  para o Grupo C,  $60 \pm 17,6$  para o grupo A e  $55,1 \pm 44,8$  para o grupo B (p não significativo). Não se detectaram diferenças entre os grupos nos níveis de cálcio e fósforo séricos ou urinários, fosfatase alcalina total e isoenzima óssea e desoxipiridolina urinária.

**Discussão:** Dos resultados do nosso trabalho destacamos a aparente maior sensibilidade da osteocalcina relativamente à fosfatase alcalina total e isoenzima óssea como marcador de formação e do NTX/creatinúria relativamente à desoxipiridolina como marcador de reabsorção nos doentes com OP. No entanto a grande variabilidade individual não permite estabelecer valores de *cut-off* entre os grupos. As diferenças detectadas na lipase sérica, não foram acompanhadas de diferenças nos valores séricos de colesterol, triglicéridos e apolipoproteína E. O valor inferior da lipase no grupo de mulheres com OP é um dado não reportado e requer confirmação em amostras de maiores dimensões, mas poderia ser explicado pelas interrelações entre adipócitos e osteoblastos ou em alternativa associar-se a baixos níveis de vitamina D nestes doentes.

#### P92 – UM CASO RARO DE HIPEROSTOSE ENDOSTEAL

S. Capela<sup>1</sup>, R. Figueira<sup>1</sup>, F. Ramos<sup>1</sup>, E. Sousa<sup>1</sup>, J.C. Romeu<sup>1</sup>, M.V. Queiroz<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital de Santa Maria

**Objectivo:** A hiperostose endosteal consiste num grupo de doenças genéticas que se pode dividir em 3 subtipos, síndrome de van Buchem, esclerosteose e síndrome de Worth, sendo habitual em todos a presença de aumento da mandíbula. O síndrome de van Buchem caracteriza-se por envolvimento de vários pares cranianos e osteosclerose das colunas, clavículas e coluna vertebral. Os doentes com esclerosteose apresentam aumento ponderal e da

altura, dismorfismo facial, surdez, paralisia facial, hipertelorismo, sindactilia e desvio radial das falanges distais. Radiologicamente, destaca-se hiperostose do crâneo e mandíbula. O síndrome de Worth é caracterizado pela presença de uma massa palatina e radiograficamente por espessamento cortical da mandíbula. Os autores descrevem um caso clínico de um doente com hiperostose endosteal difusa associada a níveis elevados de fosfatase alcalina, que habitualmente se encontra em níveis normais neste grupo de patologias.

**Resultados:** Doente do sexo masculino, 83 anos, com antecedentes pessoais de hipertireoidismo (tireoidectomizado) e insuficiência venosa crónica, com queixas de longa data de dor difusa de ambas as pernas, que se tem vindo a agravar progressivamente. À observação, de referir peso e altura normais, não apresentando o doente fácies característica ou dismorfismos. Analiticamente, destacava-se aumento dos parâmetros inflamatórios assim como dos valores de fosfatase alcalina. Foram excluídas outras causas de aumento desta enzima e os níveis da isoenzima óssea também se encontravam aumentados. Radiograficamente, apresentava hiperostose endosteal difusa dos ossos longos dos 4 membros, crâneo, coluna vertebral e ilíacos, com diminuição do espaço medular e ausência de alterações do perióstio. A cintigrafia óssea de corpo inteiro revelou hiperfixação moderada de todo o esqueleto axial, com espessamento dos ossos longos. Realizou audiograma, que demonstrou hipocúria neuro-sensorial moderada bilateral. Não foram detectados outros membros da família com alterações laboratoriais ou imagiológicas semelhantes.

**Discussão/Conclusão:** Os níveis aumentados de fosfatase alcalina e o padrão de envolvimento ósseo tão difuso não se encontra descrito na literatura neste grupo de patologias. Poderá tratar-se de uma variante benigna da doença, praticamente assintomática apesar de afectar todo o esqueleto.

#### P93 – PERCEPÇÃO CORPORAL NOS DOENTES REUMATOLÓGICOS

A Cardoso<sup>2</sup>, L Miranda<sup>1</sup>, R Fernandes<sup>2</sup>, F Rosa<sup>2</sup>, L Coelho<sup>1</sup>, A Abreu<sup>2</sup>, M Parente<sup>1</sup>, R Leitão<sup>1</sup>, P Clemente-Coelho<sup>1</sup>, M Silva<sup>1</sup>, H Santos<sup>1</sup>, M Micaelo<sup>1</sup>, M Mediavilla<sup>1</sup>, E Simões<sup>1</sup>, H Madeira<sup>1</sup>, C Silva<sup>1</sup>, J Ferreira<sup>1</sup>, D Medeiros<sup>1</sup>, F Barcelos<sup>1</sup>, C Miguel<sup>1</sup>, S Cortes<sup>1</sup>, J Ribeiro<sup>1</sup>, R Figueiredo<sup>1</sup>, L Freire<sup>2</sup>, F Pimentel<sup>1</sup>, V Las<sup>1</sup>,

A Neto<sup>1</sup>, J Figueirinhas<sup>1</sup>, J Vaz Patto<sup>1</sup>, F Mesquita<sup>2</sup>, A Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

**Introdução:** O peso e a obesidade têm uma componente física e da composição corporal, mas encontram-se também associados a uma dimensão psicológica e social. A imagem e a percepção corporal, que os doentes têm do seu próprio corpo, influencia a atitude na mudança de comportamentos alimentares.

**Objectivos:** Avaliar a percepção da imagem corporal, com base na aparência actual e ideal, numa população de doentes com patologias reumatológicas.

**Material e Métodos:** Foi aplicado um protocolo de avaliação clínica de auto-preenchimento, que incluía uma escala CDRS (*Contour Drawing Rating Scale*, by M. Thompson and J. Gray, 1995) para avaliação da percepção corporal, por identificação da aparência actual e ideal. Foram ainda avaliados pela equipa de Nutrição do IPR: Índice de Massa Corporal (IMC), Perímetros da Cintura e da Anca, Relação Cintura/Anca, Massa Gorda, massa livre de gordura (FFM) e água corporal total (TBW). Estes parâmetros foram medidos através de dois aparelhos, a bioimpedância de mãos (OMRON®, HBF300) e de pés (TANITA®, TBF350).

**Resultados:** Foram observados 956 doentes, 786 (82,2%) eram do sexo feminino e 170 (17,8%) do sexo masculino, com idade mediana de 59 anos (média de 58,04±13,7). No conjunto da totalidade dos doentes a imagem corporal actual mediana correspondia à figura 7 (média =6,05) e a imagem ideal mediana correspondia à figura 4 (média =3,81). Em média, os doentes gostariam que a sua imagem se situasse em pelo menos 2 valores abaixo, na escala de 1 a 9 (-2,14). Apesar de existir correlação significativa entre a imagem actual e a ideal (índice de correlação de Spearman=0,359), existe uma diferença estatisticamente significativa das médias das duas imagens ( $p<0,005$ , segundo o teste de Wilcoxon).

**Conclusão:** A imagem corporal dos doentes está

relacionada com a idade ( $p=0,013$ ), peso, IMC, FFM, TBW, perímetro da cintura e anca ( $p<0,0005$ ). Portanto a percepção da própria imagem não está distorcida e apresenta um desvio para a direita na escala CDRS (no sentido da obesidade), conforme a idade é mais elevada. Estas evidências, são uma mais valia, na motivação dos doentes para a alteração do estilo de vida, nomeadamente, de comportamentos alimentares e actividade física. Deste modo, é possível conseguir maior aderência, a um plano alimentar adequado, que visa atingir uma antropometria e composição corporal compatíveis com a melhor qualidade de vida destes doentes. A melhoria da comorbilidade nos doentes com patologia reumatológica é essencial, quer pela diminuição da dor, quer pela maior autonomia.

Tendo em conta que a escala CDRS é normalmente aplicada a doenças do comportamento alimentar (anorexia e bulimia), seria importante adaptar à população actual, de modo a diferenciar o excesso de peso e os 3 graus de obesidade.

#### P94 – CAPILAROSCOPIA E ENVOLVIMENTO PULMONAR NA ESCLEROSE SISTÊMICA

Sara Cortes<sup>1</sup>, Paulo Clemente-Coelho<sup>2</sup>

1. Interna do Internato Complementar de

Reumatologia do Instituto Português de Reumatologia

2. Assistente de Reumatologia do Instituto Português

de Reumatologia, responsável pela Consulta de

Fenómeno de Raynaud e Esclerose Sistémica

**Objectivos:** Determinar a relação do envolvimento pulmonar em doentes com o diagnóstico de ES, com o padrão capilaroscópico.

**Métodos:** A capilaroscopia foi realizada com um estereomicroscópio com ampliação de 10x a 100x. Os resultados foram divididos em grupos, de acordo com os critérios de H. Maricq *et al.* («padrão lento» e «padrão rápido») e de M Cutolo *et al.* (padrões «precoces», «activo» e «tardio»). O envolvimento pulmonar foi avaliado por radiografia do tórax e/ou TAC torácica; provas de função respiratória (PFR) e ecocardiografia.

**Resultados:** Foram estudados 33 doentes (30 do sexo feminino, 3 do sexo masculino). A média de idades foi de 57,2 anos (entre 27 e 86 anos). Treze doentes apresentavam ES difusa e 20 doentes ES

**Tabela 1. Distribuição dos doentes pela escala CDRS**

Escala CDRS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aparência Actual (%)	2,2	4,9	6,3	9,9	11,9	12,2	25,6	18,2	8,7
Aparência Ideal (%)	9,1	14,6	20,1	22,6	18,8	8,8	5,1	0,9	0,1

limitada. A fibrose pulmonar foi detectada em 12 (36,3) doentes. Os resultados das PFR foram os seguintes: normal- 14 (42,4) doentes; padrão respiratório restritivo- 14 (42,4) doentes; diminuição da difusão do CO (<80%)- 17 (51,5%) doentes. A distribuição dos padrões capilaroscópicos foi a seguinte: A) segundo a classificação de Maricq: a) padrão lento- 14 (42,4%) doentes; b) padrão rápido- 19 (57,6%) doentes. B) Segundo a classificação de Cutolo: a) padrão precoce- 8 (24,2%) doentes; b) padrão activo- 10 (30,3%) doentes; c) padrão tardio- 15 (45,4%) doentes. Dos 14 doentes com padrão respiratório restritivo, 4 (28,5%) apresentavam «padrão activo», 9 (64,3%) apresentavam «padrão tardio», 3 (21,4%) «padrão lento» e 11 (78,6%) «padrão rápido». Dos 17 doentes com diminuição da difusão do CO, 5 (29,4%) apresentavam um «padrão activo», 9 (52,9%) «padrão tardio» 5 (29,4%) «padrão lento» e 12 (70,6%) «padrão rápido». Dos 12 doentes com fibrose pulmonar, 3 (25,0%) apresentavam «padrão activo», 6 (50,0%) «padrão tardio», 3 (25,0%) «padrão lento» e 9 (75,0%) «padrão rápido». Apenas 5 doentes tinham hipertensão pulmonar, não havendo diferenças entre os padrões capilaroscópicos nestes subgrupos.

**Conclusões:** Os nossos resultados sugerem uma associação entre os padrões capilaroscópicos «rápido» (Maricq) e «tardio» (Cutolo), com a presença de envolvimento pulmonar mais significativo. Contudo, o reduzido nº de doentes deste estudo não permite tirar conclusões estatisticamente significativas. São necessários estudos em maior escala para provar esta possível associação, que, se confirmada no futuro, será uma mais valia na avaliação prognóstica dos doentes com ES. É também importante a inclusão de mais doentes para avaliar a possível correlação desta tendência, com a duração da doença e com a gravidade das alterações microcirculatórias.

#### **P95 – TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE EM PORTUGAL: TENDÊNCIA E VARIAÇÃO GEOGRÁFICA**

Lúcia Costa, Olavo Rocha, Nuno Lunet, Henrique Barros.

Serviço de Higiene e Epidemiologia – FMUP.

**Objectivos:** Descrever o uso de medicamentos (estimado pelas vendas) para o tratamento da osteoporose entre 1998 e 2004 e a variabilidade geográfica na sua utilização em 2004.

**Métodos:** Através do IMS Health obtivemos os da-

dos de vendas de medicamentos para o tratamento da osteoporose em ambulatório, em Portugal, de 1998 a 2004 (n.º de embalagens e valor a preço de venda ao público (PVP) de cada designação comercial), e por distrito, em 2004 (n.º de embalagens e valor a PVP de cada medicamento, mas sem distinção de dosagem ou dimensão da embalagem). Considerámos para cada grupo (bifosfonatos, raloxifeno, calcitoninas, THS e suplementos de cálcio e vitamina D), em cada ano, o somatório dos valores de número de embalagens ou valor a PVP, independentemente das dosagens e tamanhos da embalagem. Para os bifosfonatos, calcitoninas e raloxifeno foram calculadas as DDD (*Defined Daily Dose*) vendidas anualmente em todo o país. Todos os dados de consumo de medicamentos são apresentados por mulher com idade entre 45 e 74 anos. Os dados nacionais foram utilizados para descrever a evolução das vendas de 1998 a 2004, e com os dados distritais foi efectuado o mapeamento dos consumos em 2004, utilizando o programa *ArcView GIS Version 3.1*®.

