Sociedade Portuguesa de Reumatologia

XIX JORNADAS INTERNACIONAIS DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

24 e 25 de Novembro de 2011
Centro de Congressos de Lisboa

XIX JORNADAS INTERNACIONAIS DO INSTITUTO PORTUGUES DE REUMATOLOGIA

24 E 25 DE NOVEMBRO DE 2011

PRESIDENTE DAS JORNADAS

Paulo Clemente Coelho

COMISSAO CIENTIFICA

Presidente: Paulo Clemente Coelho

Coordenadores adjuntos: Filipe Barcelos, Helena Santos, Rui Leitão

Adriano Neto
António Vilar
Cândida Monteiro
Helena Madeira
José Melo Gomes
José Vaz Patto
Júlia Ferreira
Manuela Micaelo
Manuela Parente
Margarida Silva

COMISSAO ORGANIZADORA

Presidente: Ana Assunção Teixeira

Coordenadores adjuntos: Cândida Silva, Eugénia Simões, Luís Cunha Miranda, Maria Jesus Mediavilla

Augusto Faustino
Cláudia Miguel
Dina Medeiros
Inês Gonçalves
Isabel Portugal
Luísa Ventura
Miguel Sousa
Rui Figueiredo
Sara Cortes
Vera Las

XIX JORNADAS INTERNACIONAIS DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

SUMÁRIO / CONTENTS

CARTA DO PRESIDENTE DAS JORNADAS 5

PROGRAMA 7

RESUMOS – SESSÕES DO PROGRAMA 11

RESUMOS – COMUNICAÇÕES LIVRES/POSTERS 29

CLP 1 – O papel dos calcimiméticos no hiperparatiroidismo 30

CLP 2 – Avaliação da terapêutica anti-osteoporótica, compliance e ingestão alimentar de cálcio num grupo de doentes com Osteoporose, Artrite Reumatóide e Osteoartrose – dados preliminares do estudo comparativo 30

CLP 3 – Avaliação da ingestão alimentar de cálcio num grupo de doentes com Osteoporose, Artrite Reumatóide e Osteoartrose – dados preliminares do estudo comparativo 31

CLP 4 – Abordagem diagnóstica e terapêutica da lombalgia – avaliação de qualidade 32

CLP 5 – Avaliação dos factores de risco cardiovasculares tradicionais nos indivíduos com Artrite Reumatóide 33

CLP 6 – Prevalência da síndrome metabólica na fibromialgia 33

CLP 7 – Diminuição de acuidade visual em doente com Lúpus Eritematoso Sistémico 34

CLP 8 – Eritema induratum de Bazin – um caso clínico 35

CLP 9 – Granuloma anular: um diagnóstico diferencial em reumatologia 36

CLP 10 – Avaliação da prevalência de Neoplasia Maligna nos doentes reumáticos seguidos na consulta do IPR – resultados preliminares 37

CLP 11 – Caracterização de uma população de 125 doentes com Esclerose Sistémica 38

CLP 12 – Polineuropatia na vasculite crioglobulinémica – a propósito de um caso clínico 39

CLP 13 – Síndrome metabólica em doentes com osteoartrose 40

CLP 14 – Fusão társica – relato de um caso raro 40

CLP 15 – Esclerose sistémica associada a Linfoma Não-Hodgkin de células b do manto – caso clínico 41

CLP 16 - Histiocitose de células de Langerhans: revisão a propósito de um caso clínico 42

CLP 17 – A massagem terapêutica no tratamento da dor não-oncológica em doentes idosos não-comunicantes 42

CLP 18 – Será Rupus? A propósito de um caso clínico 43

CLP 19 – Endocardite bacteriana por um gérmen inesperado numa doente com Lúpus Eritematoso Sistémico 44

CLP 20 – Sífilis: um diagnóstico a considerar em doentes com poliartrite 45

SUMÁRIO / CONTENTS

CLP 21 – Pustulose generalizada exantemática aguda induzida pela Hidroxicloroquina – a propósito de um caso clínico 45
CLP 22 – Arterite de células gigantes – é a biópsia ainda essencial para o diagnóstico? 46
CLP 23 – Síndrome do túnel cárpico atípica num doente com gota 47
CLP 24 – Infeções nos doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico 48
CLP 25 – Nódulo reumatóide gigante: a surpresa do diagnóstico 48
CLP 26 – Monoartrite crónica do punho em doente imunocompetente 49
CLP 27 – Vértebra torácica em bloco: a propósito de um caso clínico 50
CLP 28 – Causa pouco comum de tumefacção do joelho em doente com artrite psoriática 50
CLP 29 – Isquémia digital como fenómeno paraneoplásico 51
CLP 30 – Espessamento cutâneo e fraqueza muscular proximal – um caso de síndrome de sobreposição 52
CLP 31 – Artrite psoriática e Doença de Paget: uma associação invulgar! 52
CLP 32 – Infiltrações ecoguiadas em Reumatologia – Avaliação do seguimento de 69 doentes 53
CLP 33 – «Como estamos a tratar a Osteoporose?» – a partilha de uma experiência dos Cuidados de Saúde Primários 54
CLP 34 – Doença óssea de Paget – três anos de consulta 55
CLP 35 – Doença escondida abaixo do chapéu 55
CLP 36 – Lesão medular, osteoporose e fractura – A propósito de dois casos clínicos 56
CLP 37 – Osteonecrose não traumática da rótula, uma causa rara de gonalgia 56
CLP 38 – Uveítes nas espondilatrites: relação com o tipo de doença, padrão de envolvimento articular, sexo e presença de hla-b27 58
CLP 39 – Disfunção da articulação temporomandibular numa coorte de doentes com artrite reumatóide 58
CLP 40 – Critérios de diagnóstico e critérios de classificação 59
CLP 41 – Sialo-RM: aplicações à clinica 59

MENSAGEM DO PRESIDENTE DAS JORNADAS

Estimados colegas

No seguimento das edições anteriores, as XIX Jornadas Internacionais de Reumatologia do Instituto Português de Reumatologia pretendem abordar as doenças reumáticas numa vertente de actualização de conhecimentos, mas também numa perspectiva prática que certamente interessará não apenas a reumatologistas, mas também a outras especialidades que abordam a patologia músculo-esquelética.

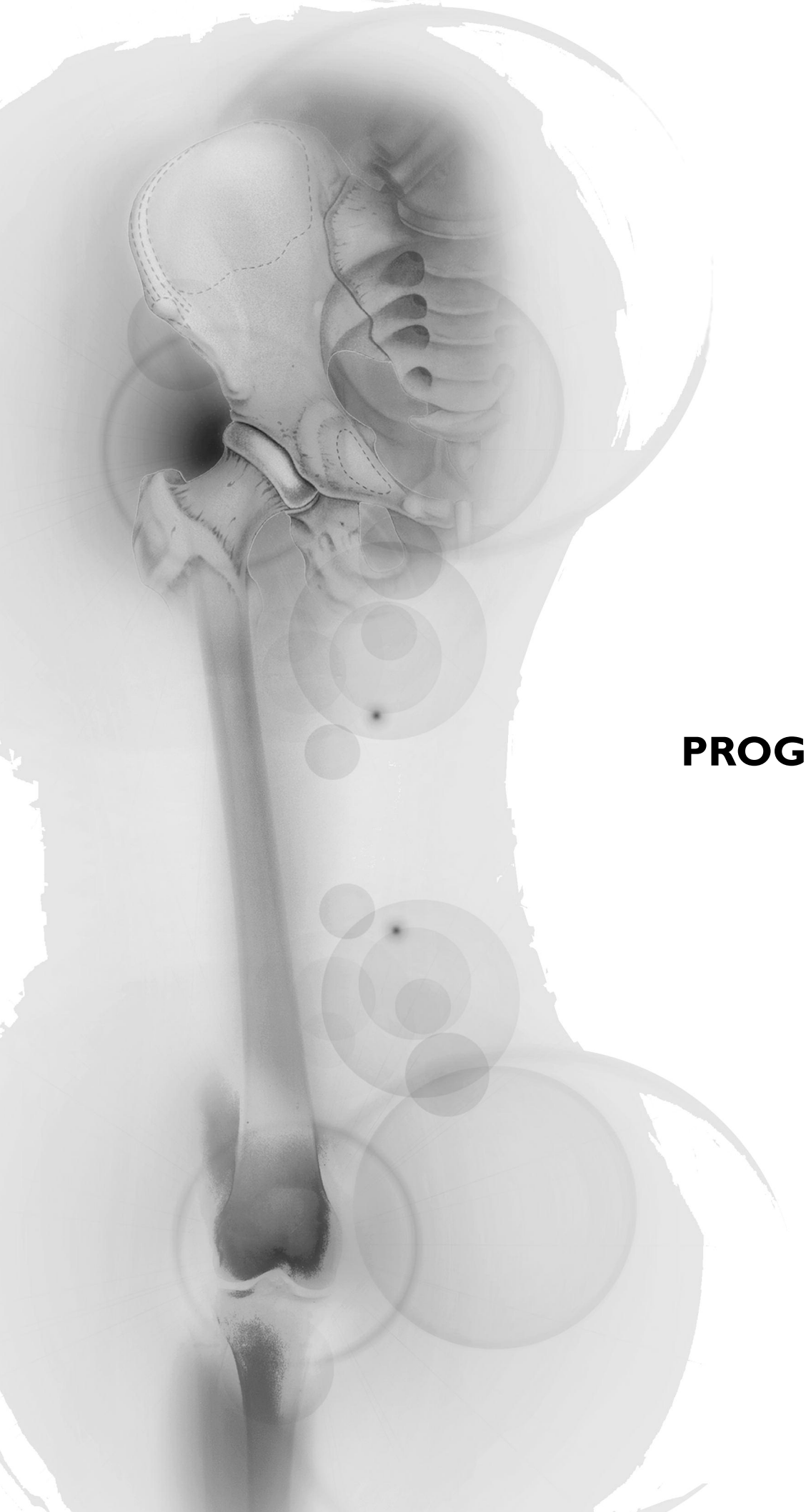
A conciliação entre a evidência científica e a arte de fazer medicina está expressa no espírito teórico-prático do programa das jornadas. Abordaremos desde problemas frequentes da prática diária da avaliação do doente até aspectos mais complexos da fisiopatologia das doenças reumáticas. Creio, sinceramente, que as nossas Jornadas podem ser uma fonte de enriquecimento clínico e intelectual de todos os que nelas participarem.

Aproveito não só para convidar todos os colegas a essa participação, mas também para solicitar que o façam da forma mais activa possível, confirmando que as Jornadas Internacionais de Reumatologia do IPR, fundadas sobre a história e a experiência de uma das mais antigas instituições mundiais dedicadas à prevenção e tratamento das doenças reumáticas, manterão o seu êxito, impulsionado pelo interesse e esforço de todos os que nelas participam e assistem.

Assim é meu desejo firme que as XIX Jornadas Internacionais de Reumatologia do Instituto Português de Reumatologia a serem realizadas a 24 e 25 de Novembro sejam em todos os aspectos as vossas Jornadas também, num ambiente de fiel rigor científico, mas também de recriação e relacionamento entre todos os que nos derem o prazer e a honra da sua presença.

Contamos consigo.

Paulo Clemente Coelho
(Presidente das XIX Jornadas Internacionais do IPR)



PROGRAMA

PROGRAMA

QUINTA – FEIRA – 24 DE NOVEMBRO

08h30: **Abertura do Secretariado**

09h00-10h30: ***Flash* Reumatológico**

PRESIDENTE: Cristina Catita

MODERADOR: Manuela Micaelo

- 1 – *Porphyronomas gingivalis* – Tabaco e Artrite Reumatóide – J. Vaz Patto
- 2 – Osteoporose na pré-menopausa, como actuar? – J. Carlos Romeu
- 3 – A dança e o doente reumático – Cândida Monteiro
- 4 – Sete erros frequentes em Reumatologia – Augusto Faustino
- 5 – *It`s not Lupus*! – Cândida Silva
- 6 – Doença Celíaca e manifestações reumáticas – Inês Gonçalves, Helena Madeira
- 7 – Tonturas – Será da coluna cervical? – Ana Teixeira

10h30-10h50: *Coffee break*

10h50-11h20: **Cerimónia de Abertura**

11h20-12h00: **Conferência plenária:**

PRESIDENTE: Viviana Tavares

MODERADOR: Maria Jesus Mediavila

- Avaliação Clínica do doente reumático – como as escalas podem ajudar a prática diária – Gema Bonilla.

12h00-13h10: **Simpósio**

13h10: Almoço

14h10-14h30: **«Um café junto dos *Stands* da Industria farmacêutica»**

14h30-15h30: **Mesa redonda – A síndrome de Sjogren revisitada**

PRESIDENTE: J. Ribeiro da Silva

MODERADOR: Sara Cortes

- 1 – Proteomica na síndrome de Sjogren – Filipe Barcelos
- 2 – Novos métodos de imagem – Maria João Quintela
- 3 – Diagnóstico Diferencial da síndrome de Sjogren em 2011 – Herberto Jesus

15h30-16h30: **Novidades Terapêuticas em 15 *slides***

PRESIDENTE: António Vilar

MODERADOR: Teresa Nóvoa

- 1 – Esquemas práticos de exercício físico nas doenças reumáticas mais prevalentes – Rita Tomás
- 2 – Antibióticos – efeito anti-inflamatório / imunomodelador? – Cláudia Miguel
- 3 – Lúpus Eritematoso Sistémico – Maria José Santos
- 4 – Cálcio e mortalidade Cardiovascular – Eugénia Simões

16h30-16h45: *Coffee break*

16h45-18h00: **Simpósio**

SEXTA-FEIRA – 25 DE NOVEMBRO

09h00-10h40: Comunicações Livres
Presidente: João Ramos
Moderador: Rui Figueiredo

10h40-11h00: *Coffee break* e **Discussão de *Posters* (1ª parte)**
JÚRI-COORDENADOR: Rui André Santos

11h00-12h10: **Mesa redonda – Tratamento Biotecnológico em Reumatologia e Medicina Familiar**
PRESIDENTE: José Pinto
MODERADOR: Catarina Ambrósio
- 1 – Breve revisão dos tratamentos actuais – Helena Santos
- 2 – Qual o efeito na evolução da doença – Luís Miranda
- 3 – Complementaridade e seguimento – Walter Castelão
- 4 – Interface Prática Reumatologia / Medicina familiar – José Melo Gomes

12h10-13h20: **Simpósio**

13h20: Almoço

14h20-14h30: **«Um café junto dos *Stands* da Industria farmacêutica»**
Discussão de *Posters* (2ª parte)
JÚRI-COORDENADOR: Rui André Santos

14h30-15h00:
PRESIDENTE: Luís Maurício
MODERADOR: Miguel Sousa
- Actualidade em Reumatologia: Ecografia nas Unidades de Reumatologia – qualidade diagnóstica e terapêutica – Margarida Silva

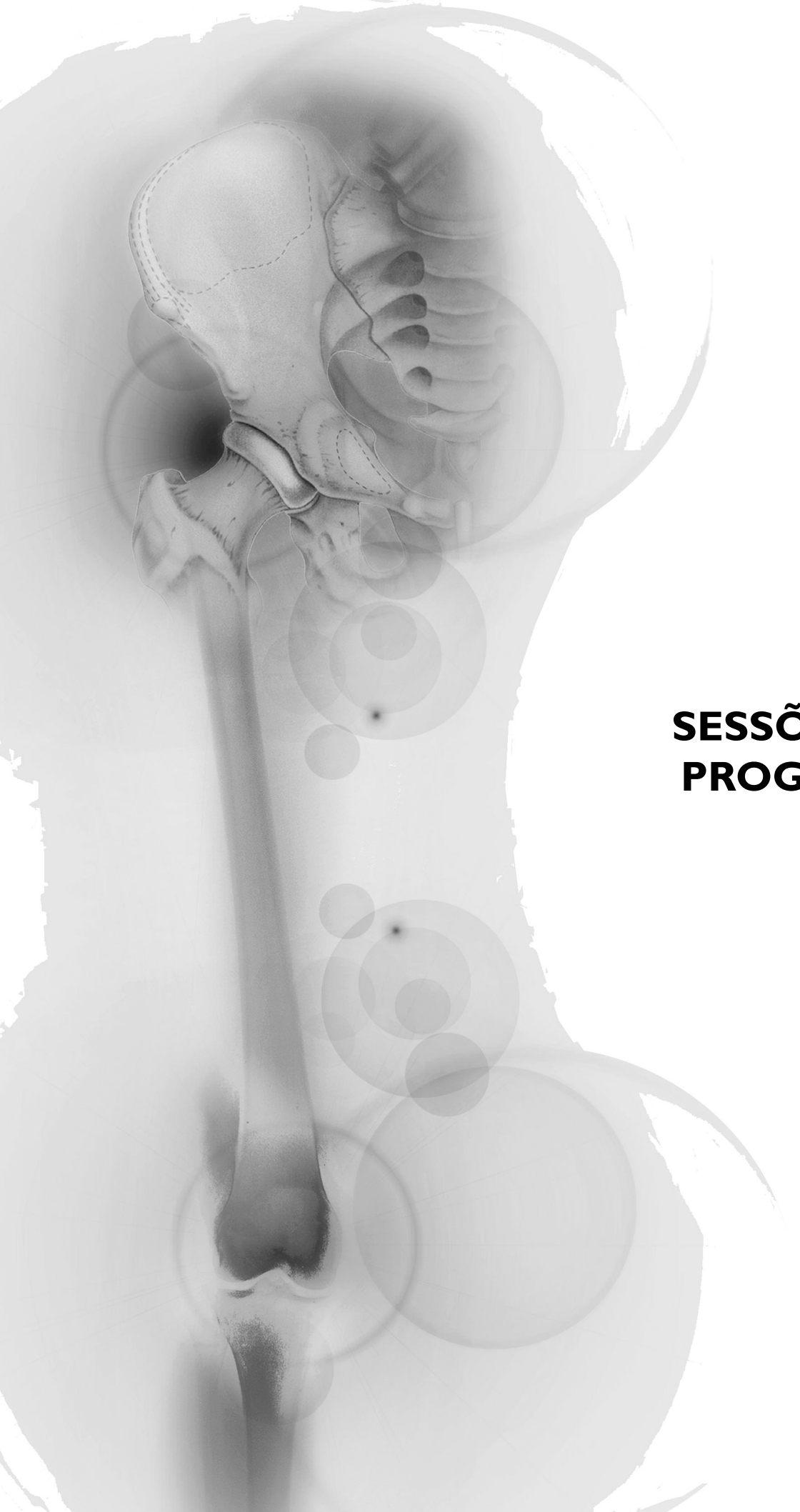
15h00-16h30: Curso Monotemático «João Figueirinhas»
TEMA: Doenças difusas do tecido conjuntivo– da definição diagnóstica ao escalonamento da terapêutica
PRESIDENTE: José Vaz Patto
MODERADOR: Margarida Cruz
- 1 – Critérios de diagnóstico e de classificação – Ana Sofia Roxo
- 2 – Conectivite Indiferenciada – Dina Medeiros
- 3 – Síndromes Intrincados/*Overlap Syndromes* – Maria João Salvador
- 4 – Escalonamento terapêutico – Manuela Parente

16h30-16h45: *Coffee break*

16h45-17h45: **Curso Teórico-Prático – Fibromialgia – como abordar a doente «difícil»**
PRESIDENTE: Adriano Neto
MODERADOR: Júlia Ferreira
- 1 – Nem tudo o que parece é! – Carmo Afonso
- 2 – Características «especiais» do doente fibromiálgico – Paulo Coelho
- 3 – Atitude prática do médico face ao doente fibromiálgico – Rui Leitão
- 4 – Tratamentos comprovados na fibromialgia – Vera Las

17h45: **Concurso – Imagens *(slides)* em Reumatologia**
JÚRI-COORDENADOR: Mário Bexiga

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



SESSÕES DO PROGRAMA

SESSÕES DO PROGRAMA

QUINTA-FEIRA – 24 DE NOVEMBRO

08h30: Abertura do Secretariado

09h00-10h30: *Flash* Reumatológico
Presidente: Cristina Catita
Moderador: Manuela Micaelo

PORPHYRONOMAS GINGIVALIS – TABACO E ARTRITE REUMATÓIDE
J. Vaz Patto

A AR é uma doença com uma prevalência de cerca de 0,35-1% da população, sendo de causa desconhecida; sabe-se, no entanto, que é de etiologia multifactorial, com um componente genético e outro ambiencial. Dos factores ambienciais, os que têm dados mais conclusivos são o tabaco e a *Porphyromona gingivalis (P. gingivalis)* como factores de risco e possivelmente de agravamento da doença.

