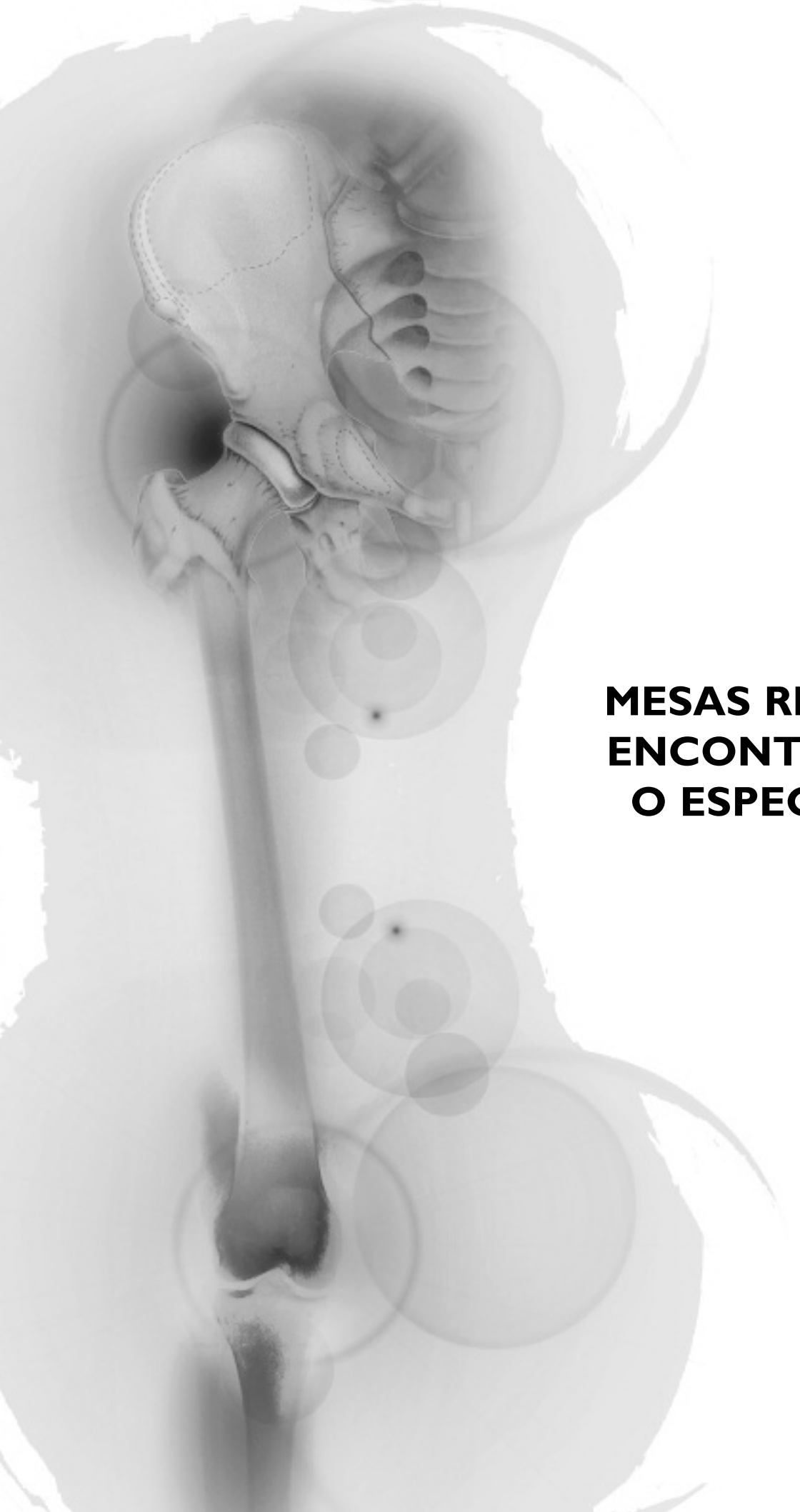

MESAS REDONDAS ENCONTROS COM O ESPECIALISTA

ENCONTROS COM O ESPECIALISTA

REUMATISMOS PERI-ARTICULARES MAIS FREQUENTES

DIA 8 DE ABRIL, 2010

REUMATISMOS PERI-ARTICULARES MAIS FREQUENTES NA PRÁTICA CLÍNICA

S. Falcão,[1,2] Ana F. Mourão[1,2]
1. Serviço de Reumatologia, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.
2. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. CEDOC

A grande maioria das queixas álgicas referentes ao sistema músculo-esquelético são provenientes das estruturas peri-articulares, também denominadas partes moles, nomeadamente tendões, ligamentos, entesis, bolsas serosas, aponevroses e músculos. As causas mais frequentes destas afecções são os traumatismos, agudos ou crónicos, e as diversas formas de artropatias inflamatórias que podem estar associadas. Os reumatismos peri-articulares condicionam uma importante morbilidade, constituindo uma das principais causas incapacidade laboral.