**Resultados:** O valor gasto em Portugal com medicamentos dos grupos farmacoterapêuticos utilizados na osteoporose teve um aumento de 60%, de 34€/mulher em 1998 para 55€/mulher em 2004. As vendas de bifosfonatos aumentaram mais de cinco vezes de 1998 a 2004, representaram em 2004, em valor a PVP, cerca de 60% do mercado nacional dos medicamentos indicados para a osteoporose. O raloxifeno representava aproximadamente 10% das vendas em 2004. O consumo de calcitoninas decresceu cerca de 70% no período em observação. O uso da THS registou até 2001/2002 um aumento de 30% a 40% e a partir dessa altura um decréscimo de magnitude semelhante. As variações no consumo de cálcio e vitamina D foram de menor magnitude que as observadas para os restantes grupos.

Na análise dos consumos relativos ao ano de 2004 observaram-se diferenças geográficas nas vendas, com uma amplitude de variação de aproximadamente duas vezes (para os bifosfonatos e para o cálcio e vitamina D) a cerca de 3 vezes (para o raloxifeno, as calcitoninas e a THS) entre os distritos nacionais. Em Beja e Bragança observam-se sistematicamente valores dos mais baixos para as vendas de medicamentos pertencentes a todos os grupos analisados, e Aveiro apresenta sempre valores dos mais elevados. Os maiores consumos de raloxifeno observam-se, na região Noroeste do país e a THS foi mais utilizada nos distritos do litoral.

**Discussão/conclusões:** Em Portugal, a evolução do consumo dos medicamentos utilizados para o tratamento da osteoporose assim como o peso relativo de cada um dos grupos segue um padrão semelhante ao observado noutros países. A variação regional no uso destes fármacos pode reflectir diferenças distritais na frequência da doença ou na proporção de casos com tratamento. Contudo, a amplitude da variação observada sugere que outros factores, designadamente de natureza social e económica, possam contribuir para essa assimetria.

**P96 – TERAPÊUTICA BIOLÓGICA E INDUÇÃO DE AUTO-ANTICORPOS: ANÁLISE DE UM HOSPITAL DE DIA**

M. Couto, C. Ambrósio, A. Barcelos, M.J. Salvador, I. Cunha, M.J. Saavedra, J. Garcia, P. Abreu, C. Duarte, C. Vaz, P. Monteiro, P. Machado, J. Silva, A. Malcata  
Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Os autores analisaram os dados referentes a 48 doentes com o diagnóstico de artrite reumatóide, sob terapêutica biológica, com a finalidade de avaliar o surgimento de auto-anticorpos e de eventuais manifestações clínicas.

**Material e métodos:** Foram alvo desta análise 45 mulheres e 3 homens, com uma média de idades de 51,5 anos, em tratamento com infliximab (n=14), etanercept (n=15) e adalimumab (n=19). Pesquisaram-se auto-anticorpos (ANA's, Anti dsDNA, Anti-histonas, Anti SSA e SSB) imediatamente antes do tratamento, à 30ª semana, à 54ª semana e à 102ª semana.

**Resultados:** 23% (n=11) do total dos doentes alterou o seu padrão de imunidade, tendo sido detectados novos auto-anticorpos à 30ª semana em 4 dos casos e à 54ª semana nos restantes 7 casos. Destes, 4 dizem respeito a doentes medicados com etanercept, 4 com infliximab e 3 com adalimumab. Os auto-anticorpos mais frequentemente detectados foram os ANA's, (com o aparecimento de anti dsDNA num doente), não se tendo verificado outras manifestações sugestivas de LES ou outra conectivite.

**Conclusões:** A relação entre o uso de terapêuticas biológicas e a formação de novos auto-anticorpos é já conhecida, especialmente em relação ao infliximab. Os autores procuraram analisar e comparar o comportamento dos 3 fármacos mais usados em terapêuticas biológicas: infliximab, etanercept e

adalimumab. Parece existir uma menor tendência para alterações de padrão imunológico dos doentes sob tratamento com adalimumab (15,8% dos casos), comparativamente aos que fazem etanercept (26,7% dos casos) e infliximab (28,6% dos casos). Apesar da presença destes anticorpos, não se verificou o surgimento de qualquer manifestação clínica relacionável com essa alteração imunológica.

**P97 – PREVALÊNCIA DOS FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULARES E ATROSCLEROSE CAROTÍDEA NUMA POPULAÇÃO COM LES**

Ana R Cravo<sup>1</sup>, Rui Camacho<sup>2</sup>, Maria J Santos<sup>1</sup>, Ana C Cordeiro<sup>1</sup>, Fátima Godinho<sup>1</sup>, Viviana Tavares<sup>1</sup> e José Canas da Silva<sup>1</sup>.

1. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada
2. Serviço de Radiologia, Hospital Garcia de Orta, Almada.

**Objectivo:** A aterosclerose pode representar nos doentes com lúpus eritematoso sistémico (LES) uma importante causa de mortalidade e morbidade. A doença subclínica atinge cerca de 30 a 40% dos doentes. Na população portuguesa a prevalência não é conhecida. O nosso objectivo foi determinar a prevalência dos factores de risco cardiovasculares (CV) tradicionais e a prevalência da aterosclerose carotídea numa população de doentes com LES.

**Métodos:** Avaliámos 36 doentes com diagnóstico de LES e determinámos a duração da doença, a presença de factores de risco CV modificáveis, o perfil lipídico e a medicação habitual. A actividade da doença foi obtida pelo *SLE Disease Activity Index* (SLEDAI) e o dano a longo termo foi determinado pelo *Systemic Lupus International Collaborating Clinic* (SLICC). A presença de placas carotídeas e a espessura da parede arterial carotídea (intima/média) – EIM – foi medida por ecografia carotídea em modo B, doppler a cores e espectral.

**Resultados:** Os doentes tinham uma idade média de 41,6±14,8 anos, 86,1% eram do sexo feminino e 13,9% do sexo masculino, com predomínio da raça caucasiana (80,5%) e uma duração média de doença de 6,09±7,47 anos. Dezanove por cento dos doentes eram hipertensos, 5,5% eram diabéticos, 30,5% tinham hiperlipidémia e 33,3% tinham excesso de peso, 11,1% tinham hábitos tabágicos e cerca de 75% levavam uma vida sedentária. Oiten-

ta e um por cento dos doentes estavam sob corticoterapia (dose média diária 7,8±10,6mg de prednisolona) e 72% faziam antipalúdicos. Nenhum dos doentes tinha tido evento CV prévio. O SLEDAI médio na última avaliação foi 2,5±3,25 e o SLICC médio foi 0,4±0,87. Apenas três mulheres (8,3%) tinham placas carotídeas. A espessura média íntima/média carotídea foi 0,7±0,1 mm. Não foram encontradas estenoses significativas e o fluxo sanguíneo foi normal em todos os doentes. A EIM correlacionou-se com a idade dos doentes e com a presença de hipertensão.

**Conclusões:** Encontrámos uma prevalência baixa de aterosclerose carotídea, que pode ser explicada por se tratar de uma população jovem, com poucos factores de risco CV tradicionais, baixa actividade de doença e baixo índice de dano a longo termo. No entanto não podemos excluir a influência de factores genéticos ou nutricionais.

#### P98 – VARIAÇÃO DA ACTIVIDADE INFLAMATÓRIA E DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS DOENTES COM EA SOB TERAPÊUTICA ANTI-TNF $\alpha$

A. R. Cravo, S. Garcês, F. Vinagre, M. J. Santos, J. Canas da Silva

Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

O *Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index* (BASDAI) e o *Bath Ankylosing Spondylitis Functionality index* (BASFI) são instrumentos utilizados para avaliação da actividade da doença e do grau de limitação funcional na Espondilite Anquilosante.

**Objectivos:** Avaliar longitudinalmente a variação da actividade inflamatória e da capacidade funcional medidas pelo BASDAI e pelo BASFI em doentes com EA sob terapêutica anti-TNF $\alpha$ . Verificar se a melhoria da actividade inflamatória se traduz numa melhoria da capacidade funcional.

**Métodos:** Incluímos 23 doentes com EA que cumpriram pelo menos 48 semanas de terapêutica com Infliximab ou Etanercept. Os questionários BASDAI e BASFI foram analisados às 0, 24 e 48 semanas de tratamento. Verificámos se existia correlação entre a variação da actividade inflamatória e a capacidade funcional dos doentes.

**Resultados:** Dos doentes avaliados 18 eram do sexo masculino, tinham uma idade média de 37,70±9,28 anos e uma duração média de doença de 11,13±8,40 anos. Dezoito doentes encontravam-se sob terapêutica com infliximab e 4 sob terapêutica com etanercept. Verificou-se uma redução significativa

Média	Inicial	Semana 24	Semana 48
BASDAI	56,39±19,47	27,90± 21,00	27,72±22,64
BASFI	48,69±25,76	25,11± 17,68	27,43±18,36
Variação BASDAI	-	-50,52%	-48,42%
Variação BASFI	-	-50,84%	-43,67%

tanto nos valores do BASDAI como do BASFI à semana 24 e 48.

A correlação entre os valores do BASDAI e do BASFI à semana 0 foi de 0,53 (IC 95% 0,152-0,774), que aumento na semana 24 para 0,71 (IC95% 0,433-0,872) e à semana 48 para 0,79 (IC95% 0,559-0,910).

**Conclusão:** Ao longo das 48 semanas de tratamento verificou-se uma melhoria mantida da actividade da doença e da funcionalidade. A melhoria da actividade da doença medida pelo BASDAI teve uma boa correlação com a melhoria da actividade funcional medida pelo BASFI, em todos os momentos da avaliação e aumentando ao longo do tempo.

#### P99 – CARACTERIZAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DA COMPOSIÇÃO CORPORAL NA FIBROMIALGIA

D Medeiros<sup>1</sup>, L Coelho<sup>1</sup>, A Abreu<sup>2</sup>, A Cardoso<sup>2</sup>, R Fernandes<sup>2</sup>, F Rosa<sup>2</sup>, L Miranda<sup>1</sup>, R Leitão<sup>1</sup>, P Coelho<sup>1</sup>, M Silva<sup>1</sup>, H Santos<sup>1</sup>, M Parente<sup>1</sup>, M Micaelo<sup>1</sup>, M Mediavilla<sup>1</sup>, E Simões<sup>1</sup>, H Madeira<sup>1</sup>, C Silva<sup>1</sup>, F Pimentel<sup>1</sup>, I Barata<sup>1</sup>, J Ferreira<sup>1</sup>, J Figueirinhas<sup>1</sup>, F Barcelos<sup>1</sup>, M Sousa<sup>1</sup>, C Miguel<sup>1</sup>, S Cortes<sup>1</sup>, A Neto<sup>1</sup>, L Freire<sup>2</sup>, J Vaz Pato<sup>1</sup>, F Mesquita<sup>2</sup> e A Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

**Objectivo:** Avaliação antropométrica e da composição corporal em 275 doentes com o diagnóstico de Fibromialgia.

**Introdução:** A Fibromialgia (FM) é um síndrome de etiologia desconhecida caracterizado por dor crónica difusa, articular e muscular, que afecta a população geral numa prevalência que varia entre os 0,5 a 5%, envolvendo, sobretudo, mulheres de meia-idade. A associação entre FM e outras entidades crónicas, como a obesidade, alterações da tensão arterial, e outros factores de risco cardiovascular, podem indicar um papel importante de causalidade com distúrbios do eixo hipotalâmico-pituitário, do sistema autónomo, e de hormonas

sexuais, já identificados em muitos doentes com FM. Esta possível associação levou-nos a estudar as características antropométricas e a presença de factores de risco cardiovascular numa população com o diagnóstico de FM estabelecido.

**Material e Métodos:** O estudo decorreu durante dois meses, em tempos separados, no Instituto Português de Reumatologia, envolvendo doentes com FM, que recorreram à consulta de reumatologia. Os critérios de classificação de FM foram os do ACR. Os doentes foram submetidos a um protocolo de auto-preenchimento assistido, onde constava entre outros factores, o diagnóstico não reumatológico e reumatológico, o qual era preenchido pelo médico assistente. Foram também avaliados pela equipa de nutrição os seguintes parâmetros: peso, altura, índice de massa corporal (IMC), perímetro da cintura, perímetro da anca, relação cintura/anca, massa gorda (percentagem e quilogramas), a massa magra (quilogramas) e a água corporal total (percentagem e quilogramas). Estes parâmetros foram medidos através de 2 aparelhos, a bioimpedância de mãos (OMRON HBF-300) e de pés (TANITA TBF-350). Foram ainda avaliadas doenças associadas, intimamente relacionadas com o risco cardiovascular: a Hipertensão Arterial, Diabetes *mellitus* e a Hipercolesterolemia

**Resultados:** Foram observados 275 doentes com FM, 9(3%) do sexo masculino e 266(97%) do sexo feminino. A idade média foi de  $52 \pm 11,58$  anos [17;81], o peso médio de  $68,8 \pm 13,43$  kg, com um IMC médio de  $28,1 \pm 5,16$  Kg/m<sup>2</sup>. A bioimpedância das mãos revelou uma percentagem média de massa gorda de 36%. A massa gorda média medida pela bioimpedância das mãos foi de  $36 \pm 6,3\%$ , em que 192(70%) dos doentes tinham excesso de massa gorda, sendo que destes, 9(5%) pertenciam ao sexo masculino e 183(95%) ao sexo feminino. A massa gorda média medida pela bioimpedância dos pés foi de  $34,5 \pm 7,61\%$ , em que 192(70%) dos doentes tinham excesso de massa gorda, sendo que destes, 6(3%) pertenciam ao sexo masculino e 186(97%) ao sexo feminino. Quanto à percentagem de água, 163(59,2%) doentes, apresentavam quantidades de água inferiores ao desejável, 4(2,5%) do sexo masculino e 159(97,5%) do sexo feminino. A quantidade de massa magra média foi de  $44,5 \pm 5,78$  kg. Quanto aos factores de risco cardiovasculares: 34(12%) tinham Hipertensão Arterial, 7(3%) tinham Diabetes *mellitus*, 14(5%) tinham Hipercolesterolemia. A relação cintura/anca média foi de 0,87cm.