À medida que se conseguem controlar melhor os aspectos articulares da doença começa a olhar-se para o envolvimento sistémico, sendo os aspectos cardiovasculares responsáveis por uma significativa morbilidade a longo prazo, como sejam a aterosclerose, cardiopatia isquémica e aumento da mortalidade. Como factor de risco para estas complicações poderão contribuir a inflamação crónica e nalguns doentes o tabaco e a *P. gingivalis*.

O diagnóstico da AR é um diagnóstico clínico baseado em critérios de diagnóstico (ou classificação) e experiência do reumatologista. Não existem biomarcadores específicos da doença, sendo até agora o anticorpo anti-CCP *(anti-citrullinated protein antibodies)* o marcador de doença mais especifico e que tem sido incluido nos critérios de mau prognóstico e de agressividade da doença.

A autoimunidade contra proteinas especificas citrulinadas lança pistas importantes para o estudo etiológico da Artrite Reumatóide.

O melhor conhecimento dos processos de citrulinização, assim como a interferência do tabaco e *P. gingivalis* nestes mecanismos permite-nos compreender melhor a origem e perpetuação desta doença. Finalmente há ainda a possibilidade de envolver outros microorganismos, para além do *P. gengivalis,* uma vez que se sabe que o processo de citrulinização é um processo extensível a outras bactérias como mecanismo evolutivo e adaptativo a meio mais ácido.

OSTEOPOROSE NA PRÉ-MENOPAUSA, COMO ACTUAR?
J. Carlos Romeu

A valorização da densidade mineral óssea na mulher pré-menopáusica deve ter em consideração que a sua relação com o risco de fractura não é a mesma que a observada na mulher pós-menopáusica. Os critérios de classificação da OMS, definindo osteoporose em função do *score* T, não são aplicáveis à mulher pré-menopáusica, sendo preferível, de acordo com a *International Society for Clinical Densitometry* (ISCD), a utilização do *score* Z (desvio padrão da densidade mineral óssea para as mesmas idade, sexo e raça) para definir «baixa massa óssea» na pré-menopausa. Na mulher pré-menopáusica, ainda de acordo com a ISCD, a classificação de osteoporose deve ser reservada para aquelas com fracturas de fragilidade (associada a traumatismo de baixa energia e excluídas outras causas de fractura) ou em que à baixa massa óssea se associam causas para osteoporose (osteoporose secundária).

Embora uma baixa massa óssea na mulher pré-menopáusica possa constituir o resultado de um baixo «capital ósseo» geneticamente determinado e/ou o efeito passado de factores extrínsecos condicionantes da aquisição e manutenção da massa óssea, o achado de uma baixa massa óssea (*score* Z $\leq$ -2, para a maioria dos autores) obriga à avaliação clínica e laboratorial de potenciais causas da perda de massa óssea (osteoporose secundária). O tratamento da causa subjacente deve, sempre que possível, constituir o foco da abordagem terapêutica.

A utilização de fármacos activos anti-fracturários deve ser uma decisão individualizada em função da existência de fracturas, da associação a terapêuticas não possíveis de ser interrompidas (corticóides, inibidores da aromatase, citostáticos, etc) ou a situações com persistente e significativa per-

da de densidade mineral óssea com elevado risco de fractura. O uso criterioso dos marcadores bioquímicos da remodelação óssea e da monitorização da densidade mineral óssea por DEXA poderão, caso a caso, contribuir para a decisão de tratar, ou não, activamente. Perante uma baixa massa óssea estável, na ausência de fracturas e de causas identificáveis para aquela baixa massa óssea, a terapêutica farmacológica raramente será necessária, devendo a intervenção basear-se em medidas gerais incidindo nos factores dietéticos e nos relacionados com o «estilo de vida» (exercício, tabagismo, consumo de álcool).

A DANÇA E O DOENTE REUMÁTICO

Cândida Monteiro

O uso da dança como terapia para doentes reumáticos é abordada sendo enunciadas as suas vantagens: combate a rigidez articular, fortalece a musculatura, reduz a tensão muscular, melhora a coordenação motora, treina equilíbrio, melhora a postura, activa a circulação melhorando a nutrição dos tecidos, treina a memória, isto com mais aderência do doente ao programa de exercícios.

A audição musical torna-se uma estratégia para deixar de ter a consciência da dor, o que permite uma actividade física mais agradável.

Abordam-se também eventuais lesões e estratégias para a sua prevenção.

A dança pode ser praticada em todas as idades e para todos os níveis de condicionamento físico , seja em grupo ou em sessões individuais e mesmo fora das grandes cidades não sendo necessário equipamento dispendioso.

Serão sugeridas diferentes modalidades consoante determinados diagnósticos tendo em vista a melhoria da qualidade de vida do doente reumático.

SETE ERROS FREQUENTES EM REUMATOLOGIA

Augusto Faustino

Serão identificados os seguintes sete erros frequentes na prática clínica reumatológica:

1. Não identificar os aspectos inflamatórios de uma dor reumática

Uma dor reumática tem aspectos inflamatórios sempre que tem maior expressão nocturna, que se associa a uma rigidez matinal de longa duração ou uma melhoria com a mobilização. Para se considerar que uma dor reumática tem características inflamatórias basta que exista algum dos seguintes **aspectos clínicos**:

- noite não é o seu melhor período do dia …
- a imobilização e descarga articular mantida não melhoram as queixas …
- existe rigidez após imobilização, sobretudo rigidez matinal (manhã não é um bom período)…
- a marcha e a mobilização articular moderadas melhoram as queixas …
- de dia não existem queixas com as AVD's ou actividades profissionais moderadas …

Sabe-se hoje que nas fases precoces das doenças reumáticas em que desejamos efectuar o diagnóstico e iniciar o tratamento sintomático e estrutural adequado, a inflamação desempenha quase sempre um papel fundamental na expressão clínica e no condicionar da evolução da doença, razão pela qual é fundamental esta identificação de ritmo da dor para uma melhor orientação diagnóstica e terapêutica.

2. Excluir patologia reumática baseado numa radiografia normal

O Rx é muito pouco sensível para detectar precocemente a maioria das doenças reumáticas. Sendo um bom método para identificar alterações estruturais evoluídas, é muito pouco sensível para um diagnóstico precoce, visto não detectar fenómenos fisiopatológicos como a inflamação. Assim, face à existência de queixas permanentes, sobretudo se as mesmas tiverem carácter inflamatório, a exclusão de uma doença reumática pela inexistência de alterações radiológicas pode levar-nos a passar ao lado da melhor fase para identificar, tratar e modificar de facto a evolução da doença reumática.

3. Assumir alterações radiológicas de «artrose» como causa de todas as dores articulares ou raquidianas

A osteartrose é muito prevalente e as alterações radiográficas de artrose são quase universais a partir de certa idade. O Rx apenas detecta alterações estruturais articulares ou ósseas irreversíveis (redução da interlinha articular, osteofitose, fracturas, …).

Existem assim inúmeras situações em que uma radiografia não afirma nem exclui uma causa de doença reumática, pelo que:

a) a existência de uma alteração de artrose não exclui que possa haver outra causa para a dor articular ou raquidiana…

b) a inexistência de alterações na radiografia não implica que não exista uma causa para a dor …

Deverá sobretudo desconfiar-se se existirem modificações das características habituais da dor articular ou raquidiana sem correspondência evolutivas nas radiografias, ou se existir desproporção clínica entre a intensidade/gravidade dos sintomas e os achados radiográficos.

4. Fazer diagnósticos de doenças inflamatórias sistémicas (LES, AR) baseado apenas na positividade de auto-anticorpos (ou excluir as mesmas baseado na sua negatividade …)

A presença de auto-anticorpos positivos não afirma, nem a sua ausência exclui, o diagnóstico de qualquer patologia inflamatória reumática sistémica.

Os diagnósticos em reumatologia exigem, para lá do necessário bom senso clínico alicerçado na experiência e na sensibilidade do especialista, a presença de diversos aspectos clínicos e laboratoriais, entre os quais potencialmente os auto-anticorpos, que deverão assim ser sempre estritamente enquadrados na globalidade clínica do doente para sua valorização.

É ainda importante avaliar alguns aspectos relacionados com os anti-corpos (título, padrão, variações, …) para uma melhor correlação com um potencial diagnóstico de determinada patologia reumática específica.

5. Considerar «fibromialgia» todo o quadro de dor crónica generalizada sem eliminar diagnósticos diferenciais de exclusão

A fibromialgia, ou melhor dizendo, o síndrome-fibromiálgico (SFM) (visto esta não ser uma entidade com definição específica fisiopatológica, mas antes um conjunto de sintomas e sinais típicos e repetitivos), é, pela sua variedade e inespecificidade clínica, uma grande imitadora em reumatologia. Importa, pois, antes de afirmar este diagnóstico concreto, excluir patologias que se podem apresentar de igual forma, nomeadamente patologias inflamatórias precoces, doenças ósseas metabólicas, doenças musculares, problemas endocrinológicos e neurológicos, entre outras.

6. Não tratar a dor reumática de forma permanente e ajustada ao doente individual

A dor é um incêndio, que se perpetua e amplifica (em ciclos viciosos patogénicos) se não for tratada de forma adequada. Tratar a dor de forma adequada, significa identificar e tratar a sua causa (encarar a dor como sintoma) mas também, caso já se tenha ultrapassado essa fase e a dor se comporte como «dor-doença», perceber todas as dimensões dessa dor complexa crónica (nociceptiva, neuropática, associada a tensão muscular, a alterações do sono, a alterações psiquiátricas ou a descondicionamento físico) e estabelecer um plano terapêutico multifactorial que aborde todas estas dimensões e em que a terapêutica farmacológica seja feita de forma permanente, adequada a cada momento do doente, tentando encontrar a dose mínima eficaz de cada medicamento que garanta a melhor eficácia clínica.

7. Tratar a dor reumática sem ter uma causa identificada para a mesma

Uma dor reumática não tratada e evoluindo para a cronicidade transforma-se ela própria numa doença, exigindo um tratamento complexo e multidisciplinar, como vimos anteriormente. Porém, nas fases precoces das doenças reumáticas, a dor pode e deve ser encarada como uma pista para um diagnóstico nosológico específico, que implique um tratamento adequado a essa situação, garante da modificação da evolução da doença, e de um melhor prognóstico sintomático e funcional futuro, com os consequentes ganhos globais em saúde.

Ignorar esta dor reumática precoce como elemento proporcionador de uma melhor orientação diagnóstica, e investir numa estratégia de tratamento sintomático inespecífico, poderá impedir ou retardar este diagnóstico, e conduzir a doença reumática para complicações estruturais irreversíveis totalmente evitáveis (erosões articulares, diminuição da cartilagem articular, anquilose vertebral, fracturas osteoporóticas,…).

IT'S NOT LUPUS!

Cândida Silva

O Lúpus Eritematoso Sistémico é uma doença reumática sistémica, que atinge preferencialmente as articulações, a pele, as serosas, o rim, mas pode envolver qualquer órgão ou sistema. É chamado o grande mimetizador, podendo ter várias formas de apresentação.

A sua incidência é de 5.1/100000, com uma prevalência de 52/100.000 casos, nos Estados Unidos. A frequência do LES, varia com a raça e a etnia, com prevalência mais elevada para afro-americanos e hispânicos, nos Estados Unidos e afro-caribenhos

e asiáticos no Reino Unido, tendo sido detectadas frequências também elevadas em Itália e no Norte de Espanha. Actualmente, a frequência da doença pode estar a aumentar, devido a uma detecção mais precoce.

Uma das razões para esta detecção mais precoce, é o estudo dos anticorpos anti-nucleares (ANA). No entanto, estudos populacionais, dão uma prevalência de ANA positivos na população em geral, entre 5 a 15%, sendo mais elevada nas mulheres e em idades mais avançadas. Títulos elevados de ANA, também foram detectados em profissionais de saúde e familiares de doentes com LES.

Nos indivíduos, com ANA positivo, por método de imunofluorescência, o valor do título (superior a 1/160) e o padrão devem ser tidos em conta. Padrões homogéneos e anti-centrómero, devem ser sempre avaliados em consulta de Reumatologia, independentemente do título.

Os ANA só devem ser pedidos quando existem critérios clínicos e devem ser depois complementados, se necessário, com o pedido de anticorpos extraíveis (ENAs), para serem incluídos no restante quadro clínico. No diagnóstico diferencial, incluem-se outras doenças reumáticas sistémicas, outras doenças imunes e algumas infecções, que também podem induzir ANA (ex, hepatite B e C, HIV, HTLV e sífilis).

O diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistémico, faz-se através dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia, de 1982, revistos em 1997. Estes são critérios de classificação e exigem a avaliação clínica e laboratorial, com o diagnóstico a efectuar-se, quando quatro dos onze critérios estão presentes, e foram confirmados pelo médico. Preferencialmente, os doentes devem ser enviados a consultas de Reumatologia, ou outras consultas especializadas, para a confirmação do diagnóstico.
– *And so, it's lupus.*

DOENÇA CELÍACA E MANIFESTAÇÕES REUMÁTICAS
Inês Gonçalves, Helena Madeira

A doença celíaca (DC) ou enteropatia de intolerância ao glúten, é definida como um estado de resposta imunológica aumentada (mediadapor linfócitos Th1) à ingestão de glúten, presente no trigo, centeio e cevada.

Afecta cerca de 1% da população adulta, sendo que na maioria dos casos é subdiagnosticada.

Tem um contributo genético importante. Mais de 95% dos doentes têm HLA DQ2 ou DQ8 e a prevalência da doença em familiares de 1º grau varia entre 4 a 22,5%.

Os doentes podem apresentar o quadro clássico de sintomas gastrointestinais (cólicas, diarreia, flatulência) ou apenas sintomas extraintestinais por vezes subtis (forma atípica- 60%). A maioria estão associados à malabsorção mas também à estimulação antigénica persistente através da permeabilidade aumentada da mucosa intestinal lesada.

As manifestações osteoarticulares da DC incluem a doença osteometabólica (osteoporose e osteomalácia); poliartrite seronegativa com ou sem envolvimento axial; aftose recorrente; artralgias; mialgias; fraqueza muscular e parestesias (associadas à hipocaliémia e hipocalcémia).

A osteopenia/osteoporose, está presente em 40% dos doentes no momento do diagnóstico e é responsável pelo aumento do risco de fractura nestes doentes.

A artrite seronegativa tem uma prevalência de 26%, podendo constituir um sintoma inaugural. Os doentes apresentam geralmente uma das seguintes situações:

1) Oligoartrite assimétrica (ombros, cotovelos,punhos e joelhos), não erosiva, autolimitada e recorrente;
2) Dorsolombalgia inflamatória com entesopatia e sacroiilite radiológica;
3) Poliartralgias de pequenas e grandes articulações associadas à mobilização dolorosa da coluna cervical e lombar.

Os sintomas osteoarticulares melhoram com a instituição de dieta sem glúten.

Para além das manifestações extraintestinais, a DC está associada a outras doenças autoimunes sistémicas, tais como a Diabetes Mellitus tipo 1, Tiroidite Autoimune, Hepatite Autoimune, Dermatite Herpetiforme, Doença de Addison e Deficiência de IgA. Salienta-se a sua associação com o Síndrome de Sjogren (12%) e a Artrite Idiopática Juvenil (6,7%).

Concluindo, a doença celíaca é relativamente comum em adultos e, provavelmente, subdiagnosticada, por não ser relembrada no diagnóstico de doentes sem queixas gastrointestinais. Deve ser considerada e pesquisada na presença de fadiga e emagrecimento, sintomas muco-cutâneos(aftas, *rash,* queilite angular), artrite seronegativa não erosiva indiferenciada, mialgias, neuropatia periférica, anemia ferropénica, défice de ácido fólico e/ou vitamina B12, mesmo na ausência de queixas

gastrointestinais.

O despiste serológico deve ser realizado com determinação da anti-transglutaminase tecidual IgA, anti-endomísio IgA e doseamento de imunoglobulina Ig A. A bióspia é sempre necessária para a confirmação do diagnóstico.

TONTURAS – SERÁ DA COLUNA CERVICAL?
Ana Teixeira

O equilíbrio corporal é estabelecido pela integração das informações fornecidas pelos sistemas visual, vestibular e proprioceptivo, nos núcleos vestibulares do tronco encefálico, sob a coordenação do cerebelo. As informações recebidas são processadas pelo SNC.

A Tontura ocorre quando há perturbação do equilíbrio corporal, sendo definida como ilusão de movimento e são multiplas as causas, entre outras o envelhecimento, traumatismos da cabeça e pescoço, causas infecciosas, metabolicas, hormonais, perturbações cardio-vasculares, neurologicas, visuais, ansiedade, drogas, tumores ou problemas cervicais. A tontura é uma queixa frequente, multifactorial no idoso e que interfere na qualidade de vida dos doentes. Uma boa investigação clínica escalonada permite muitas vezes, sem custos excessivos, a resolução do problema base.

A tontura cervical é um diagnostico ainda dificil e controverso, com pouca comprovação científica, mas muitos trabalhos referem a origem cervical de desequilíbrio ou vertigem, cuja fisiopatologia actualmente aceite se baseia no aumento do influxo proprioceptivo por processos inflamatórios locais, secundários a trauma, posições viciosas prolongadas ou raramente a cervicartrose alta ou anomalias da charneira occipito-vertebral. As articulações, cápsulas e os músculos suboccipitais profundos são ricos em receptores proprioceptivos.

O doente apresenta caracteristicamente tontura não rotatória ou desequilíbrio associadas a tensão ou dor no pescoço, acompanhados de sensação de pressão rectroauricular, cefaleia unilateral e na região cervical adjacente que pode irradiar para o ombro, nistagmo (mas sem zumbidos ou alterações auditivas). Pode acompanhar-se de náuseas, vómitos ou sudação. As crises podem ocorrer quando mantêm a cabeça na mesma posição por um longo periodo de tempo. Os sintomas persistem bastante tempo. O que parece mais característico é a associação a dor à rotação cervical e rigidez.