As autoras fazem referência às principais etiologias de reumatismos peri-articulares que envolvem os membros superior e inferior. Serão abordadas de forma sistemática a caracterização clínica e metodologias diagnóstica e terapêutica dos principais tipos de reumatismos peri-articulares.

IMAGIOLOGIA BÁSICA DO APARELHO LOCOMOTOR

DIA 8 DE ABRIL, 2010

IMAGIOLOGIA BÁSICA DO APARELHO LOCOMOTOR

Paulo Monteiro,[1] Margarida Oliveira[2]
1. Hospital São Teotónio, EPE Viseu
2. Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE

São diversos os exames imagiológicos que podem ajudar no diagnóstico das doenças reumáticas. Dir-se-á mesmo que são uma ferramenta da qual não podemos prescindir para o diagnóstico da maior parte das situações clínicas. A sua utilidade estende-se também à realização de tratamentos guiados, à monitorização da evolução clínica e resposta à terapêutica.

No que toca à Radiologia convencional, exame complementar essencial para a apreciação das doenças reumática, apesar de não existirem imagens patognomónicas, em muitas situações elas são muito características de determinadas patologias. A apreciação das radiografias deve ser sistemática, incidindo na observação dos tecidos moles, no alinhamento e apreciação das dimensões ósseas, sua mineralização e avaliação do espaço articular, no que toca às suas dimensões e regularidade da inter-linha.

Também a Ecografia se tem revelado um exame muito útil. Trata-se de um exame não invasivo, rápido, de baixo custo, dinâmico, porque realizado em tempo real, e passível de ser repetido, com grande aceitabilidade por parte dos doentes. Apesar de ter uma curva de aprendizagem relativamente longa, após o treino necessário é um exame muito útil para a detecção de inflamação articular e das estruturas extra-articulares, detecção precoce de dano estrutural, realização de técnicas guiadas e monitorização da resposta à terapêutica. Apresenta limitações essencialmente relacionadas com a sua capacidade de definição e estudo de estruturas mais profundas.

Em relação à Tomografia Axial Computorizada (TAC), tem a vantagem de ser uma técnica de secção, conduzindo a maior definição das estruturas em estudo. Revela grande contraste entre o osso e o tecido adjacente, sendo por isso muito útil para a avaliação das estruturas ósseas. É pouco útil no estudo da cartilagem articular, do tecido sinovial e das estruturas periarticulares. A injecção de contraste visa salientar os vasos e estruturas muito vascularizadas.

A Cintigrafia osteoarticular, um dos exames complementares frequentemente solicitados no estudo de doentes com queixas osteoarticulares, revela alterações ósseas e articulares de forma mais

precoce que a radiologia convencional, mas é um exame muito inespecífico. As suas principais aplicações são a detecção de tumores ósseos primitivos e metástases ósseas, fracturas, osteonecrose e algoneurodistrofia. É também muito útil na avaliação da extensão de doenças, como o Paget, nas neoplasias e nas infecções, permitindo ainda avaliar a resposta aos tratamentos efectuados. É pouco útil como exame de "rastreio" para estudo de um doente com queixas osteoarticulares.