**Conclusão:** A maior parte dos doentes observados

pertenciam ao sexo feminino, o que está de acordo com o que se sabe sobre a prevalência da FM no sexo feminino. A média de idades foi de 62 anos, um valor um pouco superior ao que seria de esperar, já que esta patologia encontra-se sobretudo em mulheres com cerca de 50 anos de idade. No que respeita à avaliação nutricional, verificou-se uma elevada percentagem de obesidade, sobretudo no sexo feminino. Este achado pode revelar uma associação directa com este síndrome, contudo, há que ter em consideração o sedentarismo marcado neste grupo de doentes, dada a presença generalizada de dor crónica musculoesquelética. Verificou-se ainda uma percentagem significativa de factores de risco cardiovascular, nomeadamente Hipertensão Arterial, eventualmente associada a um distúrbio metabólico generalizado (Síndrome X).

#### P100 – VALOR PROGNÓSTICO DA ENTESITE EM DOENTES COM ARTRITE PSORIÁTICA

R. Figueira, F. Ramos, C.M. Rosa, J.T. Costa, M.V. Queiroz

Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital Santa Maria, Lisboa

**Introdução:** A artrite psoriática é uma doença articular inflamatória crónica caracterizada pela associação de artrite e psoríase, evoluindo por vezes para formas incapacitantes. A entesite é uma característica clínica frequente em todas as espondilartropatias e que por ter sido associada a determinadas formas clínicas de artrite psoriática a sua presença poderá ter valor prognóstico.

**Objectivos:** Identificar e comparar a presença de determinadas características clínicas em doentes com e sem entesite.

**Métodos:** Foram analisadas variáveis sócio-demográficas e clínicas, em 117 doentes com artrite psoriática, seguidos na Consulta Externa de Reumatologia entre 1984 e 2005. Estes doentes foram divididos num grupo com entesite (Grupo 1) e noutro sem entesite (Grupo 2).

Os autores utilizaram métodos estatísticos descritivos e o teste chi-quadrado para caracterizar a população e relacionar a presença de entesite com os diversos achados clínicos.

**Resultados:** A idade média dos doentes (Grupo 1:  $56,2 \pm 12,3$  e Grupo 2:  $54,0 \pm 13,5$ ), a idade de início da doença articular (Grupo 1:  $40,4 \pm 10,6$  e Grupo 2:  $43,8 \pm 13,7$ ) e o tempo de evolução da doença (Grupo 1:  $15,6 \pm 9,5$  e Grupo 2:  $10,4 \pm 8,4$ ) foram se-



melhantes nos dois grupos. Não se encontraram também, diferenças estatisticamente significativas, entre sexos.

Quarenta e três doentes (38,1%) tiveram pelo menos um episódio de entesite durante o tempo de evolução de doença.

Os autores verificaram que o grupo dos doentes com entesite esteve associado a formas erosivas da doença em 63% *vs* 29,4% ( $p < 0,001$ ), à presença de periostite em 74% *vs* 15,7% ( $p < 0,001$ ) e com o envolvimento das articulações interfalângicas distais em 65% *vs* 37,6% ( $p < 0,01$ ). No grupo dos doentes com entesite a presença de dactilite foi maior (53,5 *vs* 28,6;  $p < 0,01$ ) e não se verificou associação estatisticamente significativa entre entesite e a forma de apresentação da doença, outras formas clínicas ou tipo de psoríase.

**Conclusão:** A presença de entesite parece estar associada a formas mais agressivas de artrite psoriática, dada a maior prevalência de periostite e erosões.

#### P101 – RITUXIMAB NO TRATAMENTO DO LÚPUS ERMATEMATOSO SISTÊMICO

JE Fonseca<sup>1</sup>, MJ Santos<sup>2</sup>, E Mariz<sup>3</sup>, M Oliveira<sup>4</sup>, P Pinto<sup>3</sup>, H Canhão<sup>1</sup>, MJ Saavedra<sup>4</sup>, F Vargas<sup>5</sup>, Vaz C<sup>3</sup>, JA Pereira da Silva<sup>1</sup>, A Malcata<sup>4</sup>, J Canas da Silva<sup>2</sup>, F Ventura<sup>3</sup>, Mário Viana Queiroz<sup>1</sup>.

1. Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria
2. Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta (HGO)
3. Serviço de Reumatologia do Hospital de São João
4. Serviço de Reumatologia dos Hospitais Universitários de Coimbra
5. Serviço de Hemato-oncologia do HGO

**Introdução:** O tratamento do Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) refractário aos fármacos convencionais é uma situação complexa com elevada morbilidade e mortalidade. Nos últimos anos a utilização do rituximab (RTX) tem apresentado resultados promissores. Apresentamos 4 casos clínicos de utilização deste fármaco em doentes com LES refractários a múltiplas terapêuticas.

**Casos Clínicos:** Doente 1: sexo feminino, 38 anos, trombocitopenia autoimune diagnosticada há 3 anos no contexto de LES. Refractária à azatioprina (AZT), ciclofosfamida PO e EV e ao micofenolato de mofetil. Recusou esplenectomia. Mantinha plaquetas acima de 10.000 com um esquema de 1,5 g de

metilprednisolona (MP) e  $\gamma$ -globulina quinzenal, associado a doses de prednisona (PDN) diárias de 10 a 30 mg. Foi tratada com RTX 375mg/m<sup>2</sup> em 4 pulsos semanais, tendo sido confirmada laboratorialmente a depleção de linfócitos B. Ao fim de 3 meses de seguimento foi possível estabilizar as doses de PDN em 10mg/dia e reduzir os pulsos de MP para 1g mensal, coadjuvado por  $\gamma$ -globulina mensal, com contagens plaquetárias acima dos 20 000

Doente 2: sexo feminino, 28 anos, trombocitopenia autoimune diagnosticada há 12 anos no contexto de LES. Refractária a AZT, danazol,  $\gamma$ -globulina e à esplenectomia. Mantinha plaquetas acima de 10 000 com uma dose de PDN diária de 20 a 40 mg. Foi tratada com RTX 375mg/m<sup>2</sup> em 4 pulsos semanais, não tendo realizado o último tratamento por aparecimento de doença do soro. Ao fim de 4 meses de seguimento foi possível estabilizar as doses de PDN em 5 mg em dias alternados, tendo atingido uma contagem plaquetária acima de 100.000.

Doente 3: sexo feminino, 24 anos, trombocitopenia autoimune diagnosticada há 9 anos (tratada com PDN,  $\gamma$ -globulina e esplenectomia) e manifestações clínicas e analíticas compatíveis com LES desde há 7 anos. No contexto de surto de agravamento da doença surgiu envolvimento do sistema nervoso central refractário à corticoterapia e  $\gamma$ -globulina. Foi tratada com RTX 375mg/m<sup>2</sup> em 4 pulsos semanais e 2 pulsos de ciclofosfamida. Foi confirmada laboratorialmente a depleção de linfócitos B. Ao fim de 3 meses de seguimento verificou-se normalização progressiva dos parâmetros clínicos e analíticos, não apresentando evidência actual de actividade do LES.

Doente 4: sexo feminino, 27 anos, LES com 7 anos de evolução, fibromialgia, depressão e hiperprolactinémia, apresentava poliartrite refractária a múltiplos DMARD e a  $\gamma$ -globulina (1g/Kg/dia em 2 dias) mensal. Em Outubro de 2004 faz MTX 15 mg/semana + RTX 375mg/m<sup>2</sup> (toma única), sem melhoria clínica. Em Maio de 2005, mantendo doses estáveis de MTX (15 mg/s) e PDN 10 mg/dia é submetida a duas administrações de RTX 1 g com intervalo de 15 dias. Ao fim de 6 meses de seguimento verifica-se redução no número de articulações tumefactas (20 para 12, em 28), mantendo elevado número de articulações dolorosas (25 para 22, em 28).

**Discussão:** Apesar do pouco tempo de seguimento, estes 4 casos clínicos ilustram que o RTX constitui uma opção terapêutica muito útil e segura no LES refractário à terapêutica convencional.

**P102 – UMA COMPARAÇÃO DE FACTORES DE RISCO NAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EM MULHERES CAUCASIANAS E SUL ASIÁTICAS NO REINO UNIDO**

Lydia Freire<sup>1,3</sup>, Soma Mitra<sup>2</sup>, Nicola Lowe<sup>2</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Department of Biological Sciences UCLAN

3. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

**Introdução:** A Osteoporose é uma doença metabólica caracterizada por uma baixa massa óssea e por uma deterioração micro-arquitectural do tecido ósseo, com consequente aumento da fragilidade do osso e aumento do risco de fracturas. A ingestão adequada de Ca, vit D e outros micronutrien-

casianas e Sul Asiáticas (média±DP) era de  $25.1 \pm 3.2$  e  $21.8 \pm 3.1$  anos respectivamente. A ingestão diária de nutrientes foi comparada entre os dois grupos, nomeadamente a ingestão calórica total, HC, proteínas, lípidos, vit D, P, Ca e Zn. Os valores obtidos encontram-se na tabela seguinte. O valor médio de BUA para as Caucasianas era de  $82.62 \pm 15.11$  dB/MHz e de  $77.12 \pm 11.39$  para as Sul Asiáticas, o que corresponde respectivamente a 95% e 87% do valor normal para este intervalo de idades.

**Conclusão:** Não se observaram diferenças estatisticamente significativas a nível do consumo de micronutrientes essenciais para o osso (Vit D, P, Ca e Zn) entre os dois grupos. Contudo a nível dos valores de BUA observou-se que dentro dos valores que se consideram normais para este grupo de idades, as mulheres Caucasianas apresentam melhores valores do que as Sul Asiáticas. Desta forma parece que existem outros factores, a ser investigados num próximo estudo, que colocam as mulheres Sul Asiáticas em maior risco de desenvolver fracturas osteoporóticas.

	Caucasianas	Sul Asiáticas	t (t < 0.05)	p (p < 0.01)
BUA(dB/MHz)	82,62±15,11	77,12 ± 11,39	1,490	0,142
% Esperada	95,24±17,32	87,24 ± 12,63	1,912	0,061
Energia (Kcal)	2064,13± 478,20	2550,2 ± 696,79	-3,02	0,004
HC (g)	282,32 ± 69,08	346,80 ± 102,93	-2,73	0,008
Proteínas (g)	77,08 ± 23,05	85,56 ± 25,08	1,29	0,201
Lípidos (g)	71,17±24,91	100,79 ± 30,62	-3,91	0,0003
Vit D (units)	2,76 ± 1,43	2,39 ± 2,24	-1,700	0,089
P (units)	1386,55± 361,71	1511,4 ± 400,34	1,203	0,234
Ca (mg)	986,24 ± 328,47	1264 ± 868	-1,008	0,323
Zn (mg)	9,44 ± 3,07	10,38 ± 2,99	-0,946	0,344

tes é essencial para o osso, assim como para reduzir o risco de fracturas osteoporóticas. As mulheres Asiáticas a residir no Reino Unido parecem estar em maior risco de desenvolver Osteoporose do que as mulheres Caucasianas, devido a factores dietéticos e ao estilo de vida.

**Objectivos:** Investigar factores de risco que potenciem as fracturas osteoporóticas em mulheres Sul Asiáticas e Caucasianas e usar a informação obtida como uma base de recomendação para melhorar as medidas de prevenção e tratamento a serem aplicadas aos pacientes Sul Asiáticos.

**Material e Métodos:** 29 mulheres Caucasianas e 25 mulheres Sul Asiáticas entre os 20 e 30 anos foram recrutadas da *University of Central Lancashire*. O consumo alimentar foi obtido por entrevista, através do preenchimento de um questionário de frequência alimentar. Os dados obtidos foram analisados usando uma base de dados alimentar (*Win-Diets*). A atenuação pelo ultrassom do osso (BUA) foi determinada usando a sonometria de ultrassom de contacto no calcâneo (McCue CUBA Clinical Ultrasonometer).

**Resultados:** A média de idades nas mulheres Cau-

**P103 – RS3PE – REVISÃO DE UMA SÉRIE PESSOAL DE 11 CASOS CLÍNICOS**

J. A. Melo Gomes

Assistente Graduado de Reumatologia do Instituto Português de Reumatologia. Lisboa, Portugal.