Não existem ainda métodos padronizados que permitam evidenciar a tontura cervical. Thimothy C. evidencia com o «teste arterial vertebral» um nistagmo unilateral de baixa amplitude associado à rotação mantida da cabeça (30seg), frequentemente associado com a presença de hérnia discal C5-C6 (raro quando RMN sem alterações); um nistagmo intenso é sugestivo de lesão vascular e o nistagmo vertical inferior sugestivo de lesão da charneira.

10h30-10h50: *Coffee break*

10h50-11h20: Cerimónia de Abertura

11h20-12:00h: Conferência plenária
Presidente: Viviana Tavares
Moderador: Maria Jesus Mediavila

AVALIAÇÃO CLÍNICA DO DOENTE REUMÁTICO – COMO AS ESCALAS PODEM AJUDAR A PRÁTICA DIÁRIA
Gema Bonilla

En los pacientes diagnosticados de enfermedades reumáticas inflamatorias, como la Artritis Reumatoide (AR) y las Espondiloartropatías (EsA), la evaluación de la actividad inflamatoria y de la respuesta a los tratamientos es una de las áreas donde en los últimos años la investigación clínica, en el campo de la Reumatología, ha obtenido mayores resultados. En el momento actual existe un mayor consenso y una mejor definición de los aspectos más importantes a la hora de evaluar a los enfermos diagnosticados de AR y Espondiloartropatias. En general hoy en día existe una mejor estandarización de las herramientas y los procedimientos utilizados para la medición tanto de la actividad inflamatoria como de la respuesta a los tratamientos empleados. Y esto, se traduce en una mejor evaluación de los pacientes en la práctica clínica diaria y en una mayor calidad asistencial. En los últimos años se ha experimentado un gran avance en cuanto a la metrología clínica de estas enfermedades, la cual se aplicaba inicialmente y de forma predominantemente en los ensayos clínicos. Este avance, condujo a la realización de varias conferencias para acordar que variables deberían medirse y como debería realizarse dicha medición para aplicarlas uniformemente en los ensayos clínicos. En cuanto a la AR, en el año 1992 se realizó el primer consenso internacional, en el marco de

la primera conferencia OMERAT (Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials), en el cual se establecieron unos acuerdos que posteriormente fueron ratificados por American College of Rheumatology (ACR) y European League Against Rheumatism (EULAR) que recogían una serie de recomendaciones que incluían un conjunto mínimo de parámetros para evaluar la actividad de los pacientes en los ensayos clínicos. Esto se ha trasladado a la práctica clínica habitual y es los que se recomienda realizar en el momento actual en la práctica clínica cotidiana durante el desarrollo de nuestra actividad asistencial. Este conjunto mínimo de parámetros incluían 1) número de articulaciones dolorosas, 2) número de articulaciones tumefactas, 3) dolor, 4) evaluación global de la enfermedad realizada por el paciente, 5) evaluación global de la enfermedad efectuada por el médico,6) capacidad funcional física y 7) reactantes de fase aguda. Para realizar la valoración de estos parámetros se pueden utilizar varios procedimientos de medida que serán aplicados en la práctica clínica. Esto incluye 1) la realización de recuentos articulares (recuento ACR, índice de Ritchie, Recuento de 44 articulaciones, índice de 28 articulaciones), 2) Dolor (escalas analógicas visuales, de cinco niveles, escala de tipo Likert), 3) Evaluación global de la enfermedad (escala analógica visual, escala tipo Likert) 4) Reactantes de fase aguda (VSG, PCR), 5) Capacidad funcional (Health Asseessment Questionnaire, Modified Health Assessment Questionnaire). Hay que destacar que de la combinación de estos parámetros se obtienen los índices compuestos los cuales tienen mayor valor que la utilización de los parámetros que los componen de forma aislada, y los cuales aplicamos en la práctica clínica habitual para la valoración de la actividad inflamatoria y de la respuesta a los tratamientos. Y aunque son muchos las combinaciones que se han propuesto y que podemos encontrar en la literatura, hay que destacar entre ellas el Disease Activity Score (DAS), en su distintas versiones. Al igual que ha habido un avance en la valoración de la actividad inflamatoria, también se han establecido una serie de criterios para la valoración de la mejoría clínica. En este momento existen los criterios de mejoría del American College of Rheumatology 20 %, 50 % y 70 % (ACR20, ACR50 y ACR 70) y los criterios de mejoría de la European League Against Rheumatism (EULAR) basados en el DAS. Del mismo modo que en la AR, en las EsA resulta fundamental la valoración de la actividad clínica y de la respuesta a los tratamientos, lo cual influye directamente en la toma de decisiones terapéuticas. Por ello en este grupo de enfermedades en nuestras revisiones de la práctica clínica diaria, debemos incluir un conjunto mínimo de parámetro que permitan evaluar la actividad inflamatoria, la función, el daño estructural y la repuesta al tratamiento. Por tanto debemos de realizar una exploración física completa con recuentos articulares (48-78), recuentos validados de entesis, BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index), pruebas de laboratorio e imagen. Y además debemos incluir otras parámetros y utilizar otras herramientas para cuantificar el dolor espinal inflamatorio, la valoración global de la enfermedad por el paciente [escalas analógicas y cuestionario BASDAI(Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)] , y valoración de función física mediante el cuestionario BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index).

La utilización de todas las variables disponibles y validadas en la evaluación de nuestros pacientes nos permiten realizar una práctica clínica asistencial de mayor calidad, reducirá la variabilidad en el manejo de estas enfermedades y acercará la práctica clínica habitual a la mejor evidencia científica disponible.

Referências

1. GRUPO GUIPCAR. Guía de Práctica Clínica para el manejo de la Artritis Reumatoide en España. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. 2001
2. ESPOGUIA: Guía de la Práctica Clínica para el manejo de los pacientes con Espondiloartritis en España. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. 2009

12h:00-13h10: Simpósio

13h10: Almoço

14h10-14h30: «Um café junto dos *Stands* da Indústria farmacêutica»

14h30m-15h30: Mesa redonda – A síndrome de Sjogren revisitada
Presidente: J. Ribeiro da Silva
Moderador: Sara Cortes

PROTEÓMICA NA SÍNDROME DE SJOGREN
Filipe Barcelos

A proteómica consiste no estudo em larga escala das proteínas, particularmente das suas estruturas

e funções. O termo foi criado em 1997 com o objectivo de fazer uma analogia com a genómica. O proteoma é definido como o conjunto da totalidade das proteínas produzidas por um organismo, incluindo as modificações pós-transcrição. O proteoma é um conjunto dinâmico, variando ao longo do tempo, de acordo com as fases da vida, situações e necessidades específicas da célula ou organismo.

A proteómica representa o passo seguinte no estudo dos sistemas biológicos, após a genómica. O estudo do proteoma tem-se revelado de uma maior complexidade que o estudo do genoma. Enquanto o genoma de um organismo se mantém mais ou menos constante, o proteoma difere de célula para célula e ao longo do tempo.

A transcrição do mRNA pode originar diferenças na quantidade de proteína produzida (nem sempre o mRNA é transcrito para proteínas, e a quantidade de proteína produzida por determinado mRNA pode variar). Além disso, muitas proteínas são sujeitas a modificações pós-transcrição, que alteram a sua estrutura e função. As modificações mais frequentes são a Fosforilação e a Ubiquinação, mas outras incluem a Metilação, Acetilação, Glicosilação, Oxidação e Nitrosilação. Algumas proteínas sofrem várias ou mesmo todas as transformações.

De um modo geral, as técnicas de análise proteómica seguem um esquema comum: a separação das proteínas e a sua identificação por espectrometria de massa. Os diversos métodos disponíveis apresentam diferentes vantagens e desvantagens, mas como fornecem informações complementares, são muitas vezes utilizados sequencialmente.

Um dos principais objectivos dos estudos de proteómica é a identificação de novos biomarcadores, que poderão ser úteis no estudo de processos biológicos normais ou patogénicos e na monitorização da resposta a terapêuticas.

A nível das doenças reumáticas auto-imunes, há um grande interesse em encontrar biomarcadores que facilitem o diagnóstico e a monitorização clínica, através da análise não invasiva dos fluidos biológicos. De facto, o soro, plasma, saliva, lágrimas e fluido bronco-alveolar são fáceis de obter e contém grande número de proteínas e péptidos, provavelmente envolvidos na patogénese da doença.

No Síndroma de Sjögren a xeroftalmia e xerostomia resultam de uma perda de células das glândulas exócrinas associada a alterações da estimulação da secreção glandular, devidas a diversos factores: apoptose das células epiteliais, produção de autoanticorpos com efeito antagonista dos receptores muscarínicos (anti-M3R) e infiltração inflamatória por linfócitos T. No entanto, para além da redução dos fluxos salivar e lacrimal, há também alterações na composição destes fluidos, pelo que a análise proteómica destes fluidos procura identificar novos biomarcadores envolvidos na patogénese da doença ou que possam ser úteis no diagnóstico e seguimento clínico.

Actualmente são conhecidas mais de mil proteínas salivares, a maioria das quais com expressão diferente do soro ou lágrima. No Sindroma de Sjögren existe um aumento das proteínas inflamatórias (α-enolase, anidrase carbónica I e II, α-amilase) e diminuição das proteínas acinares (lisosima C, pIgR, calgranulina A).

Nos últimos anos foram caracterizadas diversas proteínas salivares (α-defensina, catepsina D, α-enolase, β_2-microglobulina [β_2m], lactoferrina, cistatina, entre outras), esperando-se que a médio prazo possam ter utilidade no diagnóstico precoce, na distinção de diferentes doenças ou na monitorização.

No entanto, apesar de existirem já vários estudos publicados sobre o proteoma salivar, há ainda aspectos por esclarecer como as diferenças entre indivíduos, na mesma pessoa em várias alturas do dia, entre as várias glândulas, e entra as glândulas salivares e o fluido gengival.

Também a nível lacrimal, a análise proteómica revelou várias proteínas com interesse (ex: β-defensina, lactoperoxidase, lipocalin 11, queratina tipo I, cistatin Ap5 percurso), uma vez que se correlacionam com a inflamação das glândulas lacrimais e com a redução progressiva do fluxo lacrimal.

No futuro, o conhecimento do proteoma, a estrutura e função de cada proteína e as complexidades da interação entre proteínas será fundamental para a melhor compreensão dos mecanismos fisiopatológicos, para o desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico e novas terapêuticas.

NOVOS MÉTODOS DE IMAGEM

Maria João Quintela

Actualmente existem múltiplas modalidades que permitem avaliar a patologia das glândulas saliva-

res, a sialografia convencional, a ecografia e, recentemente, a Sialo-RM.

A **Sialografia Convencional** faz parte dos exames de referência para o diagnostico do S. de Sjorgen mesmo quando a clinica e exames bilogicos são sugestivos. É também necessária na avaliação da gravidade do S. Sjorgen.

No entanto é um método invasivo associado a potenciais complicações como hemorragia, perfuração traumática ou ruptura dos canais salivares e efeitos adversos do produto de contraste.

A **Sialo-RM** provou ter vantagens, relativamente à sialografia convencional.

Actualmente a RM associando as sequências morfológicas parenquimatosas visiveis em T1 e as técnicas de exploração intracanalar da Sialo RM, provou ser o método de excelência para o diagnóstico e classificação do S.Sjorgen, sendo posssivel estabelecer uma classificação dos aspectos Sialo-RM comparável e sobreponível à utilizada na silografia convencional para o S.Sjorgen.

É ilustrada com alguns exemplos da pratica clinica a sua utilidade.

Diagnóstico Diferencial da síndrome de Sjogren em 2011

Herberto Jesus

A síndrome de Sjögren permite a elaboração de um plano exímio de diagnóstico diferencial na Ciência Médica. Os recursos disponíveis são pletóricos na sua concepção. Os critérios de diagnóstico, a imunologia, a imagiologia e a histologia em conjugação com o «saber de experiência feito» contextualizam esta síndrome.

O clínico deve actuar com gestor, permitindo-se ser um vector da Qualidade. A gestão dos recursos disponíveis tem como fito a detecção precoce dos portadores desta síndrome. A multiplicidade de órgãos «alvo» que podem ser atingidos faculta uma necessidade premente de busca de sintomas e sinais. No universo do diagnóstico diferencial inicia-se o processo de investigação. O clínico deve actuar em consonância com os recursos disponíveis. A sua missão é excluir patologias emergentes, de forma a atingir um nível desejado de Qualidade Clínica.

No seu processo de diagnóstico diferencial estão plasmadas as patologias infecciosas (VIH, hepatite C, HTLV-1), a doença enxerto-hospedeiro, as neoplasias (linfoma), a sarcoidose, a iatrogenia e o envelhecimento do sistema imunológico humano.

O resultado positivo baseado numa boa performance (eficiência) capitaliza e promove a qualidade de vida do portador desta patologia.

A referenciação célere e eficiente para Centros Especializados encerra o processo de caminho para a Excelência.

15h30-16h30: Novidades Terapêuticas em 15 *slides*

Presidente: António Vilar
Moderador: Teresa Nóvoa

Esquemas práticos de exercício físico nas doenças reumáticas mais prevalentes

Rita Tomás

Antibióticos – efeito anti-inflamatório/ /imunomodelador?

Cláudia Miguel

A hipótese de um desencadeante infeccioso como ponto de partida para algumas das doenças reumáticas sistémicas, como a Artrite Reumatóide e a Espondilite Anquilosante, foi intensamente estudada desde há longa data, e apesar de não ser a única causa, não foi até hoje cabalmente negada.

A famosa sulfassalazina foi criada nos anos '30 do século passado, na tentativa de eliminar a infecção que se acreditava ser responsável pela «poliartrite reumática», combinando uma molécula de antibiótico (a sulfapiridina, da família das sulfamidas) com um salicilato (o ácido 5-amino-salicílico). Mais tarde veio a confirmar-se o seu papel imunomodelador independente das restantes funções.

Nas últimas décadas têm-se investigado os efeitos benéficos dos antibióticos, para além do seu poder anti-microbiano. A sua capacidade anti-inflamatória e imunomodeladora foi demonstrada *in vitro* e *in vivo*, comprovando-se a capacidade de redução dos sinais de inflamação, independentemente da destruição dos microrganismos patogénicos.

Os grupos de antibióticos com maior evidência de efeito anti-inflamatório são as tetraciclinas e os macrólidos e, mais recentemente, também as quinolonas. Vários trabalhos demonstraram a sua eficácia na redução da concentração de citocinas pró-inflamatórias, nomeadamente IL-1, IL-6 e TNF-α. As suas potencialidades são inúmeras, desde o tratamento das situações inflamatórias agudas, como a sépsis, pneumonia, ou pielonefrite, a situações crónicas, como a Doença Pulmonar Obstrutiva, a Fibrose Quística, ou a Artrite Reumatóide.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
Maria José Santos

A incontornável «novidade terapêutica»no Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) em 2011 é a aprovação pela FDA e pela EMA de um novo fármaco para o tratamento desta doença, o que não sucedia desde 1955.

Os desenvolvimentos do conhecimento na área da patogénese do LES permitiram identificar potenciais alvos terapêuticos e conduziram à investigação nos últimos anos de diversas moléculas para o tratamento dos doentes com lúpus. No entanto muitas desta moléculas não alcançaram os objectivos primários, outras associaram-se a efeitos indesejadosque motivaram a suspensão dos estudos, enquanto outras se encontram ainda em estudo. O belimumab é, até hoje, o único agente biológico que obteve aprovação para o tratamento do LES activo, com auto-anticorpos positivos, resistente à terapêutica *standard*.

Nos últimos anos também os «velhos»fármacos viram confirmado o seu papel no tratamento da nefrite lúpica (indução e manutenção), graças a novos protocolos terapêuticos, igualmente eficazes, mas mais seguros do que o do NIH.

A morbilidade cardiovascular tem sido alvo de intensa investigação, mas o estudo com atorvastatina na prevenção da aterosclerose (estudo LAPS) teve conclusões decepcionantes: o fármaco não preveniu a progressão dos depósitos de cálcio coronário, da espessura da íntima-média ou das placas carotídeas, nem mostrou qualquer efeito anti-inflamatório nos doentes com LES, ao contrário do que sucede na restante população.

Os resultados negativos dos ensaios clínicos com fármacos aparentemente eficazes na prática clínica vieram questionar os instrumentos utilizados na avaliação desta doença heterogénea e reforçar a necessidade de desenvolver instrumentos standardizados de resposta, assim como de definir a variação clinicamente significativa. Dispomos hoje de um novo índice de resposta individual (SRI) validado no contexto de ensaios clínicos e capaz de identificar a melhoria ou agravamento num mesmo e/ou em diferentes órgãos ou sistemas. Embora não se trate de uma «novidade terapêutica», esta «novidade» poderá marcar o ponto de viragem e revelar-se fundamental no desenvolvimento e aprovação de novas terapêuticas.

CÁLCIO E MORTALIDADE CARDIOVASCULAR
Eugénia Simões

O papel dos suplementos em cálcio no tratamento da doença osteoporótica, até há pouco considerado como imprescindível, tem vindo a mudar nos últimos tempos.

Por um lado, sabemos que todos os fármacos demonstraram a sua eficácia em doentes tratados com cálcio e vitamina D, na verdade estes suplementos consistiam no tratamento dos «grupos placebo» dos diversos estudos de eficácia de fármacos anti-osteoporóticos. Por outro, a sua utilização regular tem levantado algumas questões; algumas da prática clínica diária como a frequente intolerância a estes suplementos ou o risco teoricamente aumentado de litíase urinária.

Mais recentemente, o enfoque tem sido sobretudo na doença cardio-vascular: é muito frequente na clínica termos radiologicamente deformações vertebrais ao lado de uma aorta abdominal com calcificações extensas, existindo a crença popular (e não só) de que o cálcio em excesso se deposita nos vasos.

Além de não haver confirmação científica para isso, existem diversos factores que ligam a morbilidade e mortalidade cardio-vascular à osteoporose, como factores de risco em comum: o sedentarismo, o tabagismo, principalmente, pensa-se deficiência/inadequação em vitamina D.

Alguns estudos sugerem que a toma de cálcio em suplementos, sem vitamina D, e que ultrapasse uma ingestão diária total de cálcio superior a 1300-1500 mg/dia possa estar associado a um aumento moderado da incidência de EAM, em cerca de 28%, sem aumento de mortalidade.

No entanto, tratam-se de metaanálises de estudos em que uma percentagem elevada de doentes tomava 1 g ou mais de cálcio em suplementos, na ausência de vitamina D; alguns doentes nem sequer eram osteoporóticos.

Como conclusão: os suplementos de cálcio sem vitamina D não parecem ter muito interesse no tratamento da osteoporose; seria bom averiguar inicialmente a ingestão média alimentar do doente, no que toca a cálcio e vitamina D. Finalmente, existem indicadores de que mesmo na ausência de suplementos em cálcio, o alendronato e ranelato de estrôncio possam manter a sua eficácia anti-fracturária.