ARTRITE INICIAL

DIA 9 DE ABRIL, 2010

ARTRITE INICIAL

Cátia Duarte,[1] Mónica Bogas,[2] Luís Inês[3]

1. Interna de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra
2. Reumatologista do Centro Hospitalar de Ponte de Lima
3. Reumatologista dos Hospitais de Universidade de Coimbra

Nos últimos anos, os conceitos de *artrite inicial* e da existência de uma *janela de oportunidade terapêutica* têm-se baseado na noção da importância de um diagnóstico e tratamento precoces da artrite reumatóide e outras *doenças reumáticas inflamatórias* crónicas. A a*rtrite inicial* não é uma doença, mas sim a forma de apresentação de vários tipos de doenças. Esta forma de apresentação pode assim ser auto-limitada, com bom prognóstico, e resolver após um período mais ou menos prolongado, ou pelo contrário, evoluir para uma forma grave de artrite persistente. Numa fase inaugural da doença, considerando que um quadro de *artrite inicial* pode englobar vários diagnósticos diferenciais, nem sempre é possível estabelecer um diagnóstico definitivo. Apesar de o seu curso não ser facilmente previsível, um seguimento clínico adequado pode ser determinante no diagnóstico e no prognóstico.

Na avaliação de um quadro de artrite inicial, vários diagnósticos diferenciais devem ser considerados como pós-viral, a artrite reumatóide, o lúpus eritematoso sistémico, a artrite microcristalina, a espondilartrite, entre outros.

A avaliação inicial destes doentes deve incluir uma abordagem que permita identificar características sugestivas de doença inflamatória, potencialmente agressiva como a presença de tumefacção em mais que uma articulação, a sua simetria, o envolvimento das articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais das mãos, o ritmo inflamatório da dor, a rigidez matinal prolongada e a existência de elevação dos biomarcadores de inflamação.

Algumas destas características, como o sexo feminino, duração dos sintomas,envolvimento simétrico, limitação funcional, poliartrite, simetria entre outras, foram associadas a formas mais agressivas de doença.

Actualmente, sabe-se que existe um período óptimo, «janela de oportunidade», idealmente entre seis semanas a três meses, para o diagnóstico e instituição de terapêutica adequada desta entidade, com particular destaque para a Artrite Reumatóide, de modo a alcançar a remissão e evitar a progressão da doença. Desta forma, o factor que mais limita a resposta terapêutica e consequentemente o prognóstico da artrite reumatóide e de outras formas de artrite crónica continua a ser o atraso no diagnóstico.

Confrontado com a dor e a incapacidade funcional, o doente procura auxilio médico sendo por norma os Médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) o seu primeiro contacto. Desta forma, os Médicos de MGF desempenham um papel fundamental na identificação destes doentes durante este período tão crucial.

Durante esta sessão serão apresentados e discutidos meios de atingir este objectivo no contexto da MGF, em particular o inquérito básico, com identificação de questões chave, que permitam rastrear adequadamente os doentes com potencial artrite. Um exame físico específico, simples, pouco moroso e orientado para identificação adequada destes doentes será abordado de forma prática e discutido.

No final desta sessão pretende-se que os especialistas de MGF sejam capazes de: 1) determinar quando suspeitar de AI; 2) efectuar uma avaliação clínica rápida de rastreio de AI; 3) seleccionar os exames complementares essenciais na suspeita clínica de AI; 4) determinar quando referenciar à Reumatologia um caso de potencial AI de modo a permitir uma referenciação prioritária optimizando o prognóstico destes doentes.

LOMBALGIA

DIA 9 DE ABRIL, 2010

ACOMPANHAMENTO DO DOENTE REUMÁTICO

DIA 10 DE ABRIL, 2010

ACOMPANHAMENTO DO DOENTE REUMÁTICO

Carmo Afonso, Sérgio Alcino
Centro Hospitalar do Alto Minho

As doenças reumáticas são um grupo de doenças com mais de uma centena de entidades clínicas diferentes em que se incluem as doenças inflamatórias do sistema músculo-esquelético, do tecido conjuntivo e dos vasos, as doenças degenerativas das articulações periféricas e da coluna vertebral, as doenças metabólicas ósseas e articulares, as alterações dos tecidos moles peri-articulares e as doenças de outros órgãos e/ou sistemas relacionadas com as anteriores.

Idealmente, o acompanhamento destas múltiplas entidades clínicas, com graus de gravidade muito diferentes, só será possível com uma interacção adequada entre o médico de família e o reumatologista.

Será nosso objectivo a discussão e partilha de opiniões de tópicos considerados relevantes no seguimento das patologias mais comuns, em particular das raquialgias, osteoartose, osteoporose, artrite reumatóide como paradigma das doenças inflamatórias crónicas, fibromialgia e artropatias microcristalinas.

O Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas da Direcção-Geral da Saúde esteve na base da reflexão efectuada.