Daniel J. McCarthy publicou em 1985 [«Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS3PE syndrome). JAMA 254: 2763-7, 1985»] a primeira descrição de uma síndrome caracterizada pelo aparecimento, de forma súbita, no indivíduo idoso (de idade superior a 60 anos, mas geralmente com mais de 70) de um quadro de Sinovite grave Simétrica Seronegativa (para os factores reumatoides IgM), acompanhada de edema mole das mãos e/ou pés («Pitting Edema»).

Esta síndrome atinge predominantemente os punhos e mãos (carpos e bainhas dos tendões digitais), é mais frequente no sexo masculino (2M/1F) e caracteristicamente entra em remissão com a administração de doses médias de Prednisolona (10-15mg/dia ou equivalente) por período relativamente curto, obtendo-se a remissão em intervalo

variável entre 3 semanas e 36 meses, habitualmente sem sequelas significativas (discretas contracturas de flexão dos dedos das mãos podem observar-se).

O Quadro abaixo tem a indicação das características dos 11 doentes estudados (7M/4F), dos quais apenas um tem idade inferior a 70 anos (idade média de início=75 anos), que foram por mim diagnosticados e tratados entre 1992 e 2006.

Caso	Idade de início	Sexo	Duração antes do diagnóstico	Edemas (Mãos/Pés)	Remissão	VS
1	75	M	12 s	+++ M	4s DFZ	78
2	84	M	3 s	+++ M/ P	1s DFZ	50
3	77	M	10 s	+++ M/ P	1s PDN	52
4	82	M	4 s	+++ M/ P	1s DFZ	10
5	78	M	4 s	+++ M	4s DFZ	34
6	61	F	3 s	+++ M	3M DFZ	70
7	71	F	2 s	+++ M	2s PDN	43
8	75	M	8 s	+++ M	3s DFZ	50
9	78	F	3 s	+++ M	3s DFZ	67
10	70	M	4 s	+++ M/ P	2s DFZ	82
11	78	F	2 s	+++ M	DFZ	98

A remissão foi rápida e espectacular após introdução da corticoterapia e persistiu em todos os casos após a suspensão, lenta e progressiva, da terapêutica.

Em 2 casos verificou-se recidiva dos sintomas após suspensão abrupta do corticoide, feita por iniciativa do doente.

A comorbilidade foi frequente, como seria de esperar neste grupo etário: Diabetes mellitus tipo II (3 casos), anemia refractária + prótese aórtica (1 caso), insuficiência cardíaca congestiva (2 casos), hipertensão arterial (4 casos), e polimialgia reumática cerca de 2 anos antes (1 caso).

#### P104 – ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL-SISTÊMICA (AIJ-S) NUMA POPULAÇÃO IBERO-AMERICANA

José Melo-Gomes<sup>1</sup>, Marta Conde<sup>2</sup>, M.O. Hilário<sup>3</sup>, Blanca Bica<sup>3</sup>, Sheila Oliveira<sup>3</sup>, Breno Pereira<sup>3</sup>, for the Pediatric Rheumatology Iberoamerican Study Group of the CIAR.

1. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

2. Serviço de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca

3. Vários centros brasileiros de Reumatologia Pediátrica.

**Objectivos:** Caracterização clínica, laboratorial e da evolução de uma população ibero-americana de doentes com AIJ-S

**Métodos:** Estudo retrospectivo de uma população de doentes (dts) com AIJ que cumpriam os critérios da ILAR para AIJ-S e com duração de doença  $\geq 6$  meses. Foram analisadas variáveis clínicas e laboratoriais e para os casos com doença há mais de 10 anos analisaram-se também classe funcional, complicações e terapêutica efectuada.

**Resultados:** Dos 610 dts da base de dados JIA do CIAR, 166 (27,2%) tinham doença sistémica, 143 (23,4%) início poliarticular (P) e 301 (49,3%) oligoarticular (O). Dos doentes com JIA-S, 50,6% eram raparigas e a apresentação ocorreu aos  $5 \pm 3,46$  anos (O:  $7,2 \pm 4,2$ ; P:  $7,7 \pm 4,1$ ;  $p < 0,0001$ ). 85,5% apresentaram exantema, 51,2% hepato/esplenomegalia, 59,6% linfadenopatias, e 25,9% serosite; 76,3% dos dts com AIJ-S apresentaram envolvimento de  $\geq 5$  articulações na apresentação. Na apresentação: hemoglobina (Hb) de  $9,6 \pm 1,5$  g/dL (O:  $11,91 \pm 2,22$ ; P:  $11,38 \pm 1,82$ ;  $p < 0,0001$ ), plaquetas (Plt) de  $541,6 \pm 189,0$  103/ul (O:  $332,0 \pm 11,5$ ; P:  $348,1 \pm 110,3$ ;  $p < 0,0001$ ), leucócitos de  $16,8 \pm 6,5$  103/ul (O:  $9,0 \pm 6,0$ ; P:  $9,2 \pm 3,5$ ;  $p < 0,0001$ ), VS de  $71 \pm 29$

mm/h (O:  $36 \pm 28$ ; P:  $49 \pm 31$ ;  $p < 0,0001$ ). 46 dts (27,7%) evoluíram com doença policíclica. A presença de exantema, linfadenopatias e anemia mais grave na apresentação estiveram associados a essa evolução. 73 (44%) tiveram uma evolução poliarticular e 69 (41,5%) oligoarticular com 24 (14,5%) dts sem doença articular ou apenas sob terapêutica com AINE. Um maior número de articulações activas, anemia mais grave e trombocitose mais elevada na apresentação estiveram associadas com a evolução poliarticular. Dos 23 dts com doença há  $\geq 10$  anos, 21% ainda apresentavam sintomas sistémicos, 34,8% apresentavam classe funcional  $\geq$  III/IV, 52,2% atraso de crescimento, 73,9% erosões ósseas e 21,7% haviam sido submetidos a cirurgia ortopédica.

**Discussão:** Esta população Ibero-Americana com AIJ-S é semelhante à descrita na literatura. Uma maior proporção de doentes ainda apresenta sintomas sistémicos ou doença articular activa após 10 anos de doença. Estes resultados podem ter sido influenciados pelo carácter retrospectivo deste estudo. Nesta população a presença de exantema, linfadenopatias e anemia mais grave na apresentação esteve associada com uma evolução policíclica da doença e um maior número de articulações activas, anemia mais grave e trombocitose mais elevada na apresentação com uma evolução poliarticular.

**P105 – PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE GRAVIDADE DA FADIGA EM ADULTOS PORTUGUESES**Raquel Lucas<sup>1</sup>, Milton Severo<sup>1</sup>, Ana Azevedo<sup>1</sup>, Lúcia Costa<sup>2</sup>, Henrique Barros<sup>1</sup>

1. Serviço de Higiene e Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar do Alto Minho, Ponte de Lima.

**Introdução:** As propriedades psicométricas das escalas de medição da fadiga têm sido estudadas principalmente em amostras de doentes.**Métodos:** Durante o período de reavaliação de uma coorte de adultos portugueses residentes no Porto foram avaliados 520 participantes consecutivos. A média de idades (desvio-padrão) na amostra foi 62,5 anos (9,9). Os participantes, entrevistados por inquiridores treinados, responderam a uma questão sobre a existência de doenças crónicas no momento da avaliação. Todos os inquiridos preencheram uma tradução portuguesa da Escala de Gravidade da Fadiga de Krupp, com 9 itens, classificados de 1 a 7. A análise de fiabilidade da escala foi feita usando as médias de pontuação, através do cálculo das correlações item-total e do alfa de Cronbach global. A dimensionalidade da escala foi avaliada por análise dos componentes principais. O pressuposto teórico da diferença nas médias de pontuação entre participantes saudáveis e aqueles que referiram pelo menos uma doença crónica foi testada usando regressão linear generalizada.**Resultados:** A distribuição da média de pontuação foi normal, com média (desvio-padrão) 3,9 (1,5). As correlações item-total variaram entre 0,68 e 0,84 e a escala mostrou um grau elevado de consistência interna (alfa de Cronbach global=0,92). A análise de componentes principais sugeriu um componente principal que explicou 63,0% da variação na pontuação. Ajustadas para o sexo, idade e educação, as médias de pontuação foram mais altas nos participantes que declararam ter pelo menos uma doença crónica (4,08; IC 95%: 3,93 – 4,23 *vs.* 3,43; IC 95%: 3,18 – 3,68).**Conclusão:** A escala teve boa fiabilidade e a pontuação final esteve associada à morbilidade auto-declarada, o que apoia o seu uso em estudos populacionais.**P106 – SINTOMAS DEPRESSIVOS NUMA AMOSTRA PORTUGUESA DE DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE**Susana Medeiros<sup>1</sup>, Rute Cordeiro<sup>1,4</sup>, Sofia Ramiro<sup>1,4</sup>, J. A. Canas da Silva<sup>2</sup>, Frederick Wolfe<sup>3</sup>, Elizabeth Benito-Garcia<sup>1,2</sup>.

1. Bioepi Clinical and Translational Research Center, Lisboa, Portugal.

2. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal.

3. National Databank for Rheumatic Diseases, Wichita, KS

4. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

**Objectivo:** A associação entre sintomas depressivos (SD) e a Artrite Reumatóide (AR) é já conhecida. Na prática clínica, e em Portugal, os doentes com AR encontram-se frequentemente deprimidos, não estando no entanto esta relação bem estudada. A identificação de uma depressão nestes doentes é muito relevante para que precocemente se institua terapêutica. Na literatura Americana, foi a escala visual analógica (EVA) da dor e o suporte social que mostraram uma maior associação com os SD neste grupo de doentes. Neste estudo estudamos se a associação entre dor medida pela EVA se mantém e quais os outros factores que se associam aos SD em doentes com AR em Portugal.**Métodos:** Cerca de 567 doentes portugueses com AR responderam a um questionário bianual, entre Julho 2003 e Junho de 2005, referente a um estudo longitudinal a realizar neste grupo de doentes. Os questionários foram aplicados, por entrevistadores treinados, aos doentes que não possuíam habilitações literárias suficientes para auto administração. Estes questionários contemplaram questões relacionadas com factores socio-demográficos, características da doença, sintomas (incluindo dor), função (HAQ) e qualidade de vida (EuroQol). Os SD, definidos pela EVA, e os vários factores estudados como potencialmente associados aos sintomas depressivos foram analisados primeiro por análises univariadas em modelos de regressão linear e depois por modelos de regressão linear múltipla, para ajustar para eventuais factores confundidores.**Resultados:** No Quadro 1 estão apresentados os resultados sendo  $\beta$  a relação estimativa entre VAS da depressão e cada um dos componentes em análise, quando as outras variáveis se mantêm constantes. Tanto as análises univariada como a multivariada mostraram que valores mais elevados de dor-EVA se correlacionam com valores elevados da depressão-EVA, após ajustar para a idade, o sexo, o nível de educação, e o HAQ. Variáveis associadas ao suporte social não mostraram qualquer relação. Mostramos também que os doentes com AR mais velhos, com nível educacional mais baixo, e valores mais elevados de HAQ, correlacionam com mais

SD. Não se demonstrou associação entre a fadiga, o sono, os factores relacionados com a profissão e qualidade de vida medida por EuroQol e SF-36.

**Conclusão:** Concluimos que nesta amostra de doentes Portugueses com AR, valores mais elevados de EVA, a idade e baixos níveis educacionais se associam a mais sintomas depressivos medidos pela EVA. Estudos futuros de seguimento deverão ser realizados para mostrar o efeito temporal entre depressão e cada um dos factores que se correlacionam com os SD.

Variáveis	Análise Univariada	Análise Multivariate
	(VAS) $\beta$ (95% CI)	(VAS) $\beta$ (95% CI)
Idade	0.0 (0.0 0.1)	0.0 (0.0 0.2)
Sexo	-1.6 (-2.4 -0.9)	-0.7 (-1.3 0.0)
Escolaridade	-0.2 (-0.3 -0.1)	-0.1 (-0.2 0.0)
Dor (VAS)	0.4 (0.3 0.5)	0.1 (0.0 0.3)
HAQ	2.0 (1.7 2.3)	1.4 (1.0 1.9)

#### P107 – RISCO DE INFECÇÃO POR *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS* NA TERAPÊUTICA BIOLÓGICA E IMUNOSUPRESSORA

D.Medeiros<sup>1</sup>, M.C. Gomes<sup>2</sup>, M. Garcia<sup>2</sup>, F.Barcelos<sup>1</sup>, A.Gautier<sup>2</sup>, A.Gomes<sup>2</sup>, J.Vaz Patto<sup>1</sup>, A. Teixeira<sup>1</sup>.

1. Instituto Português de Reumatologia (IPR).

2. Centro de Diagnóstico Pneumológico da Alameda (CDP – Centro de Saúde da Alameda).

**Introdução:** Apesar da etiologia das doenças inflamatórias reumáticas ser ainda desconhecida, e da sua patogenecidade ser complexa, são correntemente utilizadas terapêuticas imunossupressoras (p.e.citoquinas), que regulam eficazmente o processo inflamatório. A utilização de anti-TNF-alfa e seus semelhantes, introduziu uma nova era no tratamento das doenças reumáticas. Os efeitos estimuladores dos neutrófilos, que estes imunossupressores apresentam, são úteis sobretudo em distúrbios como a Artrite Reumatóide, a Artrite Psoriática ou a Espondilite Anquilosante. Apesar disso, acarretam um risco elevado de reactivação de microorganismos intra-celulares, como o *Mycobacterium tuberculosis* (BK).