16h30-16h45: *Coffee break*

16h45m-18h:00: Simpósio

SEXTA-FEIRA – 25 DE NOVEMBRO

09h00-10h40: Comunicações Livres
Presidente: João Ramos
Moderador: Rui Figueiredo

10h40-11h00: *Coffee break* **e discussão de *Posters* (1ª parte)**
Júri-coordenador: Rui André Santos

11h00-12h10: Mesa redonda – Tratamento Biotecnológico em Reumatologia e Medicina Familiar
Presidente: José Pinto
Moderador: Catarina Ambrósio

BREVE REVISÃO DOS TRATAMENTOS ACTUAIS

Helena Santos

A terapêutica das doenças reumáticas inflamatórias crónicas, particularmente da Artrite Reumatóide, assistiu a uma grande modificação nos últimos anos.

Contribuíram para esta modificação o desenvolvimento de novas metodologias de avaliação dos doentes e de ensaios clínicos, a utilização de vários fármacos biotecnológicos e melhores estratégias no manuseio destas terapêuticas.

O tratamento das doenças reumáticas inflamatórias, nomeadamente da Artrite Reumatóide (AR), da Artrite Psoriásica e da Espondilite Anquilosante, com fármacos biotecnológicos (moléculas proteicas complexas que são criadas usando métodos de biologia molecular e produzidas em culturas celulares eucarióticas e procarióticas), permitiu um melhor controlo destas doenças e a possibilidade de oferecer uma melhor qualidade de vida aos doentes.

Embora estas terapêuticas sejam prescritas e monitorizadas pelo reumatologista, o médico de medicina familiar constitui um elo fundamental no seguimento destes doentes e deve ter um conhecimento geral do tipo de fármaco, possíveis complicações e interacções, de modo a poder orientar o seu doente sempre que necessário.

Os agentes biotecnológicos de utilização mais ampla têm sido os antagonistas do TNFalfa: o etanercept (proteína de fusão da porção extracelular do receptor p75 do TNFalfa com o domínio Fc da imunoglobulina humana IgG1), o infliximab (anticorpo monoclonal quimérico antiTNFalfa), o adalimumab (anticorpo monoclonal humano antiTNFalfa) e, mais recentemente, o golimumab (anticorpo monoclonal humano antiTNFalfa) e o certolizumab pegol (proteína de fusão de um fragmento Fab anti-TNF com uma fracção de polietilenoglicol-PEG, humanizado). Estes fármacos têm demonstrado eficácia clínica sobreponível, sendo a diferença *major* a frequência e via de administração.

O tocilizumab é um anticorpo monoclonal inibidor do receptor da IL-6, inibindo as acções da IL-6, que desempenha um papel fundamental na inflamação crónica e na autoimunidade. Está indicado no tratamento da AR activa, moderada a grave, com resposta inadequada ou intolerância a terapêutica prévia com outros DMARDs ou antagonistas do TNFalfa.

Tendo como alvo as células B, o rituximab é um anticorpo quimérico monoclonal antiCD20, que leva a uma depleção de células B, estando indicado no tratamento da AR activa e grave com resposta inadequada ou intolerância a outros DMARDs, incluindo 1 ou mais antagonistas do TNFalfa.

Nas terapêuticas dirigidas às células T, está disponível o abatacept, que consiste numa proteína solúvel de fusão, humana, da porção extracelular do CTL4 e um fragmento Fc de IgG1 humana. Esta molécula vai modular a co-estimulação das células T mediadas pelo CD28, ligando-se ao CD80 e ao CD86 nas células apresentadoras de antigénios. Esta interacção impede a total activação das células T, assim como a proliferação e inflamação, reduzindo a produção de citocinas (tais como IL6 e TNFa). À semelhança do rituximab, está indicado no tratamento da AR activa e grave com resposta inadequada ou intolerância a outros DMARDs, incluindo 1 ou mais antagonistas do TNFa.

Numa área bastante diferente, a Osteoporose, está previsto para o início do próximo ano a introdução em Portugal de uma molécula biotecnológica, o denosumab. O denosumab é um anticorpo monoclonal humano que se liga ao RANKL e inibe a formação, a actividade e a sobrevida dos osteoclastos. Mostrou ser eficaz no tratamento da osteoporose pós-menopáusica, com redução significativa das fracturas vertebrais e não vertebrais

A multiplicidade de fármacos emergentes mostra que nos encontramos numa nova era no tratamento das doenças reumáticas e em particular da AR. Os múltiplos alvos terapêuticos documentam bem a heterogeneidade da doença e da necessi-

dade futura de dispormos de indicadores clínicos e/ou biológicos que permitam optimizar otratamento individual.

QUAL O EFEITO NA EVOLUÇÃO DA DOENÇA
Luís Miranda

Quando em 1998 se iniciou a utilização das terapêuticas biotecnológicas longe estaríamos de pensar no seu impacto, quer em termos clínicos, quer em termos sociais.

Antes do aparecimento destas terapêuticas o que tínhamos disponível para o tratamento das doenças reumáticas sistémicas era o metotrexato isoladamente ou em associações com a sulfassalazina, sais de ouro ou a hidroxicloroquina, entre outros.

A utilização destas terapêuticas biotecnólogicas veio revolucionar a forma como entendemos estas doenças, mas igualmente elevar a forma como avaliamos os doentes e como procuramos ir ao encontro das suas expectativas.

Sabemos que clínicamente estes fármacos, quer em ensaios, quer através de dados de registos nacionais, são muito eficazes na redução do DAS 28 e na obtenção de respostas ACR 20, 50 ou 70 quando comparados aos outros *Disease-modifying antirheumatic drugs* (DMARDs) ditos clássicos ou sintéticos.

Sabemos que esses critérios de resposta ou a diminuição do DAS 28 têm repercussões na vida dos nossos doentes mas o que realmente representa tal melhoria?

As terapêuticas biotecnológicas conseguem para além da diminuição do número de articulações dolorosas e tumefactas melhorar a dor, ponto fundamental para o doente, e a funcionalidade. Com isto consegue-se melhorar a qualidade de vida, a fadiga e a incapacidade, melhorando outros aspectos sociais importantes como a empregabilidade e o absentismo laboral, a melhoria da parte psicológica dos doentes e fundamentalmente recolocar um doente verdadeiramente doente e transformá-lo em alguém que se aproxima da quase normalidade clínica.

Contudo as terapêuticas biotecnológicas não são a panaceia universal, têm regras próprias de prescrição e apertada vigilância clínica. Tal decorre não só dos seus custos económicos para a sociedade mas também dos risco de efeitos adversos que se associa à sua utilização.

A sua utilização está limitada a quem falha DMARDs sintético se condicionada a um conjunto de regras de introdução apertadas que incluí uma vigilância clínica regular e a introdução preferencial em registo nacional de doentes (Reuma.pt) para um melhor controlo.

Para além disso nem todos os doentes respondem a uma (ou a várias) terapêuticas biotecnológicas pelo que o *switch* entre elas são frequentes.

A grande revolução das terapêuticas biotecnológicas foi obrigar o reumatologista a pensar e propôr ao doente uma estratégia que passa pela remissão clínica e quando esta não é possível a baixa actividade da doença. É essa mudança de paradigma que implicou uma mudança efectiva da forma como avaliamos e seguimos os doentes mas igualmente uma necessidade acrescida de especialização no seguimento destas patologias.

É importante poder dar a estes doentes a esperança de uma vida próxima da normalidade, sendo que estes fármacos não são a cura para estas doenças mas foram seguramente um revolução silenciosa para milhões de doentes em todo o mundo que delas beneficiaram.

COMPLEMENTARIDADE E SEGUIMENTO
Walter Castelão

Na prescrição e avaliação dos fármacos biotecnológicos são-nos colocadas algumas questões:

1. Quais são os doentes que têm indicação para iniciar estes tratamentos?
2. Quais são os critérios para os manter?
3. Que contra-indicações existem?
4. Como se processa o *screening* e monitorização destes doentes?
5. De que forma são registados e avaliados os dados dos doentes sob estas terapêuticas?

1. QUAIS SÃO OS DOENTES QUE TÊM INDICAÇÃO PARA INICIAR ESTES TRATAMENTOS?

a. Relativamente à artrite reumatóide:
   Têm indicação para início de medicação biotecnológica os doentes que, apesar do uso apropriado de DMARDs, apresentam uma falência ou inadequação de resposta:
   – DAS28 >3,2
   – 2,6<DAS28<3,2, associado a agravamento dos índices de capacidade funcional (HAQ>0,22) ou do *score* de lesão radiográfica (*score* de van der Heijde>5)

   Para se considerar uma resposta inadequada, a dose de metotrexato (MTX) administrada pre-

viamente deve atingir pelo menos 20mg por semana num período mínimo de 3 meses. Em caso de intolerância, toxicidade ou recusa da medicação com MTX, torna-se necessário um período mínimo de 6 meses com outro DMARD ou associação de DMARDs.

b. Relativamente à espondilite anquilosante:
É necessário que se verifique existir um diagnóstico definitivo de espondilite anquilosante, que a doença esteja activa e que seja refractária à terapêutica instituída. São revistos na apresentação, em pormenor, os critérios que definem cada uma destas variáveis.

2. QUAIS SÃO OS CRITÉRIOS PARA OS MANTER?

a. No que respeita à artrite reumatóide:
A primeira decisão é tomada conforme eficácia após 3 meses de tratamento. Manter-se-á a terapêutica no caso de haver resposta, ou seja, uma melhoria mínima de 0,6 no *score* DAS28. Aos 6 meses, efectua-se nova reavaliação, tendo de se verificar uma melhoria mínima de 1,2 no *score* DAS28. A ausência de resposta ou resposta incompleta pode implicar a mudança para outro medicamento biotecnológico.

b. No que respeita à espondilite anquilosante:
A reavaliação efectua-se de 12 em 12 semanas, sendo que o doente mantém a terapêutica ao fim das primeiras 12 semanas se ocorrer uma redução ≥ a 50% no índice BASDAI relativamente ao valor inicial ou uma melhoria ≥ a 20% no *score* dos critérios ASAS (melhoria em 3 parâmetros e sem agravamento superior a 20% no quarto).

3. AS CONTRA-INDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA O USO DE FÁRMACOS BIOTECNOLÓGICOS SÃO:

- Infecção activa
- Administração concomitante de vacinas vivas
- História de neoplasia maligna com menos de cinco anos de remissão, com excepção do basellioma
- História de doença desmielinizante
- Insuficiência cardíaca congestiva (Classe III a IV da NYHA)
- Os fármacos devem ser suspensos de forma temporária em caso do surgimento de infecções ou em situações de elevado risco de novas infecções, cirurgia *major* programada ou de gravidez.

4. UM *SCREENING* CORRECTO DEVE INCLUIR UMA HISTÓRIA clínica minuciosa, com avaliação da actividade da doença, dos antecedentes pessoais (infecções e neoplasias), da capacidade funcional e uma história medicamentosa prévia e actual. Devem ainda ser pedidos exames complementares de diagnóstico que incluem exames radiológicos, como o radiograma do tórax, das mãos e pés (AR) e exames analíticos com hemograma completo, velocidade de sedimentação eritrocitária, proteína C reactiva doseada, glicémia, função renal, função hepática, urina tipo II, serologia Hepatite B e C, serologia VIH 1 e 2 e DIG.

Relativamente à Tuberculose, as sociedades Portuguesas de Reumatologia e Pneumologia estabeleceram recomendações para o diagnóstico e tratamento da tuberculose latente e activa nos doentes propostos para a medicação biotecnológica, nomeadamente fármacos anti-tnf alfa. O tratamento da tuberculose latente ou activa deve ser sempre supervisionado por um especialista em tuberculose (CDP). Existe a obrigação de realizar um Rx tórax e prova tuberculínica em todos os doentes antes do início da terapêutica. Se houver lesões activas no radiograma, deve ser instituído o tratamento adequado. Se a prova tuberculínica causar uma induração < a 5 mm, dever-se-á repetir a prova no prazo de 1-2 semanas no antebraço oposto, sendo apenas considerada negativa se o resultado voltar a ser inferior a 5 mm. Provas tuberculínicas positivas obrigam ao tratamento de tuberculose latente a não ser que o doente já tenha previamente sido submetido a tratamento adequado. Se a prova tuberculínica for realizada em doentes sob agentes imunossupressores, uma prova negativa pode não excluir uma tuberculose latente. A necessidade de tratamento para tuberculose latente nestes doentes deve ser equacionada caso a caso, após avaliação do risco-benefício individual. O início dos agentes biotecnológicos deve preferencialmente ser adiado até ao fim do tratamento; no entanto, caso necessário, pode ser iniciado ao fim de 2 meses de terapêutica no caso de tuberculose activa ou de 1 mês na latente.

A monitorização implica uma consulta regular agendada com uma periodicidade de 3 meses em que é feita a avaliação de intercorrências, nomeadamente de efeitos adversos locais ou sistémicos e de infecções, bem como da actividade da doença (Índice DAS 28, BASDAI), da capacidade funcional (HAQ, BASFI) e uma avaliação analítica (Hemograma completo,vs, pcr doseada, glicémia, fun-

ção renal, função hepática, urina tipo II). Anualmente efectua-se uma avaliação do dano estrutural (através de radiogramas) e um radiograma do tórax. Na sequência desta monitorização é feita uma reavaliação da terapêutica instituída.

5. COM O SURGIMENTO DAS TERAPÊUTICAS BIO-TECNOLÓGICAS acentuou-se a necessidade de uma avaliação rigorosa da eficácia e da segurança. A Sociedade Portuguesa de Reumatologia possui uma plataforma informática que possibilita o registo e recolha de dados de todos os doentes submetidos a terapêutica biotecnológica numa base de dados informatizada nacional. Estes registos funcionam como um processo clínico electrónico em que é possível documentar todas as consultas individuais de cada doente. Os dados podem ser analisados individualmente para cada doente, ou no seu conjunto, e podem ser expostos numa perspectiva longitudinal. Cada centro de Reumatologia tem acesso ilimitado aos seus doentes, estando o acesso a dados de outros centros, para efeitos de investigação científica, condicionado a autorização prévia.

Em conclusão, os fármacos biotecnológicos são terapêuticas muito eficazes, mas devido aoseu elevado custo requerem uma cuidadosa avaliação quanto à sua indicação e necessidade de manutenção, bem como uma vigilância contínua de eventos que contra-indicam a sua prescrição. É fundamental que se efectue o registo dos doentes nas bases de dados nacionais de forma a possuirmos dados fiáveis da nossa população no que respeita a eficácia e a efeitos adversos, bem como do seu impacto na evolução das doenças reumáticas inflamatórias.

INTERFACE PRÁTICA REUMATOLOGIA/MEDICINA FAMILIAR
José Melo Gomes

12h10-13h20: Simpósio

13h20: Almoço

14h20-14h30: «Um café junto dos *Stands* da Indústria farmacêutica»
Discussão de *Posters* (2ª parte)
Júri – coordenador: Rui André Santos

14h30-15h00:
Presidente: Luís Maurício
Moderador: Miguel Sousa

ACTUALIDADE EM REUMATOLOGIA: ECOGRAFIA NAS UNIDADES DE REUMATOLOGIA – QUALIDADE DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA
Margarida Silva

A ecografia é utilizável à cabeceira do doente, não emite radiação e é pouco dispendiosa; praticamente qualquer pessoa pode ser examinada e uma sonda de elevada frequência tem maior poder de resolução que a generalidade dos aparelhos de ressonância magnética. Os doentes gostam de poder ver as imagens em tempo real e pode explorar-se o local exacto da dor; algumas articulações podem ser examinadas em 360º, não é difícil fazer a comparação bilateral e examinar várias áreas articulares. Os exames são dinâmicos. A ecografia serve para orientar aspirações articulares e infiltrações. Além disso, com a tecnologia Doppler obtemos importantes informações acerca dos processos inflamatórios e do fluxo sanguíneo das estruturas examinadas.

Pode dizer-se que a ecografia reumatológica moderna começou em 1978 com a demonstração de sinovite do joelho na artrite reumatóide. Os avanços tecnológicos e vários estudos permitiram que a ecografia seja utilizada actualmente com vantagem em quase todas as doenças do foro da reumatologia como artrite reumatóide, doenças difusas do tecido conjuntivo, espondilartropatias seronegativas, artropatias microcristalinas, vasculites, osteoartrose, patologia loco-regional. Apesar disso, num inquérito realizado no âmbito da EULAR publicado recentemente, na maioria dos países europeus menos de 10% dos reumatologistas fazem ecografia na sua prática clínica.

A inclusão da ecografia num serviço de reumatologia aumenta a qualidade e eficiência do tratamento dos doentes.

Os processos na implementação e manutenção da ecografia num serviço de reumatologia incluem:

- Aquisição de equipamento da alta resolução e com Doppler
- Manutenção do equipamento, incluindo monitorização da «performance»
- Controlo das infecções, incluindo procedimentos para limpeza e desinfecção das sondas
- Precauções específicas quando se executam os procedimentos guiados, como o controlo da infecção, identificação das amostras quando existe colheita de material e perfeita clareza de como lidar com amostra e dos passos até ao seu destino

- Instalações
- Pessoas qualificadas para a realização dos exames – sua formação, treino e actualização contínua
- Requisição dos exames (tem importância no resultado)
- Agendamento dos exames
- Realização atempada dos exames (problemas: procura crescente na reumatologia e poucos médicos realizando exames; tempo retirado a outras actividades do reumatologista que faz ecografia)
- Realização dos exames segundo os padrões de qualidade e «guidelines» actuais
- Elaboração dos relatórios, segundo os mesmos padrões
- Documentação dos exames – registo de imagens devidamente identificadas e relatórios
- Supervisão e monitorização constante de todos os processos acima referidos verificando que os padrões de qualidade são cumpridos

Um serviço de reumatologia que disponha de ecografia é um serviço que oferece mais qualidade porque aumenta as capacidades de diagnóstico, tratamento e seguimento dos doentes. Em relação aos custos, a ecografia provavelmente em muitos casos evita a realização de outros exames mais dispendiosos, e ao permitir chegar mais cedo a um diagnóstico e tratamento adequados, reduz provavelmente o número de consultas e melhora os resultados.

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

Tema: Doenças Difusas do tecido Conjuntivo – da definição diagnóstica ao escalonamento da terapêutica

Presidente: José Vaz Patto
Moderador: Margarida Cruz

Critérios de diagnóstico e de classificação

Ana Sofia Roxo

As doenças reumáticas são extremamente variáveis na sua forma de apresentação e evolução, podendo o seu diagnóstico ser particularmente desafiante.

Muitas destas patologias são caracterizadas por sobreposição de sintomas de diferentes órgãos e sistemas, pela falta de um teste diagnóstico patognomónico e por manifestações inespecíficas. Estas características, dificultam o seu diagnóstico ou a avaliação da sua evolução, apresentando-se como um enorme desafio, sobretudo quando conduzimos ou avaliamos resultados de ensaios clínicos.

Desta forma, vários critérios de classificação, combinando diferentes tipos de informação, incluindo sinais e sintomas, achados laboratoriais e imagiológicos, factores genéticos e agentes etiológicos, têm sido desenvolvidos para identificar populações de doentes homogéneas para a inclusão em estudos epidemiológicos e ensaios clínicos.

De forma distinta, os critérios de diagnóstico são critérios desenvolvidos para propósitos de diagnóstico na prática clínica, ajudando os médicos nas suas decisões.

Os critérios de diagnóstico e de classificação, são então usados para uniformizar definições, de forma a assegurar que a mesma entidade patológica seja estudada de forma consistente.

Cada vez mais, de forma a identificar doentes com doença precoce, novos critérios de classificação têm sido desenvolvidos por um grupo de peritos quer do grupo EULAR quer do ACR, com o principal propósito de aumentar a sensibilidade e especificidade do diagnóstico precoce.

Conectivite Indiferenciada

Dina Medeiros

A Doença Indiferenciada do Tecido Conjuntivo (DITC) corresponde a uma entidade clínica distinta, onde ocorrem sinais e sintomas sugestivos de patologia sistémica inflamatória sem que, no entanto, se cumpram critérios de classificação para uma doença específica.

Nos últimos 30 anos, têm sido vários os estudos realizados com o intuito de investigar diferentes aspectos das DITC – frequência, características epidemiológicas, características clínicas e serológicas, e a evolução para uma doença do tecido conjuntivo específica. Alguns desses estudos têm verificado uma associação entre a DITC e distúrbios imunológicas da actividade reguladora das células T/B e produção de citoquinas, alterações estas manifestamente exacerbadas aquando da transição de DITC para uma doença específica do tecido conjuntivo. É também proposto um papel etiopatogénico relativamente à vitamina D, que poderá contribuir para as complexas anomalias imunoreguladoras constatadas na DITC.

O consenso geral é de que se trata de uma doença sistémica auto-imune, com um perfil clínico/ /analítico ligeiro e evolução maioritariamente be-

nigna. Os sintomas e sinais mais frequentemente observados correspondem a artralgias/artrite, manifestações muco-cutâneas, fenómeno de Raynaud e citopénias, sendo raro o envolvimento visceral e de SNC. Analiticamente, são detectados sobretudo anticorpos anti-nucleares, anti-SSA/SSB, e anti-DNAds. Apenas 1/3 dos casos parece evoluir para uma doença sistémica reumatológica distinta, o que sucede sobretudo nos primeiros anos de aparecimento dos sintomas. Os restantes 2/3 dos casos mantêm-se indiferenciados, podendo ocorrer mesmo remissão completa da sintomatologia.

De referir ainda o papel da gestação na DITC. Alguns estudos têm verificado um maior risco de complicações obstétricas neste grupo de doentes, bem como uma maior probabilidade de evolução para uma doença do tecido conjuntivo definida ou aparecimento de sintomatologia mais severa. Finalmente, foram ainda identificadas alterações microvasculares, relacionadas com a vasodilatação endotelial, em doentes com DITC, na ausência de factores de risco cardiovascular tradicionais, o que poderá conduzir a um risco acrescido de fenómenos ateroescleróticos.

Até ao momento ainda não foi possível chegar a um acordo quanto a critérios de classificação da doença. Apesar disso, torna-se evidente a necessidade de identificar precocemente esta entidade, no sentido de vigiar e detectar rapidamente os casos que possam evoluir para situações mais graves e potencialmente tratáveis.

SÍNDROMES INTRINCADOS/*OVERLAP SYNDROMES*
Maria João Salvador

Para se identificar um *Overlap Syndrome* ou Síndrome de Sobreposição, é necessário que o doente reúna um conjunto de sinais e sintomas que sejam reconhecidos como uma determinada doença reumática, como por exemplo a Miosite, a Esclerose Sistémica ou a Artrite Reumatóide, mas associando características de mais de uma doença.

Para definir este Síndrome podemos recorrer das manifestações clínicas apresentadas pelo doente, que devem ser uma combinação de manifestações características de mais de uma doença reumática, mas também da presença de determinados Autoanticorpos que, estando presentes, podem ajudar na distinção deste Síndrome.

Nem sempre é fácil fazer este diagnóstico. É preciso lembrar que a Artrite Reumatóide é uma doença relativamente frequente e pode coexistir por acaso num doente com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), por exemplo. Por outro lado, alguns estudos evidenciam que doentes com LES ou Esclerose Sistémica possam ter artrite erosiva, sendo assim esta uma característica da sua doença de base.

ESCALONAMENTO TERAPÊUTICO
Manuela Parente

16h30-16h45: *Coffee break*

16h45-17h45: Curso Teórico-Prático – Fibromialgia – como abordar a doente «difícil»
Presidente: Adriano Neto
Moderador: Júlia Ferreira

NEM TUDO O QUE PARECE É!
Carmo Afonso

A fibromialgia é caracterizada por um quadro de dor crónica generalizada, em geral acompanhado por um ou mais sintomas concomitantes, incluindo, em particular, a fadiga, os distúrbios do sono, a ansiedade ou depressão e a disfunção cognitiva. Existindo uma grande sobreposição de sintomas e de mecanismos fisiopatológicos que lhe estão subjacentes, entre a fibromialgia e outras situações clínicas como algumas doenças psiquiátricas e alguns síndromas somáticos disfuncionais, entre os quais, o síndroma do cólon irritável, a dor pélvica crónica, a cistite intersticial e a disfunção temporo-mandibular, compreende-se que esta situação clínica seja, frequentemente, geradora de mitos e de dificuldades diagnósticas.

Acresce ainda o facto de várias doenças orgânicas, de fisiopatologia bem estabelecida e bem conhecida, cursarem também, muitas vezes, com sintomatologia sobreponível à da fibromialgia, complicando ainda mais o seu diagnóstico.

O amplo espectro dos síndromas de dor generalizada em que a fibromialgia se inclui é, actualmente, melhor compreendido como um «contínuo» de alterações biológicas e de manifestações clínicas que se sobrepõem de várias formas, do que como um conjunto de entidades de quadro clínico preciso e de fácil diferenciação entre si.

A designação comum de «Síndromas de Sensibilização Central», baseia-se nos avanços do conhecimento sobre a sua patogénese, considerando-se que em todos estes síndromas existe uma anomalia nos processos aferentes centrais.

A enorme sobreposição de sintomas entre estes Síndromas de Sensibilização Central e várias doenças psiquiátricas, parece explicar-se, pelo menos em parte, pela intervenção dos mesmos neuromediadores.

Outras dificuldades diagnósticas podem resultar da enorme variabilidade na forma de apresentação da doença. Alguns indivíduos podem referir, além da dor generalizada, apenas um ou outro dos sintomas embora, mais frequentemente, os doentes se apresentem com uma multiplicidade de queixas que, por sua vez, e como a dor, podem variar, quer em localização, quer em intensidade ao longo do tempo. Desta forma, na prática clínica, poderá considerar-se o diagnóstico de um «Síndroma de Sensibilização Central» ou de um «Síndroma Fibromialgia-*like*», quando na presença de indivíduos com dor generalizada, associada ou não a outros sintomas.

Nesta apresentação pretende-se chamar a atenção para o conjunto de manifestações clínicas comuns a muitas outras entidades clínicas para além da fibromialgia, salientando, no entanto, que, apesar da multiplicidade de patologias potencialmente confundíveis com a fibromialgia, na maioria das situações clínicas, apenas algumas investigações básicas serão necessárias.

CARACTERÍSTICAS «ESPECIAIS» DO DOENTE FIBROMIÁLGICO

Paulo Clemente-Coelho

O doente com Fibromialgia (FM) é muitas vezes considerado pelo médico que o aborda como alguém complexo e difícil de avaliar e tratar. Na realidade, a maioria dos doentes com FM apresentam uma complexidade de associação de factores de personalidade, psicológicos, físicos e funcionais que os tornam singulares na abordagem das síndromes dolorosas e da patologia reumática em geral. Este facto, aliado a algum desconhecimento das características desta síndrome e até mesmo a uma desvalorização da existência desta entidade por parte do clínico, poderão levar a uma situação de incompatibilidade médico-doente ou a uma abordagem mais ligeira, e portanto menos eficaz, destes quadros de dor generalizada, cada vez mais frequentes na sociedade em que vivemos. Torna-se assim imprescindível que o clínico que aborda a patologia músculo-esquelética conheça as particularidades que frequentemente caracterizam o doente fibromiálgico, para que possa melhorar o relacionamento médico-doente, o qual poderá ter implicações positivas no tratamento global do doente com FM. Na realidade, podemos afirmar que o doente com FM nunca poderá ser bem tratado se as suas características «especiais» não forem entendidas, partindo-se dessa compreensão para uma abordagem global, que não se resuma a um acto de mera prescrição farmacológica, a qual, isoladamente, não será suficientemente eficaz para o alívio do quadro clínico e funcional do doente. Nesta comunicação serão abordados os aspectos mais frequentes que caracterizam o doente com FM, no contexto global e não meramente orgânico, dando-se particular importância à necessidade de um entendimento holístico desta síndrome e abrindo portas para que a abordagem clínica destes doentes permita adicionar-lhes compreensão em relação à sua situação presente e esperança em relação ao seu futuro.

ATITUDE PRÁTICA DO MÉDICO FACE AO DOENTE FIBROMIÁLGICO

Rui Leitão

Desde que disponíveis o tempo e os recursos suficientes, a ciência pode explicar, construir e resolver tudo, é o que os meios de informação se têm empenhado em propalar, para desilusão dos cidadãos que se confrontam com doenças crónicas como a fibromialgia, nas quais isso está longe de acontecer. Uma derrota, sem dúvida, que significa a vida insuficientemente usufruída por duzentos a quatrocentos mil portugueses.

Não é que não se tenha avançado no conhecimento da fisiopatologia da afecção que como é hoje consensual, depende da amplificação dos estímulos dolorosos ao nível do Sistema Nervoso e do compromisso concomitante dos mecanismos de modulação da intensidade da dor. Mas o facto de se tratar, mais do que de uma doença de órgão, de uma doença da comunicação entre órgãos (um conceito difícil de conceptualizar por investigadores, autoridades de saúde e pelos próprios médicos) conduz muitos clinicos a afirmarem, por vezes de forma arrogante, que não acreditam na existência da doença, comportando-se assim, numa manifesta perversão do seu papel, não como clínicos mas como agentes amplificadores do desespero dos seus doentes. Que, quer se queira quer não, existem e necessitam de ser tratados.

Apesar da fartura de artigos com revisões ou *guidelines* de tratamento disponíveis na *internet* e

do grande número de palestras e debates sobre esta afecção, na prática, sejamos sinceros, a eficácia do tratamento continua muito aquém do desejável.

A fibromialgia é uma doença de sintomas e o paradigma do seu tratamento, na falta de terapêuticas ancoradas na fisiopatologia, tem sido sintomático. Assim, usam-se analgésicos, indutores do sono e anti-depressivos (estes com algum valor fisiopatológico uma vez que podem melhorar as perturbações existentes na transmissão e modulação dos estímulos dolorosos) em combinações variáveis de acordo com o quadro clínico e as «necessidades» de cada doente em particular.

No entanto, mais importante do que a intensidade dos sintomas, que é com frequência marcada, é necessário elucidar em cada doente, quais as consequências secundárias (para além do incómodo e do mal-estar) da avalanche sintomática. As mais importantes são a catastrofização e a sensação de impotência (*helplessness*) para modificarem a sua situação. Estes fenómenos são desencadeados pela presença da dor e contribuem directamente ou por mediação pela instalação da sensação de perda (*loss*) (incapacidade de continuar a assegurar a actividade profissional, responsabilidades familiares ou interacção social), para o desenvolvimento da depressão clínica[1,2]. Os esforços do médico esclarecido devem ser dirigidos não directamente para os sintomas enquanto geradores de mal-estar mas para o combate à impotência (*helplessness*) e à catastrofização, o que se faz com disponibilidade, educação e alguns fármacos.

Esta comunicação visa partilhar um protocolo pessoal de relacionamento com a doença e os doentes, não comprovado de forma científica, mas baseado nos dados da investigação, cuja aplicação tem devolvido uma experiência gratificante, embora subjectiva. É talvez provocatória porque assume a intenção de estimular a que saiam da sombra todos os que têm experimentado resultados positivos com as medidas terapêuticas que quotidianamente utilizam, e venham expô-las publicamente. Sem receio, para que todos possamos aprender.

Referências

1. Palomino RA, Nicassio PM, Greenberg MA, Medina Jr EP. Helplessnessandloss as mediatorsbetweenpainanddepressivesymptomsinfibromyalgia. Pain 2007; 129: 185-94
2. Muller MJ. Helplessnessandperceivedpainintensity: relations to cortisol concentrationsafterelectrocutaneousstimulationinhealthyyoungmen. Biopsychosocial Medicine 2011; 5: 8

TRATAMENTOS COMPROVADOS NA FIBROMIALGIA

Vera Las

A complexidade da fisiopatologia da Fibromialgia e dos mecanismos neurobiológicos dos mecanismos de condução do estímulo doloroso têm comprometido de modo frustrante o tratamento desta doença.

Através de uma revisão da literatura apresentaremos quais as atitudes terapêuticas que comprovadamente são favoráveis no tratamento da Fibromialgia, nomeadamente as farmacológicas, porém com alguns comentários sobre algumas terapêuticas não farmacológicas como o exercício físico.

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

Júri-coordenador: Mário Bexiga

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

COMUNICACÕES LIVRES/POSTERS

COMUNICAÇÕES LIVRES/POSTERS (CLP)

CLP 1 – O Papel dos calcimiméticos no hiperparatiroidismo

Vanessa Portela
USF Eça, Barreiro

Introdução: A produção aumentada de hormona paratiroideia traduz-se num aumento dos níveis séricos de cálcio mediante a estimulação da sua libertação óssea e aumento da reabsorção renal e intestinal, e numa diminuição da fosfatemia. Os calcimiméticos aumentam a sensibilidade do receptor de membrana CaSR ao cálcio extracelular. Nas glândulas paratiroideias promovem a inibição da produção e secreção de PTH, cujos níveis séricos diminuem algumas horas após a sua administração.
Objectivo: Determinar qual o efeito dos calcimiméticos no tratamento do hiperparatiroidismo.
Métodos: Pesquisa bibliográfica nos sites EBM Pubmed, Trip, Cochrane Collaboration utilizando como palavras-chave os termos *MeSH calcimimetic agents, hyperparathyroidism, therapy* incluindo as revisões sistemáticas, meta-análises, normas de orientação clínica, ensaios clínicos controlados e randomizados, publicados nos últimos cinco anos em língua inglesa e portuguesa
Resultados: Foram encontrados 31 artigos dos quais se excluíram 19 por não se adequarem ao objectivo do trabalho. Dos artigos seleccionados, dois correspondem a normas de orientação clínica, dois a revisões sistemáticas, um a uma meta-análise e sete a revisões. Os calcimiméticos constituem uma opção terapêutica no hiperparatiroismo associado à doença renal crónica em estadio 5D, no hiperparatiroismo derivado do carcinoma das paratiróides e no hiperparatiroidismo primário sem indicação cirúrgica
Discussão: Os calcimiméticos actuam modulando positivamente o CaSR, permitindo um bom controlo dos níveis séricos de hormona paratiroideia, cálcio e fósforo. No entanto, e apesar do controlo bioquímico, este ainda não se demonstrou estar associado a uma redução das fracturas ósseas, ocorrência de eventos cardiovasculares e mortalidade. Impõe-se assim a necessidade de mais estudos no sentido de esclarecer o seu benefício a longo-prazo.

CLP 2 – Avaliação da terapêutica anti-osteoporótica, compliance e ingestão alimentar de cálcio num grupo de doentes com Osteoporose, Artrite Reumatóide e Osteoartrose – dados preliminares do estudo comparativo

Inês Gonçalves, Alexandra Cardoso,
Rita Fernandes, Eugénia Simões, José Vaz Patto
Instituto Português de Reumatologia

Introdução: No tratamento da doença osteoporótica, põe-se sempre o problema da *compliance* à terapêutica, bem como a adesão a suplementos de vitamina D e cálcio; também importante, depois de se ter posto um ponto de interrogação em relação ao risco cardiovascular e suplementos em cálcio, passa a ser a real a quantificação dos hábitos alimentares de cálcio e vitamina D.
Objectivo: Quantificação da ingestão alimentar de cálcio, caracterização da amostra em relação à terapêutica medicamentosa anti-osteoporótica e avaliação da *compliance*, em doentes com o diagnóstico de Osteoporose (OP) primitiva, Artrite Reumatóide (AR) e Osteoartrose (OA), com idades superiores a 50 anos.
Metodologia: Foram analisados os doentes da consulta externa e na unidade de internamento do IPR, e recolhidos dados clínicos como os eventos cardiovasculares, défice de vitamina D comprovado, dados relativos à menopausa, terapêutica medicamentosa anti-osteoporótica, suplementos de cálcio e vitamina D, multivitamínicos e avaliada a respectiva *compliance*. Foi realizada a avaliação nutricional biométrica e aplicado um questionário de frequência alimentar. A análise estatística foi realizada no SPSS versão 17.0, com aplicação do Qui-quadrado e testes não paramétricos, como Kruskal-Wallis e Mann-Whitney e correlação de Spearman; foi considerado significado estatístico para a <5%.
Resultados: Foram incluídos 54 doentes com idade média de 68,4±7,9 anos (sem diferença entre patologia estudada; p=0,214), 89% do sexo feminino, 25 (46%) com OP primitiva, 15 (28%) AR e 14 (26%) OA. A idade média de menopausa foi aos 46,2±6,5 anos, sendo normal em 65% das mulheres, cirúrgi-

ca em 35% dos casos e 27% realizou terapêutica de substituição hormonal. Os eventos cardiovasculares estavam presentes em 9,3% dos casos. A pesquisa do défice de vitamina D comprovado foi verificada em 3,8% dos doentes e 39,6% não tinham determinação efectivada. A suplementação de cálcio era realizada por 77,8% dos doentes, com maior frequência na OP (88%), relativamente à AR (73%) e OA (64%). Os suplementos de cálcio mais frequentemente reportados foram em 93% dos casos em associação com vitamina D; com uma *compliance* de 71,4%. A suplementação de vitamina D estava presente em 11% dos doentes, com maior frequência na OP (20%), relativamente à AR (6.7%) e OA (0%); em que o colecalciferol era tomado por 5 doentes e o calcitriol por 1 doente; com uma *compliance* de 83,3%. A terapêutica anti-osteoporótica era realizada por 57,4% dos doentes, com maior frequência na OP (80%), relativamente à AR (40%) e OA (36%). Os tratamentos medicamentosos mais frequentemente reportados foram os Bifosfonatos em cerca de 45% dos doentes; com uma *compliance* considerada adequada (5 em 7 dias da semana ou equivalente), de 64,5%. A suplementação de multivitamínicos foi referida por 15% dos doentes. Entre os motivos referidos para a falta de *compliance* estão o «esquecimento», seguido da «falta de receita», o «horário» e «má tolerância». A ingestão alimentar média de cálcio foi de 1338mg/d, sem diferenças significativas entre patologias. A baixa ingestão alimentar de cálcio (<800mg/d) verificou-se em 11% dos doentes, sendo superior na AR (13,3%). A dose diária suplementar de cálcio realizada pelos doentes foi em média de 636±255mg/d, sem diferenças significativas entre as patologias: OP (666±312mg/d), AR (655±181mg/d) e OA (543±171mg/d). O *input* total diário de cálcio, caracterizado pela soma da ingestão alimentar e da dose diária de suplementação, foi em média de 1821mg/d, sendo ligeiramente superior nos doentes com OP (1952± 602mg/d), relativamente à AR (1888±605mg/d) e OA (1517±338mg/d). O IMC foi significativamente inferior nos indivíduos com OP (25kg/m2 vs. 29 na AR e 32 na OA; p<0.0001). Não foi encontrada relação entre a ocorrência de eventos CV e a ingestão de cálcio ou a doença reumática.