**Objectivos:** Avaliar o risco de infecção por *Mycobacterium tuberculosis*, em doentes do IPR a realizar terapêutica com biológicos ou imunossupressores (designadamente metrotexato).

**Métodos:** Estudo transversal sobre uma amostra

de doentes do IPR, efectuado com a colaboração do CDP da Alameda, com início a Fevereiro de 2005, e que envolveu a avaliação de 34 doentes no início/manutenção de terapêutica biológica ou em tratamento com Metrotexato (MTX) e corticoterapia. Foram avaliados parâmetros epidemiológicos (idade, sexo), diagnóstico reumatológico de base, e tipo de terapêutica biológica. Efectuaram-se provas tuberculínicas (2U) e imagiológicas (RX tórax e TC torácica), aquando do início da administração, no momento de reavaliação aos 6 meses, e sempre que se suspeitou de infecção por BK.

**Resultados:** Do total de 34 doentes avaliados, 70%(24) pertenciam ao sexo feminino e 30%(9) ao sexo masculino, com uma idade média de 48 anos de idade [min 16; max 72]. Relativamente ao diagnóstico (n=30), 56%(17) dos doentes tinham Artrite Reumatóide, 13%(4) Artrite Psoriática; 10%(3) Espondiloartropatia seronegativa indiferenciada, 10%(3) Doença de Behçet, 6%(2) Espondilite Anquilosante e 3%(1) Lupus Sistémico Eritematoso. No que respeita ao tipo de terapêutica ministrada, 50%(15) dos doentes encontrava-se a realizar medicação com Infliximab, 23%(7) MTX, 20%(6) Adalimumab, e 7%(2) Etanercept. 33 doentes foram observados em consulta de pneumologia, sendo que 45,5%(15) apresentou prova de Mantoux superior a 15mm. 18 doentes (54,6%) tiveram indicação para realizar profilaxia com Isoniazida durante 9 meses. De referir ainda que, destes 18 doentes, 22%(4) e 28%(5) dos doentes apresentou, respectivamente, alterações no RX e na TC torácica (alt. sequelares).

**Conclusão:** Apesar da pequena amostra estudada, verificou-se uma elevada percentagem de casos de provável reactivação tuberculosa, associada à realização de terapêutica imunossupressora. Este valor pode reflectir um eventual viés de observação, uma vez que os casos de doentes a realizar biológicos ou MTX em que não se justificou a profilaxia com Isoniazida, podem não ter sido protocolados. Estes resultados são fruto de um estudo preliminar; devido à elevada prevalência da tuberculose em Portugal e face aos presentes resultados, parece-nos fundamental prosseguir a investigação, estendendo o estudo a um maior número de doentes, com uma reavaliação mais detalhada.

#### P108 – ELABORAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA OS PRINCIPAIS SINTOMAS SECOS NA SÍNDROME DE SJÖGREN

Rui Melo

Assistente hospitalar de Reumatologia

Hospital de nossa Senhora da Assunção – Seia

**Objectivo:** Elaboração de um questionário sobre os principais sintomas secos para rastreio da Síndrome de Sjögren.

**Método:** A Síndrome de Sjögren é uma doença auto-imune e sistémica que atinge, principalmente, as glândulas exócrinas e provoca xerostomia e xeroftalmia devido ao impedimento funcional das glândulas salivares e lacrimais. É uma das patologias mais comuns dentre aquelas e com uma prevalência de 1-3%. Os doentes são classificados como portadores da Síndrome de Sjögren primária se não houver associação com outra patologia também auto-imune sistémica, mais frequentemente com a Artrite Reumatóide e o Lúpus Eritematoso Sistémico.

Em 1993, um Grupo de Estudo Europeu elaborou um Critério de Diagnóstico para a Síndrome de Sjögren que consiste de seis itens: 1) sintomas oculares, 2) sintomas orais, 3) testes de avaliação para a ceratoconjuntivite seca, 4) biopsia da glândula salivar positiva, 5) cintigrama salivar e 6) presença de auto-anticorpos anti-Ro e anti-La. Os doentes devem preencher no mínimo quatro dos seis itens propostos para estarem classificados.

O autor elaborou um questionário dos principais sintomas secos oculares, orais, nasais e vaginais para ser aplicado aos doentes com patologias auto-imunes, facilitando, de forma rápida e objectiva, o rastreio da Síndrome de Sjögren primária ou secundária.

Para cada pergunta, há uma resposta positiva ou negativa sem quantificação dos sintomas.

**Resultados:** Valorização dos dois primeiros itens do Grupo de Estudo Europeu para o Diagnóstico da Síndrome de Sjögren com a elaboração de um questionário de fácil entendimento e resposta para os principais sintomas secos orais e oculares.

#### **P109 – SERÁ O CLIMA UMA VARIÁVEL IMPORTANTE NA DOR DOS DOENTES REUMÁTICOS? – A PERCEPÇÃO DOS DOENTES COM FIBROMIALGIA, LES E SÍNDROME SJÖGREN.**

Miranda<sup>1</sup>, M Parente<sup>1</sup>, J Saraiva Ribeiro<sup>1</sup>, S Cortes<sup>1</sup>, J Vaz Patto<sup>1</sup>, C Silva<sup>1</sup>, R Leitão<sup>1</sup>, C Miguel<sup>1</sup>, M Sousa<sup>1</sup>, D Medeiros<sup>1</sup>, F Barcelos<sup>1</sup>, P Coelho<sup>1</sup>, H Santos<sup>1</sup>, E Simões<sup>1</sup>, M Silva<sup>1</sup>, H Madeira<sup>1</sup>, M Mediavilla<sup>1</sup>, J Ferreira<sup>1</sup>, M Micaelo<sup>1</sup>, V Las<sup>1</sup>, A Faustino<sup>1</sup>, R Figueiredo<sup>1</sup>, J Figueirinhas<sup>1</sup>, A Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

**Introdução:** Há milhares de anos que doentes e

médicos acreditam que as condições atmosféricas e as suas alterações podem ter um papel importante na evolução da sua doença nomeadamente na doença reumática. A dor para a maioria dos doentes sofre influências importantes com variações quer da temperatura quer da pressão atmosférica entre outras variáveis atmosféricas. Estudos relacionam alterações cutâneas e da actividade do LES com a exposição solar (a fotosensibilidade é critério de classificação); No Síndrome Sjögren a secura das mucosas associa-se previsivelmente ao aumento da temperatura atmosférica.

**Objectivos:** Correlacionar a percepção de dor e rigidez sentidas e as alterações climatéricas numa população de doentes com Fibromialgia, LES e S. Sjogren

**Material e Métodos:** Este estudo decorreu no Instituto Português de Reumatologia (IPR), tendo sido observados todos os doentes com estes diagnósticos que recorreram à consulta externa de reumatologia, durante cerca de 1 mês. Foi aplicado um protocolo de avaliação da percepção dos doentes relativamente à relação entre a dor, doença e rigidez e as alterações climatéricas de auto-preenchimento, com o diagnóstico reumatológico, preenchido pelo médico reumatologista assistente. Os valores variavam entre 1 a 5 (1- Ficam muito piores 2- Ficam piores 3- Ficam na mesma 4- Ficam melhores 5- Ficam muito melhores)

**Resultados:** Seleccionaram-se 89 doentes (83 do sexo feminino, 6 do sexo masculino) com Fibromialgia (n=42), LES (n=25), S.Sjogren ou S. Seco (n=22). A maioria dos doentes acredita que a sua doença é influenciada pelo tempo: 50% dos doentes (entre o percentil 25 e 75) acredita que influencia pouco, alguma coisa ou bastante. A rigidez matinal também surge como influenciada pelo tempo e ligeiramente mais elevada, embora de forma não significativa no tempo húmido ou frio. Estas convicções são semelhantes em toda a população considerada. Todos os doentes acreditam que não existe diferença significativa entre estes 3 grupos sendo que a resposta mediana é a 3- Ficam na mesma, em relação à influência do tempo seco temperaturas altas e chuva e é a resposta 2 - Ficam piores relativamente ao tempo húmido e temperaturas baixas. A análise dos meses piores para a doença revela diferenças significativas entre as três patologias nos meses de Fevereiro (p=0,001), Março (p=0,001), Abril (p=0,001), Maio (p=0,01) e Outubro (p=0,018), em que maior percentagem de doentes com Fibromialgia sente agravamento de sintoma-

tologia, em relação aos doentes com LES ou S. S.. Este facto deve-se a uma maior tendência para manutenção dos sintomas ao longo do ano nos doentes com fibromialgia. Agosto parece ser o melhor mês para os doentes com fibromialgia, Maio e Abril para os doentes com LES e Maio, Junho e Setembro para os doentes com S.S.

**Conclusão:** Os resultados apresentados vêm confirmar que nestas doenças parece existir uma alteração da percepção da dor e da doença com as alterações climáticas (Ex. temperaturas baixas e tempo húmido). Parece existir menor expressividade sintomatológica na primavera e meses de temperatura amena em doentes com LES e S.S. quando comparados com doentes com fibromialgia. A crença da influência do frio e humidade no agravamento da sintomatologia parece existir na maioria dos doentes. Este estudo reflecte a sensibilidade da prática clínica diária relativamente às alterações que estas doenças sofrem com as alterações climáticas, tal achado insere-se nos estudos controversos que têm sido publicados.

**P110 – TERAPÊUTICA BIOLÓGICA EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE E ESPONDILITE ANQUILOSANTE: ANÁLISE DE EFICÁCIA.**

Ana Filipa Mourão<sup>1</sup>, Walter Castelão<sup>1</sup>,  
Fernando Pimentel dos Santos<sup>1,2</sup>, Patrícia Nero<sup>1</sup>,  
Rita Barros<sup>1</sup>, Sandra Falcão<sup>1</sup>, Manuela Parente<sup>2</sup>,  
A. Alves de Matos<sup>1</sup>, Jaime Branco<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), Hospital Egas Moniz, EPE, Lisboa

2. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

**Objectivos:** A etiologia das doenças reumáticas inflamatórias é desconhecida, sabendo-se, todavia, que as moléculas de adesão, as células T e as citocinas desempenham um importante papel patogénico, e que o seu bloqueio tem importantes implicações terapêuticas.

Analisa a eficácia dos diferentes agentes biotecnológicos, nomeadamente infliximab, etanercept e adalimumab (antagonistas do factor de necrose tumoral alfa (TNF $\alpha$ ) em doentes com artrite reumatóide (AR) e espondilite anquilosante (EA).

**Material e Métodos:** Neste estudo recrutaram-se de forma consecutiva os doentes seguidos na Consulta Externa do Serviço de Reumatologia do CHLO, Hospital de Egas Moniz, com o diagnóstico de AR e EA medicados com agentes biotecnológicos. Foi

aplicado, de forma transversal, um protocolo que permitia a avaliação de dados demográficos, clínicos e laboratoriais, com cálculo do DAS 28 e do BASDAI. Registaram-se ainda as terapêuticas concomitantes. Foi comparada a eficácia dos diferentes agentes biotecnológicos em cada um dos subgrupos (AR e EA).

**Resultados:** Dos 68 doentes avaliados, 57 apresentavam AR e 11 EA. No grupo com AR, 52 doentes eram do sexo feminino e o tempo médio de duração de terapêutica biológica foi de  $31,2 \pm 15,9$  meses. Vinte e quatro doentes estavam medicados com infliximab, 16 com etanercept, 17 com adalimumab. O delta DAS (DAS actual - DAS inicial) no grupo de doentes a fazer infliximab foi de  $2,04 \pm 1,69$ , no etanercept de  $0,64 \pm 1,35$  e no grupo adalimumab de  $1,74 \pm 1,44$  ( $p < 0,018$ ). Em cada um destes subgrupos a duração de terapêutica biológica era semelhante bem como a posologia média das terapêuticas concomitantes (metotrexato e prednisona).

Do grupo com EA, 6 doentes eram do sexo feminino e o tempo médio de duração da terapêutica biológica era de  $11,9 \pm 6,05$  meses. Oito doentes estavam medicados com infliximab e 3 doentes com etanercept. O delta BASDAI (BASDAI actual - BASDAI inicial) no grupo de doentes a fazer infliximab era de  $4,33 \pm 2,36$  e no grupo etanercept de  $1,82 \pm 1,06$  ( $p = 0,066$ ).

**Conclusões:** Estes resultados sugerem que os agentes biológicos mostram eficácia no tratamento destes doentes. As diferenças encontradas podem dever-se à pequena dimensão da amostra devendo os resultados ser confirmados com uma amostra de maiores dimensões.

**P111 – SÍNCOPES NUMA DOENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE. CASO CLÍNICO**

Ângela Neves, P. Monteiro, C. Ambrósio, J. Garcia, J. Silva, A. Malcata

Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** A Artrite Reumatóide é uma doença com complicações sistémicas várias cujas manifestações dependerão do sistema ou órgão atingido. O presente caso refere-se à investigação diagnóstica duma doente com artrite reumatóide e história de síncope de repetição.