Conclusão: A análise dos dados revelou elevada toma de suplementação de cálcio e terapêutica anti-osteoporótica, com níveis de *compliance* acima dos 65%. Mais de 90% dos doentes tomavam cálcio com vitamina D. A dose diária suplementar de cálcio foi ligeiramente inferior na OA. A maioria dos doentes tinha uma ingestão alimentar média de cálcio adequada e o consumo diário de cálcio (*Input* total), proveniente da dieta e da suplementação foi elevado e ligeiramente superior nos indivíduos com OP. Este estudo encontra-se em fase preliminar, tendo sido considerada uma amostra ainda reduzida, com aplicação de um inquérito de *compliance* não validado, e o facto de o inquérito ser de auto-preenchimento, mas assistido na maioria dos doentes, poderá contribuir para enviesar os resultados. O facto de os doentes serem seguidos em Reumatologia, alguns casos na consulta de doenças ósseo-metabólicas, demonstrou que estes doentes se encontram educados em relação aos hábitos alimentares, no que diz respeito ao consumo de alimentos ricos em cálcio, constituindo um grupo de doentes orientados em relação à dieta, não sendo representativos da população geral.

CLP 3 – Avaliação da ingestão alimentar de cálcio num grupo de doentes com Osteoporose, Artrite Reumatóide e Osteoartrose – dados preliminares do estudo comparativo

Alexandra Cardoso, Rita Fernandes,
Inês Gonçalves, Eugénia Simões, José Vaz Patto
Instituto Português de Reumatologia

Introdução: São vários os factores de risco para Osteoporose (OP) primária, sendo que o baixo consumo de cálcio está entre as causas que têm sido reportadas, além dos outros comportamentos de risco tradicionais (sedentarismo, tabagismo, entre outros). A avaliação do consumo alimentar é um dos maiores desafios dos estudos epidemiológicos, mas com elevada relevância no estabelecimento dos padrões alimentares e na quantificação da ingestão alimentar de nutrientes específicos. A adequada ingestão de cálcio diária constitui um complemento essencial no tratamento dos doentes com OP, ou com redução da densidade mineral óssea.

Objectivo: Este trabalho teve como objectivo a quantificação da ingestão diária alimentar de cálcio através da aplicação de um questionário de frequência alimentar a doentes com o diagnóstico de Osteoporose (OP) primitiva, Artrite Reumatóide (AR) e Osteoartrose (OA), com idades superiores a 50 anos.

Metodologia: Foram incluídos doentes da consul-

ta externa e na unidade de internamento e hospital de dia do IPR, e recolhidos dados clínicos como o diagnóstico reumatológico, ocorrência de eventos cardiovasculares, intolerância alimentar, comportamentos de risco como sedentarismo e tabagismo. Foi realizada a avaliação nutricional biométrica e a determinação da composição corporal por bioimpedância. O método utilizado para a recolha de informações quantitativas do consumo alimentar de cálcio foi um questionário de frequência alimentar, adaptado do QFA semi-quantitativo validado em Portugal, constituído por uma lista de alimentos, com uma estrutura de XX itens alimentares com relação ao seu teor rico em cálcio; por uma secção com 9 categorias de frequências de consumo a variar entre «nunca ou menos de uma vez por mês» a «6 ou mais vezes por dia»; e por uma secção com porções médias padrão pré-determinadas. A análise estatística foi realizada no SPSS versão 17.0, com aplicação dos testes Qui-quadrado, Kruskal-Wallis e Mann-Whitney e correlação de Spearman; foi considerado significado estatístico para a<5%.

Resultados: Os 54 doentes avaliados tinham idade média de 68,4 anos, 89% do sexo feminino, distribuídos pelos seguintes diagnósticos: 25 (46%) com OP primitiva, 15 (28%) AR e 14 (26%) OA. Relativamente aos hábitos comportamentais, 52% reportou prática regular de actividade física e 2% com hábitos tabágicos; 22,2% referiram intolerância alimentar, sendo mais frequente nos doentes com OP (32% vs. 13% na AR e 14% na OA). A ingestão alimentar diária média de cálcio foi de 1338mg/d, com teores semelhantes entre patologias, 1392±441mg/d na OP, 1408±507mg/d na AR e 1168±293mg/d na OA. A baixa ingestão alimentar de cálcio (<800mg/d) estava presente em 11% dos doentes, ou seja, em 12% das OP, 13,3% das AR e 7% das OA; mas considerando um limiar de ingestão de cálcio <1000mg/d, verificou-se que 28% consumiam baixo teor de cálcio diário. A avaliação nutricional revelou que os doentes com OP apresentavam um IMC e % gordura corporal significativamente inferior à AR e OA (IMC: OP=25kg/m2; AR=28,8kg/m2 e OA=32,4kg/m2; p<0,0001). As correlações entre a ingestão alimentar de cálcio e os parâmetros de composição corporal foram baixas e pouco significativas. Não foi encontrada relação entre a ingestão alimentar de cálcio e a prática de actividade física regular, ou presença de evento CV.

Conclusão: A ingestão média de cálcio foi considerada normal em todas as patologias estudadas, sendo ligeiramente superior nos doentes com AR e OP. A maioria dos doentes tinha um consumo de cálcio adequado, na ordem de 89% dos casos, com destaque para a AR, em que 13% revelou uma baixa ingestão de cálcio. O grupo de doentes com OP primitiva apresentou um IMC médio inferior à AR e OA; e a intolerância alimentar foi mais frequente na OP. Apesar do estudo se encontrar em fase preliminar, com uma amostra ainda reduzida, e tendo em conta as limitações características da aplicação de QFA, principalmente devido à variação intra-pessoal, pudemos verificar que existem algumas diferenças em relação aos hábitos alimentares nestes 3 grupos de doenças reumáticas. Foi sentida a necessidade de um outro grupo controlo, que não a AR e a OA, representativo da população geral em relação à ingestão alimentar de cálcio, porque foi perceptível a tendência para hábitos alimentares cuidados nestes doentes, com recomendações características orientadas para uma ingestão equilibrada de alimentos ricos em cálcio.

CLP 4 – Abordagem diagnóstica e terapêutica da lombalgia – avaliação de qualidade

Joana Matos da Silva; Cláudia Almeida Vicente; Diana Santos
UCSP Montemor-o-Velho;

Introdução: A Lombalgia é uma das principais causas que motivam o recurso dos doentes aos cuidados de saúde, condicionando custos avultados em investigação diagnóstica, terapêutica e em dias de trabalho perdidos. Considerando que cerca de 90% das lombalgias são inespecíficas, é importante orientar a sua abordagem pelas actuais *guidelines (American College of Physicians e Americam Pain Society),* que privilegiam o diagnóstico baseado na história clínica e exame objectivo, sem recurso a meios complementares de diagnóstico (MCD s) e a terapêutica farmacológica com analgésicos (paracetamol) e anti-inflamatórios não esteróides (AINE).

Dimensão estudada: Adequação técnico-científica e efectividade; Unidade de Estudo: Utentes com 18 anos ou mais, de 1 ficheiro; Amostra: Doentes com 1 ou mais episódios codificados com L84/L86 (ICPC) no ano de 2010; Critérios de exclusão: etiologia específica da lombalgia (patologia inflamatória, infecciosa, fracturas); sinais neurológicos progressivos; cirurgia vertebral; gravidez.

Dados: Codificação na Avaliação (A) de L84/L86; registo de baixa e medicação; Fonte: Lista de doentes codificados- SAM Estatística; restantes dados - - SAM; Tratamento de dados: Excel 2007.
Tipo de Avaliação: retrospectiva, interna, interpares; Critérios de avaliação: cumprir com as recomendações para abordagem de lombalgia não específica - não pedir por rotina avaliação imagiológica ou outros MCD s; aconselhar os doentes a permanecerem activos, moderando os esforços; terapêutica inicial com paracetamol e/ou AINE.
Padrão de qualidade: considera-se como meta de boas práticas requisição de MCD s em <40% dos doentes; que >60% seja medicado com paracetamol e/ou AINE; e atribuição de incapacidade para o trabalho em <20%.
Resultados: Foram requisitados MCD's em 34% dos doentes. A terapêutica escolhida foi em 8% apenas o paracetamol e/ou o AINE, em 77% o paracetamol/AINE mais outros (opióides, miorrelaxantes, vit. B12) e 15% só outros. A incapacidade para o trabalho foi atribuída em 19% dos doentes.
Conclusões: Relativamente à requisição de MCD s e à atribuição de incapacidade para o trabalho verifica-se que os objectivos foram cumpridos. Relativamente à terapêutica instituída os valores ficaram aquém do pretendido, considerando a medicação exclusiva com paracetamol e/ou AINE; no entanto, se considerarmos o paracetamol ou AINE associados a outras classes temos um valor acima do objectivo (77%). Perante estes resultados é importante promover a divulgação das *guidelines* existentes ou mesmo elaboração de novas, adequadas à realidade nacional.

CLP 5 – Avaliação dos factores de risco cardiovasculares tradicionais nos indivíduos com Artrite Reumatóide

Olga Donica, Alexandra Cardoso, Fabiana Esteves, Alexandra Castro, Rita Fernandes, José Vaz Patto
Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A artrite reumatóide é uma doença crónica auto-imune de etiologia desconhecida caracterizada por sinovite com dano da cartilagem, erosões ósseas e elevada incapacidade funcional. A principal causa de mortalidade na AR são as complicações cardiovasculares, sendo que a presença de factores de risco tradicionais como obesidade, HTA, DM, dislipidemia, agravam o quadro clínico dos indivíduos com AR.
Objectivos: O principal objectivo do estudo consistiu na avaliação de factores de risco cardiovascular como alterações de IMC e perímetro da cintura (PC), dislipidemia, diabetes, HTA e tabagismo nos doentes com AR.
Métodos: O estudo observacional consistiu na aplicação de um questionário simples e rápido com determinação de: idade, altura, profissão, raça, perímetro da cintura (PC),IMC, antecedentes tabágicos, medicação para hipercolesterolemia, diabetes e HTA e na avaliação antropométrica dos indivíduos reumáticos, recrutados da consulta externa do Instituto Português de Reumatologia.
Resultados: Foram avaliados 72 indivíduos, com idade média de 61,50 anos, sendo que 81,9% são do sexo feminino. Observou-se que 56,9% dos indivíduos avaliados apresentaram IMC elevado (pré-obesidade e obesidade), onde 80,6% tinham PC aumentado e 42,6% apresentavam um excesso de gordura corporal. Foi possível verificar que 50% dos entrevistados tomavam fármacos anti-hipertensores, 13,9% anti-diabéticos orais e 29,2% indicaram a toma de fármacos hipolipemiantes. Verificou-se uma associação do PC com o consumo de tabaco, com maior prevalência de PC elevado nas mulheres fumadoras (12,1%),quando comparadas com os homens, que têm menos adiposidade abdominal (5,2%).
Conclusão: Concluiu-se que os doentes com AR eram maioritariamente do sexo feminino, numa proporção de 4,5:1. A amostra avaliada apresentou elevada sobrecarga ponderal com predisposição para maior acumulação de gordura abdominal. Verificou-se uma associação entre o tabagismo e o PC elevado, sem nenhuma relação significativa deste com a toma de anti-hipertensores/hipolipemiantes.

CLP 6 – Prevalência da síndrome metabólica na fibromialgia

Alexandra Castro, Alexandra Cardoso,
Olga Donica, Fabiana Esteves, Rita Fernandes,
José Vaz Patto
Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A fibromialgia trata-se de uma doença reumática com causa desconhecida, que se caracteriza pela presença de uma dor difusa crónica nos tecidos moles como, músculos, ligamentos ou tendões, fadiga persistente que não melhora com o repouso, rigidez matinal, pontos dolorosos sensíveis à pressão e insónias. Tem-se verificado um

aumento do índice de massa corporal e perímetro de cintura nos doentes com fibromialgia, que associado à incapacidade física, constituem dois factores de risco para a Síndrome Metabólica, uma vez que esta representa a associação de vários factores de risco de origem metabólica como a obesidade abdominal, dislipidemia aterogénica, hipertensão arterial, anomalias do metabolismo glicídico (pré-diabetes e diabetes mellitus), associadas a um estado pró-trombótico e pró-inflamatório. Actualmente, sabe-se que em conjunto com estes factores, existem outras alterações, como distúrbios de coagulação, hiperuricemia e a microalbuminúria, que se encontram relacionadas com a SM.

Objectivo: O objectivo deste trabalho é avaliar a prevalência da síndrome metabólica nos doentes com fibromialgia, através da caracterização da população em estudo segundo as variáveis antropométricas (índice de massa corporal (IMC), perímetro de cintura (PC)) e composição corporal (massa gorda (MG)); avaliação da prevalência de doentes com índice de massa corporal superior ou igual a 25Kg/m2, perímetro de cintura aumentado e massa gorda elevada; e das relações entre o perímetro de cintura, índice de massa corporal e massa gorda.

Métodos:Este trabalho foi elaborado pela aplicação de um questionário, com recolha de informação sobre a idade, profissão, género, avaliação clínica reumatológica,presença de hiperuricemia, antecedentes tabágicos e a toma de medicação anti-hipertensiva, anti-diabética e hipolipemiante; avaliação antropométrica e pelo estudo da composição corporal dos doentes. Os dados recolhidos foram conseguidos através dos doentes recrutados do estudo sobre doenças reumáticas e neoplasias malignas,que se encontra em projecto no Instituto Português de Reumatologia.

Resultados: A amostra total incluiu 376 doentes reumáticos, dos quais 57 apresentaram diagnóstico de fibromialgia, com idade média de 56,77± 11,87 anos. Os pacientes estudados obtiveram um valor médio de índice de massa corporal de 27,49± 5,05Kg/m2, um perímetro de cintura de 92,65± 10,34cm, e uma massa gorda de 34,33± 6,92%. Dos 57 doentes, 72% apresentava IMC= 25Kg/m2, 93% PC aumentado e 54% MG elevada. Dos pacientes com PC aumentado, 72% apresentavam um IMC=25Kg/m2e 54% MG em excesso quando comparados com IMC normal (21%) e MG normal (39%). Os indivíduos com IMC> 25Kg/m2 apresentaram maior prevalência de excesso de MG que aqueles com um IMC normal (73,7 vs. 26,3%). Na população com excesso de PC, 58%apresentou um excesso de MG, não havendo indivíduos com excesso de MG e PC normal.Dos doentes avaliados, 42,1% afirmaram a toma de medicação anti-hipertensiva, 7% anti-diabética e 38,6% hipolipemiante.

Conclusão: Os resultados obtidos sugerem a existência da prevalência de síndrome metabólica nos doentes com fibromialgia. O que evidencia a necessidade da realização de mais estudos sobre este tema e do efeito que a nutrição e o acompanhamento nutricional tem no bem-estar e qualidade de vida dos doentes com fibromialgia.

CLP 7 – Diminuição de Acuidade Visual em doente com Lúpus Eritematoso Sistémico

Ana Rita Azevedo, Samuel Alves, Susana Pina, Cristina Santos, Graça Pires, Filomena Silva, Manuela Bernardo
Hospital Prof Dr. Fernando Fonseca EPE

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença sistémica mediada imunologicamente de etiologia desconhecida. As manifestações oftalmológicas mais comuns são a querato-conjuntivite sicca e a retinopatia lúpica, caracterizada por manchas algodonosas e micro-hemorragias retinianas. A coroidopatia lúpica é rara e geralmente afecta doentes com hipertensão arterial (HTA) grave ou complicações sistémicas importantes. Os autores apresentam um caso de doente com coroidopatia lúpica e discutem a terapêutica, tendo em conta a fisiopatologia.

Material e Métodos: Descrição de caso clínico.

Resultados: Trata-se de um doente de 53 anos, sexo feminino, com LES diagnosticado aos 22 anos de idade e medicado com prednisona 5 mg/d. Recorre ao serviço de urgência de Oftalmologia por quadro de diminuição da acuidade visual (AV) bilateral com alguns dias de evolução, apresentando 4/10 no olho direito (OD) e 6/10 no olhoesquerdo (OE). À fundoscopia e na tomografia de coerência óptica evidenciaram-se descolamentos múltiplos da retina neurossensorial. Analiticamente, apresentava positividade para ANA, anticorpos anti-DNAds, anticorpos anti-cardiolipina ehipocomplementemia. Apresentava ainda nefrite com função renal globalmente mantida. Foi medicada com cetorolac tópico 4 vezes/d e azatioprina 125 mg/d,

com melhoria da AV para 8/10 ODE e dos descolamentos neurossensoriais.

Três anos depois, refere novo agravamento da AV (4/10 OD e 3/10 OE). Foi então medicada com cetorolac tópico e micofenolato de mofetil 1000mg/d, com melhoria parcial da acuidade visual e dos descolamentos serosos.

Conclusão: A barreira hemato-retinianaexterna é constituída pelo epitélio pigmentado da retina (EPR). A lesão deste culmina na acumulação de fluido sub-retiniano que corresponde ao descolamento seroso da retina neurossensorial encontrado na coroidopatia lúpica. Na base desta patologia podem estar depósitos de imunoglobulinas e imunocomplexos na parede dos capilares coroideus, causando inflamação local e /ou microtrombos que podem causar isquémia do EPR, rompendo a sua impermeabilidade. O tratamento crónico com corticóides e imunossupressores, como a ciclosporina A, parece também alterar a permeabilidade do EPR e a HTA de difícil controlo nos doentes com envolvimento renal também pode agravar a difusão de fluido através do EPR. Assim, o controlo da coroidopatia lúpica baseia-se no tratamento imunossupressor para diminuir a actividade da doença, no controlo da HTA e até na redução da dose de corticóide. Porém, a evolução da coroidopatia pode ser crónica com oscilações na acuidade visual e na gravidade dos descolamentos de retina neurossensorial ao longo do tempo, apesar do controlo da doença sistémica, por isso requer uma abordagem multidisciplinar.

CLP 8 – Eritema induratum de Bazin – um caso clínico

R. Aguiar[1], S. Nunes[2], B. Fernandes[3], A. Barcelos[4]
1. Serviço de Reumatologia – Hospital Infante D. Pedro
2. Serviço de Infecciologia – Hospital Infante D. Pedro
3. Serviço de Dermatologia – Instituto Português de Oncologia – Coimbra
4. Serviço de Reumatologia – Hospital Infante D. Pedro

Introdução: O Eritema Induratum de Bazin (EIB) é uma manifestação cutânea de tuberculose,parecendo tratar-se de uma reacção de hipersensibilidade ao *Mycobacterium tuberculosis*. É mais comum em mulheres jovens, e caracteriza-se pelo aparecimento de nódulos eritematosos ou violáceos isolados ou confluentes em placas, dolorosos, com tendência à ulceração central, que mais frequentemente atingem a face posterior ou antero-lateral das pernas. Habitualmente surge em doentes sem tuberculose activa, com origem provável em hipersensibilidade específica em relação aos antigénios da micobacteria. A aparência das lesões impõe o diagnóstico diferencial com várias outras entidades, nomeadamente eritema nodoso, sarcoidose, poliarterite nodosa, linfoma cutâneo T e vasculite nodular.

O diagnóstico baseia-se nos achados clínicos, numa intradermorreacção (IDR) frequentemente aumentada, nos achados histológicos típicos, sem identificação de BAAR na biopsia lesional, e na resposta à terapêutica com anti-tuberculosos.

Objectivos: Os autores apresentam o caso de uma doente com lesões nodulares sub-cutâneas dolorosas a nível dos membros inferiores.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 51 anos, trabalhadora em fábrica de peixe. Apresentava, desde Janeiro de 2011, várias lesões nodulares subcutâneas, ora isoladas, ora confluentes, em placa, eritematosas, com superfície descamativa, localizadas a nível supra-maleolar interno bilateralmente. Para além de queixas álgicas generalizadas e inespecíficas com anos de evolução, não apresentava sinais ou sintomas sistémicos, nem relativos a órgão ou sistema. Como antecedentes patológicos, a registar hipertensão arterial, dislipidémia e insuficiência venosa dos membros inferiores; de salientar a ausência de história pessoal de tuberculose, havendo contudo dúvidas sobre uma eventual tuberculose pulmonar da mãe. Sem história de introdução recente de novos medicamentos. Ao exame objectivo, para além dos nódulos descritos, não apresentava outras alterações de relevo.

O estudo analítico veio a revelar hemograma e leucograma normais; bioquímica geral sem alterações de relevo; PCR de 0,7 mg/dL; VS de 8mm à 1ª hora; auto-anticorpos negativos; factor reumatóide< 11; SACE normal; serologias para VIH e hepatites B e C negativas. Apresentava IDR de 18 mm. A radiografia do tórax apresentava um aumento do índice cardiotorácico, sem alterações pleuroparenquimatosas aparentes. A TC do tórax mostrou pequenofoco de condensação no segmento posterior do lobo superior direito com implantação pleural, com diâmetro inferior a 1 cm, e um outro pequeno nódulo com 0,7 cm, de características semelhantes, no segmento externo do lobo médio; sem outras alterações de relevo. A biopsia das lesões cutâneas viria a revelar paniculite lobular e septal, granulomatose com células gigantes multinucleadas do tipo Langhans, e focos de necrose de casei-

ficação, aspectos compatíveis com o diagnóstico de eritema induratum de Bazin. A pesquisa de BAAR foi negativa. Face a este resultado, a doente foi encaminhada para a Consulta Externa de Infecciologia, tendo iniciado terapêutica com anti-tuberculosos, com progressiva regressão das lesões.
Discussão: O recente aumento da incidência da tuberculose traz à luz a necessidade de uma elevada suspeição clínica relativamente a formas atípicas de tuberculose. As manifestações cutâneas de tuberculose são raras, podendo tratar-se de formas «verdadeiras», em que de facto há evidência de inoculação cutânea, ou de tuberculides, como é o caso do eritema induratum de Bazin, mediadas por outro tipo de reacções. A consideração de EIB no diagnóstico diferencial de nódulos nos membros inferiores pode permitir o diagnóstico precoce desta entidade que de outra forma poderia passar despercebida. No caso apresentado, haveria um eventual contacto familiar passado com tuberculose activa. Ainda que não houvesse achados clínicos, analíticos ou imagiológicos verdadeiramente sugestivos de tuberculose activa na doente, a IDR aumentada e os achados histopatológicos típicos sem identificação de BAAR levaram ao diagnóstico de eritema induratum de Bazin. A resposta à terapêutica anti-tuberculosa viria a confirmar o diagnóstico.

CLP 9 – Granuloma anular: um diagnóstico diferencial em reumatologia

R. Aguiar[1], C. Ambrósio[2], M. Cunha[3],
M. Loureiro[4], A. Barcelos[1]
1. Serviço de Reumatologia – Hospital Infante D. Pedro
2. Serviço de Reumatologia – Hospital Infante D. Pedro
3. Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Hospital Rovisco Pais
4. Serviço de Dermatologia – Hospital Infante D. Pedro

Introdução: O granuloma anular é uma dermatose crónica, benigna, de etiologia não esclarecida, que afecta sobretudo crianças e adultos jovens, com predomínio do sexo feminino. Pode apresentar diversos subtipos clínicos (localizada, generalizada, subcutânea e perfurante). A forma subcutânea apresenta-se como múltiplos nódulos localizados sobretudo nos membros,mimetizando os nódulos reumatóides.
Objectivo:Os autores apresentam dois casos clínicos de granuloma anular que sugeriam inicialmente patologia do foro reumatológico.

Caso clínico 1: Mulher de 41 anos, caucasiana, trabalhadora em matadouro. Desde 2000, aparecimento de múltiplas lesões nodulares duras, localizadas preferencialmente em regiões periarticulares (joelho esquerdo, 3ª e 4ªarticulações interfalângicas distais da mão direita, tendões de Aquiles, região do túnel cárpico) que, após excisão, reapareciam, como sendo dolorosas em algumas localizações. O estudo anatomopatológico de dois dos nódulos sugeria nódulos reumatóides – razão pela qual foi referenciada à nossa consulta. Para além de cervicodorsolombalgias mecânicas, a doente negava quaisquer queixas do foro articular ou outras. Ao exame objectivo, apresentava um nódulo duro, com cerca de 1 cm de diâmetro, a nível do tendão de Aquiles esquerdo; e dois nódulos, de características semelhantes, localizados sob a face dorsal e lateral das articulações interfalângicas distais do 3º e 4º dedos da mão direita, sem outras alterações de relevo. O estudo analítico revelou factor reumatóide < 20, SACE35 U/L, auto-anticorpos negativos, reacção de Wright negativa; serologias para HIV negativas; VS 18 mm à 1ª hora, PCR <0,5 mg/dL. Intradermorreacção <5mm. A descrição anatomopatológica de dois dos nódulos excisados era semelhante: na derme tinha áreas de necrobiose do colagénio, com infiltrados em paliçada de histiócitos e linfócitos. Foi discutido o caso com a Dermatologia e pedida revisão das lâminas histológicas. Os achados histológicos, aliados aos achados cínicos elaboratoriais, permitiram estabelecer o diagnóstico de granuloma anular.

Caso clínico 2: Doente do sexo masculino, 13 anos, estudante. Sem antecedentes patológicos de relevo. Referenciado à consulta de Reumatologia por «tumefacção articular». Cerca de um ano antes, iniciou tumefacção dos tecidos moles periarticulares às articulações interfalângicas proximais do 3º e 5º dedos da mão direita, sem dor, rigidez ou limitação dos movimentos. Sem quaisquer outras queixas sistémicas.

Ao exame objectivo, apresentava espessamento com textura nodular à palpação, a nível da 3ª e 5ª articulações interfalângicas proximais da mão direita e a nível da base do 5º dedo da mão esquerda. O estudo analítico completo não revelou quaisquer alterações. A radiografia das mãos mostrava espessamento de tecidos moles, sem alterações osteoarticulares. O estudo ecográfico a nível da região hipotenar esquerda e 3º e 5º dedos da mão direita permitia observar zonas de espessa-

mento do tecido celular subcutâneo, mais expressivas a nível do 3º dedo, onde atingia os 17mm, aparentemente independentes dos músculos aponevróticos. Foi realizada biopsia para esclarecimento diagnóstico, cujo exame histológico mostrou alterações sugestivas de granuloma anular. O doente iniciou corticoterapia tópica, com regressão quase total das lesões.

Conclusão: O granuloma anular é uma entidade relativamente pouco frequente, podendo assumir diversos subtipos, que podem inclusivamente apresentar sobreposição num mesmo doente. Ainda que a causa não seja conhecida, foram já aventadas relações com algumas patologias, nomeadamente diabetes mellitus, infecção por HIV, artrite reumatóide e linfoma, bem como com alguns fármacos (ex. o alopurinol).

Face aos achados histopatológicos nem sempre específicos, o diagnóstico é por vezes difícil. Acredita-se que há uma reacção imunológica, causando uma inflamação perivascular e alteração das fibras colágeneas e elásticas.

Nos casos apresentados, a localização periarticular, por um lado, e a sugestão de que poderia tratar-se de nódulos reumatóides, por outro, levaram a que se impusesse a exclusão de uma patologia do foro reumatológico.

CLP 10 – Avaliação da prevalência de Neoplasia Maligna nos doentes reumáticos seguidos na consulta do IPR – resultados preliminares

Inês Gonçalves, Paulo Clemente Coelho, José Vaz Patto, Manuela Micaelo, Vera Las, Rui Leitão, Filipe Barcelos, Candida Silva, Maria Jesus Mediavilla, Ana Teixeira, Manuela Parente
Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A associação entre neoplasia maligna e doença reumática é complexa. Algumas doenças reumáticas, nomeadamente a dermatomiosite, polimiosite, artrite reumatóide, LES, S. Sjogren e esclerose sistémica parecem estar associadas a um aumento de risco de neoplasias. A própria medicação imunosupressora pode aumentar o risco de desenvolver neoplasia. Por outro lado algumas neoplasias malignas podem manifestar-se com sintomas músculo-esqueléticos, ou revelar-se por síndromes paraneoplásicos com características de doença reumática.

Objectivos: Caracterizar a população de doentes seguidos em consulta externa do IPR quanto ao seu diagnóstico reumatológico, terapêutica reumatológica e sua relação com a presença de antecedentes pessoais e familiares de neoplasia maligna.

Métodos: Foram analisados todos os doentes vistos em consulta durante três meses, recolhendo-se os dados relativos a características demográficas, clínicas, terapêuticas e a antecedentes pessoais e familiares de neoplasia maligna

Resultados: Registaram-se 871 doentes, com idade média de 59,6 anos (DP13 anos) dos quais 741 (85,1%) do sexo feminino. Cento e trinta e oito (19,1%) com antecedentes de tabagismo. Noventa e seis doentes (11%) apresentavam antecedentes pessoais de neoplasia maligna e 384 (44%) apresentavam antecedentes familiares. Os doentes com neoplasia têm em média 64,3 anos (DP13) e os doentes sem antecedentes de neoplasia tem em média 58,9 anos (DP 13). Os diagnósticos principais encontrados foram: 527 (60,5%) – Doenças Reumáticas Inflamatórias Sistémicas, com duração média de seguimento em consulta de 9 anos; 156 (17,9%) - Osteoartrose ou Doença Microcristalina com seguimento médio de 6,1 anos; 133 doentes (15,3%) – Abarticular/fibromialgia, com duração média de seguimento em consulta de 4,8 anos e; 51 (5,9%) - Doença Osteometabólica (Osteoporose, Doença óssea de Paget) seguidos em consulta, em média há 7,4 anos. Os doentes com Doenças Reumáticas Inflamatórias têm em média 58 anos), com Osteoartrose/Microcristalinas 66,4 anos, com diagnóstico Abarticular/fibromialgia 54,9 anos e, com D.Osteometabólicas 67,6 anos. A prevalência de neoplasia maligna foi de 8,7% nas Doenças Reumáticas Inflamatórias Sistémicas, com 47,6% das neoplasias a ocorrerem após o diagnóstico reumatológico, com seguimento médio de 5,16 anos; 18,6% na Osteoartrose ou Doença Microcristalina com 40% dos diagnósticos de neoplasia após o seguimento em reumatologia, decorridos em média 3 anos de seguimento; e 12,8% na Doença reumática Abarticular/Fibromialgia com 12,5% dos diagnósticos de neoplasias a ocorrerem após seguimento em reumatologia. A prevalência na Doença Osteometabólica foi de 5,9% em que uma das neoplasias ocorreu 2 anos depois do diagnóstico. Existe associação estatísticamente significativa entre o diagnóstico de neoplasia e os diagnósticos de Artrose/Microcristalinas (p=0,0009) e Doenças Inflamatórias Sistémicas (P=0,009). Nos diagnósticos de reumatismo inflamatório sistémico, a prevalência de neoplasia foi:

22,7% nos doentes com Esclerose Sistémica, 9,2% nas Espondilartropatias, 9,0% na Artrite Reumatóide; 5,3% no LES; 5,3% na Polimialgia Reumática e, 4,1% no S. Sjogren 1ªrio. Independentemente do diagnóstico inflamatório a prevalência de neoplasia na presença de S. Sjogren 2ªrio foi 16,4%. Em relação aos tipos de neoplasia maligna mais frequentes, registaram-se 30 neoplasias da mama (12 em d. Inflamatória, 10 Artroses/microcristalinas; 7 Fibromialgia e 1 D. Osteometabólicas), 10 neoplasias da pele (4 d. Inflamatória, 3 Artroses/microcristalinas e 3 Fibromialgia), 9 neoplasias da próstata (4 d. Inflamatória, 4 Artroses/microcristalinas, 1 Fibromialgia), 7 neoplasias da tiróide (5 d.Inflamatória, 1 Artroses/microcristalinas, 1 Fibromialgia) e 6 linfomas (3 em D.Inflamatória e,3 Artrose/Microcristalina).

A terapêutica efectuada era: AINE - 534 (64,6%) doentes; Corticoterapia -329 (39,7%) doentes, na dose média de 6,16 mg/dia; imunomoduladores 402 (46,8%) doentes; THS - 93 (13,2%) doentes. Verificou-se diferença estatisticamente significativa com aumento do risco neoplásico nos doentes medicados com imunomoduladores (P=0,038). Os imunomoduladores prescritos mais frequentemente foram: Metotrexato (MTX), Hidroxicloroquina(HCQ), Sulfassalazina (SLZ) e a Azatioprina (AZA), com incidência de neoplasias em 8,3% dos doentes com MTX,6,4% HCQ, 14,2% com SLZ e 6,8% com AZA, sem relação estatisticamentesignificativa entre a toma de cada um deles e o risco de neoplasia. A duração média de tratamento com imunomoduladores foi de 8 anos. O tempo de tratamento até ao diagnóstico de neoplasia foi em média de 8,2 anos, reduzindo-se para 6,5anos na presença simultânea de um familiar de 1ºgrau com neoplasia.

Conclusão: Nesta população de doentes observa-se elevada prevalência de neoplasia nos doentes com reumatismo inflamatório sistémico, sobretudo na esclerose sistémica, tal como descrito, mas também nos doentes com artrose ou doenças microcristalinas e Fibromialgia. Por um lado isso pode dever-se à idade mais avançada dos doentes com artrose e ao aumento da incidência de neoplasias com a idade, por outro lado verificou-se que a maioria das neoplasias nos doentes com Abarticular/Fibromialgia surgem antes do diagnóstico, constituindo provavelmente uma patologia concomitante ou um factor de favorecimento da patologia reumática e não uma consequência.

Pretende-se de futuro alargar a amostra estudada permitindo análises dirigidas a diagnósticos mais específicos.

CLP 11 – Caracterização de uma população de 125 doentes com Esclerose Sistémica

Inês Gonçalves, Cláudia Miguel, Sara Cortes, Paulo Clemente Coelho
Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A Esclerose Sistémica Progressiva (ESP)é uma doença crónica que se caracteriza por vasculopatia, presença de fibrose cutânea e de outros órgãos e alterações imunológicas significativas, as quais são geradoras de uma combinação variável de manifestações clínicas. A doença tem um curso variável, mas determinados perfis clínicos, imagiológicos e serológicos podem ser sugestivos de uma maior ou menor gravidade da doença.

Objectivos: Caracterizar a população de doentes com ESP seguidos no Instituto Português de Reumatologia (IPR), comparando os diferentes subtipos de doença.

Métodos: Foram revistos pelo Médico Assistente os Processos Clínicos de todos os doentes com ESP seguidos no IPR, recolhendo-se os dados relativos a características demográficas e clínicas: envolvimento cutâneo, músculo-esquelético, digestivo, pulmonar, cardíaco,renal, alterações laboratoriais, radiológicas, densitométricas, capilaroscópicas, das provas de função cardíaca e respiratória e terapêuticas em curso. Dividiu-se a população estudada em 2 grupos, de acordo com o tipo de envolvimento cutâneo (difuso ou limitado), analisando-se as diferenças nos parâmetros em estudo.

Resultados: Registaram-se 125 doentes, com idade média de 55,9 anos (DP:± 13) dos quais 111 (88%) do sexo feminino, com duração média de doença de 12,8 anos. Vinte cinco doentes (20%) apresentavam a forma cutânea difusa, 100 (80%) a forma cutânea limitada. Quanto às manifestações clínicas, o fenómeno de Raynaud estava presente em todos os doentes, com duração média de 16,6 anos. Verificou-se calcinose cutânea em 26,7%, sinovite em 41,5%, fraqueza muscular em 16%, atrofia muscular em 10,9%, envolvimento esofágico em 60%, gástrico em 37,9%, intestinal em 16,9%, hipertensão arterial sistémica em 32,8%, dispneia significativa em 12,2%, palpitações em 18,9%, alterações da condução cardíaca em 6,3%, redução da fracção de ejecção em 5,9%, disfunção diastólica 8,4%, fibrose pulmonar radiológica 42,6%, sem

diferenças entre os dois grupos. Apenas 73,6% dos doentes haviam realizado testes de Difusão Pulmonar de Monóxido de Carbono (DLCO), dos quais 47,8 % apresentavam alterações da difusão (DLCO<80%). No Grupo com ESP difusa, as úlceras digitais, as erosões radiológicas, as contraturas e atritos articulares, a elevação de enzimas musculares, o padrão restritivo nas provas de função pulmonar, a Hipertensão Pulmonar (estimada por ecocardiograma como PSAP>30) e a incidência de crise renal esclerodérmica foram significativamente mais frequentes (ver tabela 1). Da avaliação laboratorial, verificou-se que 92,8% tinham Anticorpos Antinucleares positivos (ANA) e 30,6% apresentavam Factor Reumatóide, sem diferenças entre os dois grupos. Os Anticorpos anti-SCL-70, a velocidade de sedimentação (VS) superior a 30mm, a elevação da Proteína C-reactiva e a presença de proteinúria, foram mais prevalentes nos doentes com ESP difusa. Inversamente, os Anticorpos Anti-Centrómero foram encontrados em 51% dos doentes com ESP limitada mas apenas em 4,0% dos doentes com ESP difusa.

A Capilaroscopia apresentou alterações em todos os pacientes analisados, observando-se dilatações capilares em 30,8%, megacapilares em 81,6%, hemorragias capilares em 64,9% e áreas avasculares em 50,9% dos doentes. A presença de áreas avasculares foi significativamente mais frequente nos doentes com ESP difusa. Apuraram-se resultados da Densitometria Óssea em 88 doentes, dos quais 30,7% eram normais,35,2% indicavam osteopenia e 34,9% osteoporose. Não houve diferenças entre os dois grupos no que diz respeito aos resultados da Densitometria Óssea. Da terapêutica em curso,registou-se que 67,2% dos pacientes se encontravam sob esteróides (AINE), 39,2%inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), 30,4% bloqueadores dos canais de cálcio, 42,4% pentoxifilina, 26,4% colchicina, 69,6% inibidores da bomba de protões (IBP), 27,2% azatioprina, 14,4%metotrexato, 6,4% penicilamina; 3,2% ciclosporina; 2,4% ciclofosfamida e; 2,4% bosentan. No Grupo de doentes com forma cutânea difusa o uso de Imunomodeladores e Corticóides foi significativamente superior que no Grupo com forma cutânea limitada.