**Caso clínico:** Doente de 69 anos com artrite reumatóide com 4 anos de evolução, internada para estudo de síncope de repetição, com um ano de

evolução e agravamento recente. No mês anterior ao internamento teve 2 episódios de síncope um dos quais com traumatismo crânio-encefálico. Os episódios não eram precedidos de qualquer sintomatologia ou factor desencadeante. Sem referência a convulsões, mordedura de língua ou alterações mnésicas. Associadamente referia tonturas posturais.

Ao exame objectivo ressalta-se a presença de arritmia à auscultação cardíaca, tonturas nas mudanças posturais, nistagmus no olhar conjugado à esquerda. Restante exame físico incluindo neurológico sem alterações; 0 articulações dolorosas e 0 articulações tumefactas.

Exames Complementares de diagnóstico: hemograma, bioquímica e radiografia do tórax que sem alterações. ECG: bloqueio completo do ramo esquerdo; ECG Holter: um episódio de TSV de 8 complexos, EV frequentes polimorfos e isoladas; Eco-doppler carotídeo: estenose < 40% a nível da bifurcação carotídea sem compromisso hemodinâmico. Foi observada por Cardiologista tendo sido medicada com propafenona. Foi observada por ORL aguardando investigação diagnóstica.

Permaneceu assintomática até D12 altura em que é presenciada síncope com objectivação de bloqueio aurículo-ventricular completo. Foi suspensa a propafenona e implantado *pace-maker* provisório e posteriormente *pace-maker* definitivo, tendo a doente tido alta para o domicílio assintomática.

**Conclusão:** Os autores descrevem o caso clínico e a propósito fazem uma revisão breve das manifestações cardiovasculares em doentes com artrite reumatóide.

#### **P112 – PÚRPURA DE HENOC-SCHÖNLEIN NO ADULTO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

S. Pimenta<sup>1</sup>, E. Mariz<sup>1</sup>, A. Oliveira<sup>2</sup>, M. Azevedo<sup>4</sup>, C. Valbuena<sup>3</sup>, J. Pinto<sup>1</sup>, J. Brito<sup>1</sup>, F. Simões-Ventura<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital São João, Porto
2. Serviço de Nefrologia, Hospital São João, Porto
3. Serviço de Anatomia Patológica, Hospital São João, Porto
4. Serviço de Medicina 1, Hospital São Marcos, Braga.

A púrpura de Henoch-Schönlein é uma vasculite sistémica de pequenos vasos caracterizada por depósitos vasculares e/ou mesangiais de IgA, manifestando-se essencialmente por um quadro de púrpura vascular de predomínio nos membros inferiores, atingimento gastrointestinal, articular e renal. O envolvimento de outros órgãos é mais raro confe-

rindo um pior prognóstico. Trata-se de uma afecção predominante na criança, sendo muito mais rara no adulto, mas com evolução e prognóstico mais severos.

Doente de 48 anos com diagnóstico de púrpura de Henoch-Schönlein desde 2001 com atingimento cutâneo, articular e digestivo, habitualmente medicado com sulfona 100 mg/dia recorre ao SU por dor abdominal aguda em Outubro 2005. Na TAC abdominal observava-se um derrame pleural à direita e uma imagem compatível com invaginação intestinal. Foi laparotomizado, objectivando-se apenas sinais inflamatórios do cego. 24 horas depois teve um agravamento das queixas respiratórias. O RX pulmonar mostrava um derrame pleural bilateral de médio volume. A toracocentese revelou tratar-se de um transudado. Clinicamente: púrpura vascular dos membros inferiores e região abdominal e edemas periféricos acentuados. Analiticamente: anemia 7.4g/dl; com alterações do sedimento urinário: leucocitúria e eritocitúria. Tinha uma proteinúria de 19,29g/dia, com Clcr: de 80 ml/min. ANA, ANCAs e Crioglobulinas negativos. A biopsia renal evidenciou proliferação mesangial com presença de crescentes e depósitos de IgG++, IgM++ e IgA +++. Fez 3 pulsos de metilprednisolona, seguido de 500 mg de ciclofosfamida. Dada a persistência da sintomatologia respiratória (dispneia, hipoxia com PO<sub>2</sub>: 74 mmHg e DLCO: sem alteração) fez TAC torácica de alta resolução que evidenciou um padrão em vidro despolido. A broncofibroscopia mostrou um lavado bronco-alveolar hemático com alterações celulares compatíveis com hemorragia pulmonar grave. Fez 2º pulso de ciclofosfamida de 500 mg 15 dias após o primeiro. Teve melhoria da sintomatologia clínica e da proteinúria: 2.8g/dia, mas observou-se uma elevação sustentada da ureia e creatinina séricas com diminuição do Clcr: 23.78 ml/min. Repetiu TAC torácica demonstrando melhoria das alterações do parênquima. O doente teve alta clinicamente estável, sem edemas periféricos. Alguns dias depois, por não cumprimento terapêutico adequado, teve agravamento do quadro renal com proteinúria nefrótica grave, de difícil controlo que ainda mantém actualmente.

Trata-se de um quadro clínico de púrpura de Henoch-Schönlein do adulto de evolução recidivante, com atingimento renal muito grave (evolução rápida para insuficiência renal apesar da terapêutica imunossupressora) e pulmonar grave (hemorragia intra-alveolar).



**P113 – PSORÍASE E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO:  
UMA ASSOCIAÇÃO RARA**

S. Pimenta<sup>1</sup>, A. Bernardo<sup>1</sup>, M. Bernardes<sup>1</sup>,  
A. P. Cunha<sup>2</sup>, J. Pinto<sup>1</sup>, J. Brito<sup>1</sup>, F. Simões-Ventura<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital São João, Porto,  
Portugal

2. Serviço de Dermatologia, Hospital São João, Porto,  
Portugal.

A associação Psoríase e Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é rara. Poucos são os casos descritos na literatura, sendo geralmente a Psoríase anterior ao diagnóstico de LES, podendo também associar-se ao Lúpus discóide.

Um homem de 31 anos, sem antecedentes de relevo, iniciava, há um ano, uma poliartrite simétrica dos punhos, mãos (MCF e ITFp), joelhos e tornozelos. Apresentava úlceras da mucosa oral e um atingimento do estado geral (astenia e febre). Analiticamente de referir uma anemia (Hb:11.5 g/dl), um síndrome inflamatório biológico (VS: 66mm/h; PCR:44mg/L), anticorpos anti-nucleares (1/1280), ant-DNAs (2484 UI/ml) e anti-histonas positivos. No sedimento urinário observava-se uma eritrocitúria, leucocitúria e vestígios de proteínas. Foi iniciado 40 mg/dia de prednisolona tendo tido melhoria de toda a sua sintomatologia, procedendo progressivamente à diminuição terapêutica até 15 mg/dia. De seguida, iniciou a hidroxicloroquina 400 mg/dia mas, 15 dias depois, surgiu uma toxicodermia (confirmada por biopsia da pele, provavelmente à hidroxicloroquina) pelo que suspendeu o anti-palúdico. Três meses mais tarde observou-se um agravamento osteo-articular, aparecendo progressivamente psoríase no couro cabeludo, peri-umbilical, nas mãos e joelhos (confirmado por biopsia de pele) evoluindo para um atingimento de quase toda a superfície corporal. Foi aumentada a prednisolona para 30 mg/dia, sendo a resposta muito moderada. Clinicamente de referir, de novo, artrite periférica, cervicalgias e lombalgias de ritmo inflamatório, com rigidez matinal prolongada; a pesquisa do antigénio HLA-B27 foi positiva o que evocava o diagnóstico de artropatia psoriática axial e periférica, mas o estudo imagiológico não demonstrou nenhuma imagem sugestiva. Foi iniciado o metotrexato (doses progressivas até 25 mg/semana) e AINE's mantendo a corticoterapia com redução progressiva até (12,5 mg/dia). Após nove meses obteve-se uma resposta terapêutica satisfatória, a sintomatologia axial tinha desaparecido não tendo quase nenhuma evidência de

artrite periférica. Do ponto de vista cutâneo, entre alguns surtos, aquando a redução da prednisolona, tinha-se obtido uma melhoria significativa.

A associação de Psoríase/LES levanta problemas diagnósticos e terapêuticos. Neste caso clínico observa-se o aparecimento de psoríase três meses após o início da hidroxicloroquina assim como dores osteo-articulares atípicas pela sua localização e cortico-resistência, sendo o diagnóstico de Reumatismo Psoriático difícil neste contexto. O metotrexato pode ser uma indicação privilegiada nesta situação mas, necessitam-se de mais estudos para o tratamento destes doentes.

**P114 – SÍNDROMA DE SAPHO: UM CASO CLÍNICO  
PEDIÁTRICO**

Patrícia Pinto, Iva Brito.

Serviço de Reumatologia, Hospital de São João, Porto

**Introdução:** A síndrome de SAPHO (Sinovite, acne, pustulose, hiperostose, osteíte) é uma patologia inflamatória crónica, de evolução intermitente, caracterizada por envolvimento cutâneo e osteoarticular. Outras denominações, como *artrite induzida pelo acne* ou *osteomielite multifocal recorrente crónica*, foram atribuídas a esta patologia.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino, com 15 anos, observado na Consulta de Reumatologia coxalgia de ritmo inflamatório associado a claudicação da marcha. No exame objectivo apresentava lesões de acne conglobata localizadas do dorso, dor a palpação da sacro-ilíaca esquerda, mobilidade das coxofemorais preservada e dor a palpação das esternocostais.

O estudo analítico mostrou anemia discreta com síndrome inflamatória biológica e estudo analítico normal. A radiografia das coxofemorais foi normal e a da bacia mostrou sacroilite unilateral, à esquerda. Apresentava lesões de hiperostose da esternoclavicular direita.

Foi medicado com anti-inflamatório não esteroide e ácido trans-retinóico, com melhoria clínica.

**Conclusão:** Trata-se de uma patologia rara, mais frequente nas crianças e adultos jovens, em que as manifestações dermatológicas, ósseas e articulares podem surgir isoladamente ou separadas por um intervalo de tempo variável. A terapêutica com AINE's e corticóides é eficaz em 2/3 dos doentes e apenas num 1/3 dos casos são necessárias terapêuticas imunomoduladoras.

**P115 – OSTEOPOROSE MASCULINA – REVISÃO DA CASUÍSTICA DE UMA CONSULTA DE DOENÇAS ÓSSEAS METABÓLICAS**

J.S. Ribeiro, E. Simões, Sara Cortes, L. Miranda, M. Micaelo, Vaz Patto, A. Teixeira

Consulta de Doenças Ósseas Metabólicas  
Instituto Português de Reumatologia – Lisboa

Foram revistos e analisados os doentes e processos clínicos, observados na Consulta de DOM durante o ano de 2005.

Durante este ano, foram seguidos 20 doentes do sexo Masculino, que tinham sido referidos a esta consulta por Baixa DMO.

Destes 20 doentes, há a assinalar o seguinte:

A idade dos pacientes oscila entre 17 e 83 anos. O diagnóstico de osteoporose foi efectuado entre 1 a 11 anos.

Em 85% dos doentes (17) existiam níveis compatíveis com Osteoporose a nível trabecular (índice T de -4,77 a 1,8), os outros 3 doentes possuíam osteopénia.

8 doentes (40%) têm também osteoporose cortical, quando analisada a nível da região *neck* do colo femoral (índice T de -3,36 a -0,99).

Num doente houve fractura da anca, em 2 pôde-se identificar fracturas vertebrais e em 4 fracturas em diferentes localizações.

Quanto a etiologia, de referir hipercalcúria idiopática em 11 doentes (55%), corticoterapia prolongada em 2, hipogonadismo primário em dois casos, diabetes fosforada noutro caso. O que significa que em 15 doentes (75% dos casos) se pôde identificar uma causa subjacente à osteoporose.

Em termos terapêuticos, todos os doentes com hipercalcúria foram tratados com tiazidas, 15 doentes (75%) com bifosfonatos orais e todos com suplementos de cálcio.

A taxa de sucesso terapêutico foi superior a 90%, se tivermos em conta a recuperação a nível de DMO e a não ocorrência de novas fracturas clínicas.

**Conclusões:** Tal como noutras séries da literatura existe uma elevada prevalência de causas secundárias de osteoporose neste grupo de doentes, sendo a hipercalcúria o defeito bioquímico mais encontrado. De assinalar também, o elevado sucesso terapêutico com bifosfonatos.

**P116 – ZOLEDRONATO NO TRATAMENTO DA DOENÇA ÓSSEA DE PAGET (DOP) RESISTENTE AO PAMIDRONATO – RESULTADOS PRELIMINARES DE UMA AVALIAÇÃO PROSPECTIVA**

J.C. Romeu, F. Ramos, R. Figueira, S. Capela,

E. Sousa, M.V. Queiroz

Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital de Santa Maria (HSM). Lisboa

**Objectivos:** Os novos bisfosfonatos, potentes inibidores da reabsorção óssea, constituem os fármacos de escolha na terapêutica específica da DOP. Em 2005, antes da recente aprovação pela EMEA do zoledronato no tratamento da DOP, a Consulta de Doenças Ósseas Metabólicas do HSM iniciou a utilização do zoledronato no tratamento da DOP resistente ao pamidronato como inovação terapêutica em protocolo aprovado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica e pela Comissão de Ética. Apresentam-se os seus resultados preliminares da avaliação prospectiva do efeito do zoledronato no tratamento das DOP resistente ao pamidronato.

**Métodos:** Avaliação prospectiva do efeito de uma administração endovenosa (EV) de 4 mg de zoledronato em doentes com DOP resistente ao pamidronato. A resistência ao pamidronato foi definida por, após administração de 180 mg de pamidronato EV (60 mg/dia em 3 dias sucessivos), (1.) não normalização da FA e (2.) diminuição da FA inferior a 50% ou diminuição da FA igual ou superior a 50% seguida de aumento superior a 25% nos 6 meses seguintes. Foram critérios de exclusão história de hipersensibilidade ao fármaco, creatinina sérica superior a 1,5 mg/dl e incapacidade para consentimento informado por escrito. Foram programadas avaliações clínicas e laboratoriais prévias ao tratamento e 3 e 6 meses depois, seguidas de avaliações semestrais, com avaliação global dos resultados após 1 ano de utilização do fármaco incluindo todos os doentes tratados independentemente do período de seguimento. O zoledronato é administrado em Hospital de Dia em 100 cc de soro fisiológico em perfusão de 30 minutos. Os doentes são medicados, na ausência de contra-indicação, com suplementos de doses fisiológicas de cálcio e vitamina D.

**Resultados:** Foram tratados 6 doentes (3 do sexo masculino e 3 do feminino), com idades compreendidas entre 55 e 73 anos (média $\pm$  DP: 61,8 $\pm$ 6,4) e com uma percentagem de esqueleto com envolvimento pagético (tabela de Howarth) entre 17 e 54% (média $\pm$ DP: 36,5 $\pm$ 12,3). Os doentes tinham uma dose cumulativa de pamidronato EV de 685 $\pm$ 333,6 mg (média $\pm$ DP) (entre 360 e 1170 mg). A FA inicial (prévia ao tratamento com zoledronato) variava entre 2,2 e 13,7 vezes o limite superior do normal (LSN) (média $\pm$ DP: 6,1 $\pm$ 4,8). Disponíveis os resultados 6 meses após o tratamento em 3 doentes (pre-

vendo a inclusão dos resultados a 12 meses de 2 destes doentes e a 3 meses dos outros 3 doentes tratados), verificaram-se reduções da FA superior a 75% em todos eles, com normalização da FA em 2 e diminuição da FA de 13,7 para 1,7xLSN no terceiro (redução de 87,6%). Nestes 3 doentes a redução da FA aos 3 e 6 meses foi, respectivamente, de 70,5±6,8 % (p<0,005) e 82,1±4,8% (p<0,002). A variação da FA entre o 3º e 6º meses foi de -38,7±14,4% (p<0,05). A redução da desoxipiridolina/creatinúria ao 6º mês foi de 75,4±19,1% (p<0,05). Não foram registados efeitos adversos graves.

**Conclusão:** Os resultados preliminares disponíveis sugerem que o zoledronato é, pelo menos a curto prazo, eficaz no controlo da actividade metabólica da DOP resistente ao pamidronato.

#### P117 – SÍNDROME DE SAPHO – DOIS CASOS CLÍNICOS

Maria João Saavedra, Margarida Alexandre, Armando Malcata

Serviço de Reumatologia – Hospitais da Universidade de Coimbra

A Síndrome de SAPHO é uma síndrome rara, que inclui manifestações músculo-esqueléticas e dermatológicas: sinovite (S), acne (A), pustulose (P), hiperostose (H) e osteíte (O). Descrevem-se os casos clínicos de dois doentes com SAPHO.

**Caso clínico 1:** sexo feminino, 34 anos, internada por artrite da articulação esterno-clavicular dta. e 1ª condro-esternal dta., com 6 meses de evolução. Ao exame objectivo: lesões de acne da face, região do dorso e proximal dos membros inferiores; tumefacção e palpação dolorosa da articulação esterno-clavicular direita e 1ª condro-esternal dta.; artrite de três articulações interfalângicas proximais. Manobras das sacro-íliacas positivas. Do estudo efectuado: hemograma, bioquímica, PCR e VS sem alterações; HLA-B27: negativo; ADA sérica: normal; intradermoreacção (2 U) = 0 mm; Serologias virais, hemo e uroculturas: negativas; Cintigrama osteoarticular: hiper captação da esterno-clavicular e 1ª condro-esternal direitas; TAC-torácica: lesão osteolítica do esterno à direita; RMN condro-esternal: hiperostose esternoclavicular; RMN sacro-íliacas: sacroilíte bilateral; Biópsia aberta esterno-clavicular dta.: tecido ósseo com alterações da remodelação, espaços interósseos com tecido inflamatório, sem atipias, culturas negativas.

**Caso clínico 2:** sexo masculino, 18 anos, observado por dor, tumefacção e calor da mandíbula es-

querda; Ao exame objectivo: lesões de acne da face e dorso, palpação dolorosa e tumefacção da mandíbula esquerda. Exames complementares: hemograma e bioquímica normais; VS= 2 mm 1ª h; PCR= 1,5 mg/dl; Ortopantomografia: lesões líticas e periostite da mandíbula esquerda; Cintigrama OA: hiper captação da mandíbula esq.; TAC da face: osteomielite crónica da mandíbula esquerda. Foi realizada descorticação da mandíbula. Diagnóstico histológico: osteomielite crónica, não se identificando nenhum germen nas culturas.

**Discussão:** Existem poucas centenas de casos desta síndrome descritos a nível mundial. Devem excluir-se: osteomielite séptica, hiperostose idiopática difusa, artrite infecciosa da parede torácica, pustulose palmoplantar infecciosa e queratodermia palmoplantar. Os esquemas terapêuticos propostos são muito díspares e incluem AINEs, glucocorticóides, MTX, SLZ, ciclosporina, antibioterapia (poucos casos), pamidronato e ácido zoledrónico.

#### P118 – SÍNDROME UNHA-PATELA – CASO CLÍNICO

Maria João Saavedra, Margarida Alexandre, Armando Malcata

Serviço de Reumatologia – Hospitais da Universidade de Coimbra

A Síndrome Unha-patela, ou osteo-onicoosteotrodiasplasia é uma doença rara, de transmissão autossómica dominante, ligada ao braço longo do cromossoma 9, com expressividade variável. A sua incidência é de 22 por milhão e está descrita em todo o mundo.

Caracteriza-se por uma tétrede de sinais: hipoplasia ou ausência da patela (92% dos doentes), distrofia das unhas (97% dos doentes), hipoplasia do rádio e cúbito (72% dos doentes) e alterações do osso íliaco («cornos íliacos»- 62% dos doentes). O envolvimento renal é inconstante e pode traduzir-se por proteinúria, síndrome nefrótica, hematúria e HTA.

Descreve-se o caso clínico de uma doente de 23 anos de idade com artralguas de ritmo mecânico dos joelhos e tibiotársicas, com seis anos de evolução e distrofia ungueal congénita. Ao exame objectivo: distrofia ungueal afectando todas as unhas dos dedos das mãos, palpação dolorosa dos joelhos e tibiotársica direita. Restante exame sem alterações. Do estudo analítico destaca-se: hemograma e bioquímica: normais; VS= 5 mm 1ª H e PCR= 0,2 mg/dl; Proteinograma: normal; ANA's: negati-

vos; Função tireóideia: normal; Urina tipo II: índices de proteinúria; Proteinúria 24h: 107 mg; RX da bacia: alterações estruturais dos ilíacos de natureza displásica; RX joelhos: displasia das rótulas com subluxação e bácia externa; TAC dos pés: irregularidade da superfície articular sub-astragalina com destacamento de fragmentos ósseos e alargamento da entrelinha articular. A doente está medicada com analgésicos e AINEs.

Discussão: Não existe terapêutica específica para esta síndrome. Deve ser considerada correcção cirúrgica de acordo com as alterações funcionais. Particular atenção merece a função renal, uma vez 30% dos casos evoluem para insuficiência renal terminal.

#### **P119 – QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE: ESTUDO CURAR**

Soares M<sup>1</sup>, Félix J<sup>1</sup>, Falcão S<sup>2</sup>, Mourão F<sup>3</sup>, Araújo D<sup>4</sup>, Malcata A<sup>5</sup>, Coelho PC<sup>6</sup>, Barcelos A<sup>7</sup>, Braña A<sup>8</sup>, Bravo T<sup>9</sup>, Maurício L<sup>10</sup>, Melo R<sup>11</sup>, Santos RA<sup>12</sup>, Alvarenga F<sup>13</sup>, Nero P<sup>2</sup>, Branco JC<sup>2</sup> e Grupo de Estudo CURAR

1. Exigo Consultores
2. Centro Hospitalar Lisboa Ocidental/Hospital Egas Moniz
3. Hospital de Santa Maria
4. Centro Hospitalar do Alto Minho
5. Hospitais da Universidade de Coimbra
6. Instituto Português de Reumatologia
7. Hospital de Aveiro
8. Hospital das Caldas da Rainha
9. Hospital Militar nº2
10. Hospital de Ponta Delgada
11. Hospital de Nossa Senhora da Assunção
12. Hospital Militar Principal
13. Hospital Distrital de Nossa Senhora da Graça e Hospital Rainha Santa Isabel

**Objectivo:** Caracterizar a qualidade de vida relacionada com a saúde em doentes portugueses com artrite reumatóide (AR). Cálculo de uma medida agregada do perfil de saúde ancorada na teoria do bem-estar social.

**Métodos:** Os doentes do estudo CURAR (n=237) responderam ao questionário EQ-5D constituído pelos domínios de saúde: mobilidade; cuidados pessoais; actividades habituais; dor/mal-estar; ansiedade/depressão. O cálculo do índice único de bem-estar (utilidade) foi efectuado a partir da aplicação de um algoritmo pré-estabelecido (\*Dolan, 1997) à

pontuação dos diferentes domínios do EQ-5D.

**Resultados:** Dos 237 doentes incluídos no estudo CURAR, 221 responderam de forma válida ao EQ-5D. Os domínios de saúde mais afectados nestes doentes (HAQ=1,21 [IC95%- 1,11;1,30]) foram a dor e mal-estar, actividades habituais e a ansiedade e depressão. As mulheres identificaram mais problemas ou incapacidade para as actividades habituais do que os homens como consequência da AR (p=0,001). Nos outros domínios do EQ-5D não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres (Teste  $\chi^2$ ). O valor global do índice único de bem-estar foi 0,52 (IC95% [0,48;0,56]). Mulheres 0,49 (IC95% [0,44;0,54]) e homens 0,64 (IC95% [0,56;0,72]).

**Conclusões:** Na a mostra estudada existia um elevado compromisso da qualidade de vida relacionada com a saúde, mais evidente nas mulheres que nos homens.

Grupo de Estudo CURAR: Fonseca JE<sup>3</sup>, Sobral M<sup>3</sup>, Queiroz MV<sup>3</sup>, Afonso C<sup>4</sup>, Alcino S<sup>4</sup>, Costa L<sup>4</sup>, Silva J<sup>5</sup>, Inês L<sup>5</sup>, Alexandre M<sup>5</sup>, Santos MJ<sup>5</sup>, Silva JA<sup>5</sup>, Garcia J<sup>5</sup>, Saavedra MJ<sup>5</sup>, Couto M<sup>5</sup>, Ambrósio C<sup>5</sup>, Abreu P<sup>5</sup>, Vaz C<sup>5</sup>, Trís MJ<sup>6</sup>, Miranda L<sup>6</sup>, Pinheiro B<sup>7</sup>, Nóvoa T<sup>10</sup>,

\*Dolan P. Modelling valuations for EuroQol Health States. Medical care, 1997; 35(11):1095-1108.

#### **P120 – UTILIZAÇÃO DO PAMIDRONATO ENDOVENOSO EM OSTEOPOROSE**

Miguel Sousa<sup>1</sup>, Sara Cortes<sup>1</sup>, Rui Figueiredo<sup>1</sup>, José Ribeiro<sup>1</sup>, Helena Santos<sup>2</sup>, Manuela Parente<sup>2</sup>, Eugénia Simões<sup>2</sup>, Paulo Coelho<sup>2</sup>, Ana Teixeira<sup>2</sup>

1. Internos
2. Reumatologistas do Instituto Português de Reumatologia

**Objectivo:** Testar a eficácia de um esquema intermitente de pamidronato endovenoso em aumentar a Densidade Mineral Óssea (DMO) e na prevenção de novas fracturas osteoporóticas numa amostra de doentes com osteoporose (OP) estabelecida.

**Metodologia:** Foi desenhado um estudo prospectivo onde foram incluídos doentes com osteoporose e com ineficácia ou intolerância aos bifosfonatos orais. Foi administrado trimestralmente 30 mg endovenoso de pamidronato. Os participantes foram avaliados no início e anualmente com: radiografia da coluna dorsal e lombar; densitometria óssea da coluna lombar e colo do fémur esquerdo; ocorrência de fracturas vertebrais e não vertebrais;

e trimestralmente com exames analíticos: ureia, creatinina, ionograma, cálcio total e ionizado, fósforo, magnésio, FA, PTH, osteocalcina e NTX urinário aos 0 e cada 3 meses.

**Resultados:** Foram estudados 74 doentes, dos quais se destacam 52 casos de OP pós menopáusia, 10 doentes com Artrite Reumatóide, 3 doentes com Espondilite Anquilosante.

Apenas em 17 doentes foram feitas avaliações radiológicas e clínicas de fracturas ao fim dos 12 meses. Em 9 doentes, não se verificou a ocorrência de novas fracturas. Em 8 doentes ocorreram novas fracturas: 1 nova fractura em 2 doentes, 2 novas fracturas em 3 doentes e 3 novas fracturas em 2 casos. Em um doente registaram-se 6 novas fracturas vertebrais. No entanto, neste caso somente foram feitas 3 administrações de pamidronato.

Verificou-se um aumento significativo da DMO em L1-L4 entre os 0 e 12 meses ( $p=0.01$ ). Foi observado uma diminuição significativa do NTX urinário entre os 0 e 6 meses ( $p=0.046$ ) e os 0 e 12 meses ( $p=0.046$ ). Estas mesmas tendências foram observadas para o subgrupo das doentes com OP de etiologia pós menopáusia embora não se tenham determinado diferenças significativas.

Foram observados alguns efeitos adversos como: um episódio de descolamento do vítreo; câimbras em 5,4% e dores ósseas em 2,7%.

**Discussão:** Trata-se de um estudo longitudinal, sem um grupo de controlo, em doentes com risco fracturário muito elevado (idade elevada, baixos valores de DMO, múltiplas fracturas vertebrais de início). No entanto, 9 em 17 doentes (53%) não desenvolveram qualquer outra fractura durante os primeiros 12 meses. Foi também evidenciada a eficácia deste esquema em aumentar a DMO em L1-L4 aos 12 meses. Os níveis de um dos marcadores de reabsorção óssea, NTX urinário, diminuíram significativamente e posteriormente estabilizaram numa fase precoce do tratamento.

**Conclusão:** Apesar do número de fracturas registado, estas evidências sugerem que este esquema terapêutico poderá ser útil no tratamento da OP em doentes com alto risco fracturário e com intolerância ou ineficácia aos bifosfonatos orais.

#### **P121 – SÍNDROME DE LEMIERRE – TROMBOSE POR INFLAMAÇÃO VASCULAR E/OU MEDIADA POR ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS?**

Sousa E.<sup>1</sup>, Canhão H.<sup>1</sup>, Fonseca J.E.<sup>1</sup>, Marques A.<sup>1</sup>, Costa M.<sup>1</sup>, Rosa C.M.<sup>1</sup>, Catita C.<sup>1</sup>, Romeu J.C.<sup>1</sup>,

Pereira da Silva J.A.<sup>1</sup>, Queiroz M.V.<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia e de Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria

**Introdução:** A síndrome de Lemierre (SL) é caracterizada por uma tromboflebite da veia jugular interna, secundária a uma infecção por anaeróbios na região da cabeça ou pescoço. Pode complicar-se por sepsis e embolização séptica de órgãos à distância. Embora constitua uma entidade rara na era pós antibiótica, pode condicionar importante morbidade e mortalidade e dúvidas no diagnóstico diferencial com doenças difusas do tecido conjuntivo.

**Casos clínicos:** Caso 1: sexo feminino, 19 anos, internada por suspeita de artrite séptica da tibiotársica no contexto de manifestações clínicas e laboratoriais sugestivas de Lúpus Eritematoso Sistémico (LES). A investigação revelou a presença de trombose das veias jugulares internas, anticorpos antifosfolípidos (AAF) e sepsis. O isolamento em hemocultura de um *Fusobacterium necrophorum* e a remissão clínica e laboratorial após antibioterapia dirigida permitiram estabelecer o diagnóstico de SL.

Caso 2: sexo masculino, 21 anos, referenciado à consulta de Reumatologia para avaliação de provável SAAF, por trombose da veia jugular interna associada à detecção de AAF. Também neste caso, a história clínica, exames complementares (isolamento de um *Staphylococcus saprophyticus*) e evolução clínica eram compatíveis com SL.

**Discussão:** Estes dois casos clínicos reforçam a necessidade da exclusão de etiologias infecciosas antes de se estabelecer o diagnóstico de uma doença reumática em quadros clínicos de instalação recente. A coincidência de eventos trombóticos e AAF circulantes associados à SL coloca a hipótese destes eventos serem, pelo menos parcialmente, mediados por estes anticorpos.

#### **P122 – DOENÇA INDIFERENCIADA DO TECIDO CONJUNTIVO – ESTUDO TRANSVERSAL**

##### **MULTICÊNTRICO**

Cláudia Vaz, Luís Inês, Pedro Abreu, Patrícia Nero, Rita Barros, Maria José Santos, Anabela Barcelos, Rui Melo, Armando Malcata

Serviços de Reumatologia – Hospitais Universidade Coimbra, Hospital Egas Moniz, Hospital Garcia de Orta, Hospital Infante D. Pedro- Aveiro e Hospital Nossa Senhora da Assunção- Seia.

**Objectivos:** Caracterização do perfil clínico e serológico de doentes com Doença Indiferenciada do Tecido Conjuntivo (DITC) seguidos em Consulta de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital Egas Moniz, Hospital Garcia de Orta, Hospital Infante D. Pedro- Aveiro e Hospital Nossa Senhora da Assunção- Seia.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes com diagnóstico de DITC. Critérios de Inclusão: Doentes com sinais e sintomas de doença do tecido conjuntivo (DTC) com ANA's positivos que não preenchem os critérios de classificação das DTC bem diferenciadas.

**Resultados:** 52 doentes com diagnóstico de DITC, com uma média de idade de 48 anos (16 - 77 anos); 92% do sexo feminino. As manifestações clínicas mais comuns incluem as artralguas (65%), o fenómeno de Raynaud (33%), a artrite (21%), as queixas secas (21%) e a leucopenia (19%). Em relação ao perfil de autoimunidade, 100% dos casos apresentavam ANA's positivos, a prevalência de anticorpos anti-SS-A foi de 25 %, anti-dsDNA de 21%, anti-centrómero e anti-RNP de 8%.

**Discussão:** Os doentes apresentam um quadro clínico frustrante e um perfil imunológico limitado. Os estudos publicados acerca da DITC são muito escassos. São necessários trabalhos prospectivos para avaliação do prognóstico e potencial de evolução para formas definidas de DTC.

#### P123 – SÍNDROME DE OVERLAP: POLIMIOSITE – ESCLERODERMIA: UM CASO CLÍNICO GRAVE

T. Videira<sup>1</sup>, E. Mariz<sup>1</sup>, S. Pimenta<sup>1</sup>, F. Brandão<sup>1</sup>, J. Brito<sup>1</sup>, F. Simões Ventura<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital de São João, Porto

Doente, sexo feminino, 48 anos, caucasóide, sem antecedentes patológicos de relevo. História com 5 meses de evolução de mialgias de predomínio nos membros inferiores com fraqueza muscular proximal de agravamento progressivo, disfagia para sólidos, poliartralguas difusas e simétricas de ritmo inflamatório, fenómeno de Raynaud, espessamento cutâneo nos 4 membros, face, tórax e abdómen e atingimento do estado geral (astenia, anorexia, emagrecimento de 5 kg em 1 mês e febrícula).

Ao exame objectivo apresentava espessamento cutâneo da extremidade dos membros superiores (até ao cotovelo) e dos membros inferiores (até ao joelho), face, tronco e abdómen; Nódulos de Gottron na superfície extensora das articulações MCF

e IFP, diminuição da força muscular simétrica e de predomínio proximal (grau 3 em 4) dos membros com envolvimento predominante da cintura escapular, limitação da abertura da boca. *Rash* heliotrópico. Sem úlceras digitais. Sem poliartrite.

Analicamente apresentava: anemia (Hgb 11,5 g/dl), S inflamatório biológico (VS 65 mms; PCR 6,3 mg/dl), Aumento das enzimas musculares (CK 640; Aldolase 12,4, DHL 403, mioglobina 328). Função renal, hepática e tiroideia normal; Imunologia: Anticorpo anti-SL70 positivo e ANA's > 1/1000 padrão homogéneo e nucleolar (Anticorpo anti- RNP e anti-centrómero negativos); Imunoglobulina e complemento normal.

As alterações electromiográficas dos membros eram compatíveis com padrão miopático de tipo inflamatório, A biópsia de pele e músculo revelou: «...atrofia muscular neurogénica de pequeno grupo... e alterações cutâneas compatíveis com esclerose dérmica.»

Do restante estudo efectuado verificou-se: disfunção esofágica; pequeno derrame pericárdico circunferencial e S ventilatório obstrutivo ligeiro com DLCO de 51% (com TC torácico normal).

Foi efectuado o diagnóstico provável de *overlap* entre polimiosite e esclerodermia. Foi iniciada corticoterapia *per os*, protector gástrico e procinético, com melhoria transitória.

**Evolução:** Agravamento progressivo da capacidade funcional pelo grave envolvimento cutâneo apesar das várias atitudes terapêuticas tentadas (corticoterapia, Imunoglobulinas, D penicilamina, azatioprina). Cerca de 1 ano após o diagnóstico a doente faleceu por envolvimento cardíaco grave (miocárdite com insuficiência cardíaca congestiva).

#### P124 – AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E MANOMETRIA EM DOENTES REUMÁTICOS

R Fernandes<sup>2</sup>, L Miranda<sup>1</sup>, F Rosa<sup>2</sup>, L Coelho<sup>1</sup>, A Abreu<sup>2</sup>, A Cardoso<sup>2</sup>, R Leitão<sup>1</sup>, P Coelho<sup>1</sup>, M Silva<sup>1</sup>, H Santos<sup>1</sup>, M Parente<sup>1</sup>, M Micaelo<sup>1</sup>, M Mediavilla<sup>1</sup>, E Simões<sup>1</sup>, H Madeira<sup>1</sup>, C Silva<sup>1</sup>, J Saraiva Ribeiro<sup>1</sup>, D Medeiros<sup>1</sup>, F Barcelos<sup>1</sup>, M Sousa<sup>1</sup>, C Miguel<sup>1</sup>, S Cortes<sup>1</sup>, L Freire<sup>2</sup>, F Pimentel<sup>1</sup>, V Las<sup>1</sup>, A Neto, J Ferreira<sup>1</sup>, A Neto<sup>1</sup>, J Figueirinhas<sup>1</sup>, J Vaz Patto<sup>1</sup>, F Mesquita<sup>2</sup>, A Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

**Introdução:** A manometria é um método simples

e fácil de avaliar o estado nutricional de um doente. É utilizado como medida de força muscular, sendo bastante útil em diversas patologias reumáticas, como a Artrite Reumatóide (AR), a Osteoartrose (OA) e a Fibromialgia, dando uma noção da capacidade funcional do doente.

**Objectivos:** Avaliar uma população de doentes reumáticos e relacionar o perfil antropométrico com a força de preensão da mão.

**Material e Métodos:** Durante um mês, foi medida a força de preensão da mão de todos os doentes que recorreram à consulta de Reumatologia, no Instituto Português de Reumatologia, utilizando um esfigmomanómetro. Foram realizadas três medições, sendo o valor final a sua média. Foram avaliados pela equipa de Nutrição, o Peso, IMC, Relação Cintura/Anca, Massa Gorda (%), Massa Livre de Gordura (Kg) e Massa de Água Corporal (%). Compararam-se os valores de manometria entre doentes com Osteoartrose, Artrite Reumatóide e Fibromialgia.

**Resultados:** Avaliaram-se 1051 doentes, dos quais 183 (17,3%) eram do sexo masculino e 868 (82,7%) do sexo feminino, com uma idade média de  $57,3 \pm 14,4$  anos. Apresentavam um IMC médio de  $27,8 \pm 5$  Kg/m<sup>2</sup>. Obteve-se uma média de  $35 \pm 7,1\%$  de Massa Gorda abdominal e de  $47 \pm 8\%$  de Massa Li-

vre de Gordura. Apresentavam uma percentagem Água Corporal de  $45,2 \pm 15,5\%$ . Existe uma correlação positiva significativa entre a manometria, a % de água corporal total ( $p < 0,0005$ ) e a massa livre de gordura [que inclui a massa muscular ( $p < 0,0005$  e índice de correlação de Pearson = 0,397)]. Observou-se uma correlação negativa significativa entre a manometria e a % de MG ( $p < 0,0005$  e índice de correlação de Pearson = -0,209). Os doentes com Osteoartrose apresentam valores mais elevados de manometria que os doentes com AR ( $p = 0,003$ , teste t-Student). Os doentes com Fibromialgia apresentam valores mais elevados de manometria que na AR ( $p = 0,031$ , teste t-Student). Não havia diferença significativa entre a OA e a Fibromialgia.

**Conclusão:** Como seria de esperar, a manometria relacionou-se com a massa livre de gordura e a % Água Corporal ( $P < 0,0005$ ). Encontrou-se igualmente uma relação inversa com a % Massa Gorda. Este método pode ser uma abordagem simples e inicial que permite ter uma noção básica da massa e da força muscular dos doentes.

Nos doentes reumáticos, a deformação articular pode ser um factor importante de confundimento. Na AR, a diminuição dos valores da manometria pode estar associada à deformação e destruição articular, nomeadamente, nas mãos.