Discussão e Conclusões: De acordo com o descrito na literatura, verifica-se que o padrão de envolvimento cutâneo difuso está mais frequentemente associado a formas graves, com envolvimento cardiopulmonar e à presença de Anticorpos anti-SCL70, enquanto o padrão cutâneo limitado se associa a formas menos graves e à presença de Anticorpos Anti-Centrómero. O atingimento renal e muscular também se verificou ser mais prevalente nos doentes com ESP difusa, bem como a utilização de corticoides e imunomodeladores, indiciando maior gravidade. Nesta população de doentes observa-se uma prevalência de envolvimento muscular e gastrointestinal inferior à descrita na literatura. Tal pode dever-se à forma de recolha dos dados baseada em preenchimento de questionário a partir de processo clínico, ou a insuficiência da amostra.

CLP 12 – Polineuropatia na vasculite crioglobulinémica – a propósito de um caso clínico

Inês Gonçalves, José Vaz Patto
Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A vasculite crioglobulinémica é uma vasculite sistémica primária, de pequenos vasos, mediada por complexos imunes. É caracterizada por um polimorfismo clínico em que uma única manifestação (vasculite leucocitoclástica, artralgias, hepatite, nefrite, neuropatia periférica) é frequentemente o único sintoma. A neuropatia periférica ocorre em dois terços dos doentes e pode manifestar-se como mononeuritis assimétrica ou polineuropatia simétrica distal.

Caso clínico: Doente do sexo feminino 54 anos, caucasiana, rural, seguida em consulta com o diagnóstico de Conectivite Indiferenciada. Aparentemente bem até Junho de 2011 quando inicia queixas de dor tipo queimadura e alteração da sensibilidade em ambos os pés, progredindo lentamente em dois meses para a metade inferior das pernas. Concomitantemente, em Julho,surgem também pequenas lesões eritematosas não pruriginosas, confluentes, localizadas na metade inferior das pernas. Exceptuando os sintomas descritos, a doente apresenta bom estado geral, sem febre, emagrecimento ou cansaço fácil. Não tem tumefacção articular, artralgias, mialgias, ou queixas de outros orgãos. Nega ingestão de novos medicamentos, chás ou produtos naturais antes do iníco das queixas. Refere picada de carraça em Abril/ /Maio, mas sem doença intercorrente. Nos seus antecedentes pessoais salienta-se Carcinoma papilar da tiroideia excisado em 2003, episódio de flebotrombose pós-operatória e tratamento com iodo 131 em 2004. Como antecedentes familiares relevantes tem uma irmã com Artrite Reumatóide.

Medicação habitual: Levotiroxina sódica (Eutirox) 0,125 mg 1/d; beta-histina (Betaserc) 24 mg 2/d, meloxicam 15mg 1/d; diazepam 5 mg 1/d e paracetamol em SOS. No final de Agosto consulta o seu médico, apresentando lesões purpúricas sem relevo confluentes em ambos os membros inferiores; diminuição da sensibilidade táctil, termo-álgica e proprioceptiva em ambos os pés («em meia»); diminuição da força muscular distal(4/5) e, reflexos Aquilianos abolidos bilateralmente. Restante exame objectivo normal. Em regime de internamento, realiza EMG dos membros inferiores que documenta acentuada polineuropatia periférica, axonal, sensitivo-motora. Realiza também Ecocardiograma Modo M e 2D sem alterações; Ecografia poliarticular sem sinovite ou erosões nas mãos, punhos e joelhos; Capilaroscopia com algumas dilatações inespecíficas e; Biópsia de Pele que não foi conclusiva dada a fase tardia das lesões cutâneas. A Biópsia de Nervo não foi realizada por o médico se encontrar no seu perído de férias.

Das análises realizadas salienta-se: Hb:13,4 mg/dl; Lct 4600; Plaq 223 000; VS 3; PCR 0,357 mg/dl;electroforese e imunoelectroforese sem alterações quantitativas ou qualititivas; CEA neg; alfa fetoproteina neg; CA 125 neg; CA 19.9 neg; Beta 2 microglobulina 3,7 (<2,4); Waaler rose 2560 (em subida progressiva desde 2010: 256—>1280—>2560); ANA 1/320 finamente granular; crioglobulinas positivas (6%) IgA, IgG e IgM, C3/C4/CH50 diminuídos; Ac. dsDNA neg; ANCA neg; Anti-CCP neg; ECA neg; anti-ssa/ssB, anti-sm e anti-RNP negativos: anticoagulante lúpico/accardiolipina, beta2 glicoproteina negs; serologias para Coxiela burnetti, rickettsia conorii, borrelia, VDRL/RPR, parvovírus, CMV, epstein barr, hepatite B, hepatite C e HIV1/2 foram negativas; RNA VHC neg. Urina II normal com leuc-40; células epiteliais 29. Após discussão diagnóstica em sessão clínica conjuntamente com a Dermatologia foi admitido o diagnóstico de Vasculite Crioglobulinémica Neuropática. A doente foi medicada com prednisona 20 mg/d e inicialmente também com doxiciclina (admitindo-se a possibilidade de infecção com R. Conorii). Em quinze dias apresentou melhoria das parestesias e da falta de força distal, com recuperação parcial dos reflexos aquilianos. Três semanas após a alta encontra-se ainda a recuperar das lesões cutâneas, mas tem uma recaída dos queixas de polineuropatia, pelo que é acrescentado à medicação azatioprina 100 mg/d. Será reavaliada em Novembro 2011.

Discussão: Com a apresentação deste casoclínico pretende-se salientar o papel da polineuropatia simétrica distal como possível manifestação inaugural da Crioglobulinémia Mista Essencial.

CLP 13 – Síndrome metabólica em doentes com osteoartrose

Fabiana Esteves, Alexandra Cardoso,
Olga Donica, Alexandra Castro, Rita Fernandes,
José Vaz Patto
Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A osteoartrose é das doenças reumáticas mais comuns, caracterizada pela perda de cartilagem afectando maioritariamente as articulações do joelho e anca. Os sintomas frequentemente apresentados pelos doentes são dor e rigidez. A obesidade, caracterizada por um IMC elevado apresenta uma forte associação com o desenvolvimento e progressão da doença.
Objectivo: A finalidade deste estudo foi avaliar a prevalência dos factores de risco que compõem a SM, bem como o risco cardiovascular associado ao PC em doentes com OA.
Métodos: O inquérito aplicado individualmente incluiu a avaliação antropométrica e de composição corporal, obtida pela análise de bioimpedância. Os dados clínicos foram recolhidos pelo médico assistente, à excepção das patologias associadas.
Resultados: O número de doentes seleccionados com OA para este estudo foi 61, sendo a idade média da amostra 65 anos. Os doentes com um IMC= 25kg/m2, representaram 82% do total da amostra. Dos doentes observados 61.4% apresentaram níveis de MG elevados e 83.1% tinham o PC aumentado. Relativamente à presença de comorbilidades associadas nos doentes com OA, a HTA apresentou maior prevalência (59%), seguido de diabetes com 15% e hiperuricemia com 10.6%.
Conclusão: Este estudo constatou que 82% da amostra apresentava excesso de peso e obesidade, e que o excesso de MG e PC elevado era significativo. As comorbilidades com maior prevalência foram a dislipidemia e a HTA.

CLP 14 – Fusão társica – Relato de um caso raro

Nuno Geada[1], Bruno Canilho[1], Nuno Lança[1],
Bruno Mota[1], Gonçalves da Silva[1], Rogério Barroso[1]
1. Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro

Introdução: As barras tárgicas são ligações anómalas entre dois ou mais ossos do tarso, que ocorrem em cerca de 2% da população. São mais comuns entre o calcâneo e o escafóide e o calcâneo e o astrágalo (ambas representam 90% dos casos), seguidas das raras barras astragalo-escafóideia, calcâneo-cubóideia e cuboido-escafóideia,sendo todas as outras extremamente raras.

As barras tárgicas podem ser cartilagíneas,fibrosas ou ósseas, sendo que no caso da última pode ocorrer uma fusão completada medula óssea, com uma marcada limitação da mobilidade articular. Etiologicamente estas últimas podem ser consideradas congénitas, sequelares a osteonecrose óssea, trauma ou infecção ou ainda como manifestação de artrite idiopática juvenil.

Material e Métodos: Apresenta-se o caso de um doente de 13 anos, sexo masculino, raça negra, referenciado à consulta por dor no dorso/face interna do pé direito de ritmo predominantemente mecânico com evolução progressiva desde há 4 anos. Como antecedentes pessoais apresentava unicamente fractura da tíbia proximal direita tratada conservadoramente aos 6 anos de idade. Sem história familiar similar. À observação apresentava mobilidade da tibiotársica mantida, com limitação da inversão/eversão do pé, sem valgismo do calcâneo e pé aparentemente plano mas normal na avaliação podoscópica. Na anamnese o doente negava febre, envolvimento de outras articulações ou erupção cutânea. Foi realizada avaliação laboratorial e imagiológica.

Resultados: Analiticamente não apresentava alterações no hemograma, enzimologia hepática ou proteinograma,com serologias infecciosa e autoimune e pesquisa de Hb S negativas,demonstrando apenas uma discreta elevação da adenosina desaminase, velocidade de sedimentação e proteína C reactiva.

Na avaliação radiológica apresentava barra tárgica calcâneo-astragaliana e fusão entre o escafóide e os cuneiformes. Num estudo radiográfico realizado 18 meses antes apresentava apenas a barra tárgica calcâneo-astragaliana, não existindo qualquer outra fusão óssea. O pé contralateral não apresentava alterações. A avaliação por tomografia computorizada e ressonância magnética confirmaram a existência de fusão óssea com continuidade medular entre escafóide e cuneiformes. Foi ainda realizada cintigrafia óssea que, para além da normal captação de radiofármaco nas placas de crescimento, revelava apenas uma discreta hipercaptação nas articulações do pé. O radiograma de tórax não evidenciava alterações patológicas.

Discussão: A ocorrência de barra tárgica é um fenómeno raro, sendo que há apenas casos pontuais de fusão entre escafóide e cuneiformes descritos na literatura, mas em doentes adultos como provável evolução da Doença de Köhler. No presente caso ocorreu uma evolução rápida para fusão completa entre escafóide e cuneiformes, sem sinais de osteonecrose do escafóide.

A opção terapêutica a considerar neste caso seria a artrodese tripla, que aliviaria os sintomas condicionando, no entanto, uma grande limitação funcional num doente tão jovem.

Conclusão: A raridade desta lesão condiciona uma falta de conhecimento dos processos fisiopatológicos subjacentes, limitando por isso a obtenção de um diagnóstico etiológico concreto que permita uma abordagem terapêutica precoce e dirigida.

CLP 15 – Esclerose sistémica associada a linfoma não-Hodgkin de células B do manto – caso clínico

Marto G.[1], Aguiar R.[2], Seabra C.[3], Barcelos A.[2]
1. Serviço de Medicina Interna – HIPA
2. Serviço de Reumatologia – HIPA
3. Serviço de Hematologia – HIPA

A Esclerose Sistémica (ES) está associada a maior ocorrência de neoplasias, nomeadamente linfoproliferativas. A ocorrência de Linfomas Não-Hodgkin (LNH) em doentes com ES é um evento raro, mas a sua incidência é maior do que na população em geral.

Os autores descrevem o caso de uma doente de 76 anos admitida na Consulta de Hematologia por adenopatias periféricas associadas a dor abdominal difusa tipo cólica e diarreia, com rectorragias ocasionais e sintomas B de início recente. Na revisão por órgãos e sistemas referia edema das mãos e pés com cerca de um ano de evolução. Objectivaram-se múltiplas adenopatias bilaterais nas principais cadeias ganglionares e edema difuso das mãos e pés. A colonoscopia documentou múltiplos pólipos desde o recto ao cólon transverso. O estudo anátomo-patológico identificou LNH de Células B do Manto ea biopsia de gânglio axilar foi compatível com o mesmo diagnóstico. A investigação adicional caracterizou a doença no estádio IIIB, tendo iniciado tratamento com o protocolo R-CHOP. Após 6 ciclos, atingiu uma resposta com-

pleta, que mantém após 26 meses de seguimento. Por persistência dos edemas das mãos e pés, apesar da resposta tumoral clínica à quimioterapia, a doente foi encaminhada para Consulta de Reumatologia. Para além do edema das mãos e pés com um ano de evolução, condicionando ligeira incapacidade funcional, referia fenónemo de Raynaud com exposição aofrio com início algum tempo após o diagnóstico de LNH e disfagia para líquidos e sólidos de início recente. Objectivamente apresentava esclerodactilia das mãos, engrossamento cutâneo, sem úlceras digitais. Foram solicitados exames complementares que salientamos: anticorpos antinucleares positivos com padrão nuclear centromérico e anticorpo anti-centrómero positivo. A biopsia cutânea do dorso da mão esquerda foi compatível com ES Limitada. Atendendo à idade avançada e ao diagnóstico de LNH, a doente recusou-se a realizar outros exames complementares. Mantém seguimento na consulta.

Embora rara a associação entre a ES e LNH, o clínico deve estar alerta para o risco de aparecimento de doenças linfoproliferativas na avaliação e *follow-up* dos doentes com ES.

CLP 16 - Histiocitose de células de Langerhans: Revisão a propósito de um caso clínico

Ferreira, J. F., Santiago, M.G., Santiago, T., Duarte, C., Malcata, A., Da Silva, J.A.P.
Serviço de Reumatologia. Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., Coimbra, Portugal

Introdução: A Histiocitose de células de Langerhans, antigamente designada de histiocitose X, é uma doença de etiologia desconhecida, que compreende um largo espectro de manifestações clínicas e resulta de proliferação de histiócitos, células que podem, virtualmente, infiltrar qualquer local do corpo. A doença pode apresentar-se como uma lesão solitária ou afectar vários sistemas. A maioria das séries diz respeito a crianças; nos adultos os dados são ainda poucos e dispersos.
Caso Clínico: Doente do sexo feminino, de 60 anos, com dores na mandíbula, bilaterais, com persistência nocturna, acompanhada de tumefacção da região mandibular. Dor com evolução de vários meses, tendo motivado múltiplas extracções dentárias sem melhoria das queixas. A doente referia também uma perda ponderal significativa (10 kg em 6 meses) e poliartralgias, sobretudo da coluna dorso-lombar e dos joelhos, de ritmo misto. Ao inquérito sistemático a doente negava outras queixas relevantes, como queixas constitucionais, genitourinárias, respiratórias, neurológicas, oftalmológicas, otorrinolaringológicas ou diabetes insípida. Os seus antecedentes pessoais e familiares eram irrelevantes. Ao exame objectivo apresentava dor à palpação da região mandibular bilateralmente, onde apresenta tumefacção discreta, quase simétrica. Sem outras alterações. Analiticamente observava-se: Anemia normocitica normocrómica, VS e PCR elevadas e hipotiroidismo subclínico. Não apresentava leucocitose, alterações da fórmula leucocitária ou alterações das funções renal e hepática. Foi realizada biopsia da lesão, que apresentava imuno-expressão para pS100e CD1a, confirmando o diagnóstico de histiocitose de células de Langerhans. Foram realizados posteriormente exames para estadiamento da doença, que identificaram outras lesões ósseas, mas sem lesão de tecidos moles. Esta doente apresenta então Histiocitose células de Langerhans polióstica.
Conclusão: No adulto o osso é um dos órgãos mais afectados, sendo a mandíbula frequentemente atingida. O tratamento mantém-se controverso, por existirem várias abordagens que demonstraram sucesso, mas sem estudos que comparem os vários protocolos. Após a revisão da literatura e discussão do caso clínico optou-se pelo tratamento dirigido ao envolvimento ósseo com Ácido Zoledrónico 4 mg/mensal endovenoso durante um ano ou até toxicidade.

CLP 17 – A massagem terapêutica no tratamento da dor não-oncológica em doentes idosos não-comunicantes

Cândida NC Marques
Centro de Saúde dos Olivais, ACES de Lisboa Oriental (ARSLVT, IP)

Introdução: A dor é um dos sintomas mais frequentes nos idosos, sendo o seu controlo um dos principais objectivos terapêuticos a atingir no tratamento destes doentes. Em cuidados continuados de saúde domiciliários é vulgar a ocorrência de idosos que, devido a alterações cognitivas, têm frequentemente dificuldade, ou mesmo impossibilidade, de comunicarem verbalmente as suas queixas álgicas. Estes doentes estão geralmente polimedicados, pelo que a utilização de meios não farmacológicos como tratamento da dor não-oncológica poderá ser uma mais-valia no alívio desta sintomatologia. A massagem terapêutica é uti-

lizada desde há milénios no alívio da dor, e é uma das técnicas aplicadas nestes doentes na prática quotidiana da fisioterapia, pelo que a investigação da sua eficácia nesta situação se apresentou como pertinente.

Material e Métodos: O estudo teve como objectivo avaliar a eficácia da massagem terapêutica no alívio da dor não-oncológica em idosos não-comunicantes, seguidos em cuidados continuados de saúde domiciliários. Setenta e nove doentes com 65 ou mais anos de idade (media – 83,2; desvio-padrão – 7,6), referenciados para intervenção de fisioterapia domiciliária, foram submetidos a massagem terapêutica, recebendo os participantes três séries de cinco sessões de tratamentos cada. O instrumento utilizado para a avaliação da dor no estudo foi a Escala Doloplus-2. A intensidade da dor foi avaliada em quatro momentos distintos: antes do início da intervenção e no final de cada uma das três séries de tratamentos. O estudo estatístico foi executado com recurso ao teste não paramétrico de Wilcoxon, com um nível de significância de 5% (a=0,05).

Resultados: Entre a avaliação inicial e a avaliação final do estudo foi observada uma redução significativa da intensidade da dor não-oncológica ($p<0,001$) nos participantes do estudo. Entre cada um dos quatro momentos consecutivos de avaliação observaram-se também diferenças estatisticamente significativas nos resultados da intensidade da dor ($p<0,001$). Em termos relativos, a redução da intensidade da dor entre a *baseline* e o *endpoint* do estudo foi de 23,1%.

Conclusão: A massagem terapêutica mostrou-se eficaz no alívio da dor não-oncológica em idosos não-comunicantes em cuidados continuados de saúde domiciliários, revelando-se como uma alternativa não farmacológica no tratamento deste sintoma neste tipo de doentes.

CLP 18 – Será Rupus? A propósito de um caso clínico

Sara Carvalho Ferreira
USF SJE Lóios ACES - Grande Lisboa II - Lisboa Oriental

Introdução: Por vezes é observado em alguns pacientes a sobreposição de critérios clínicos e imunológicos do Lúpus eritematoso sistémico e Artrite reumatóide. Esta é uma condição clínica rara também denominada como Rupus, descrita pela primeira vez por Schur et al em 1974. A poliartrite inflamatória erosiva e simétrica e sintomas clínicos sugestivos de Lúpus eritematoso sistémico e auto-anticorpos anti-dsDNA ou anticorpo anti-Sm constituem os critérios diagnósticos de Rupus segundo Simon et al. Ainda assim, não é consensual para todos os autores que o Rupus seja uma sobreposição de duas doenças, um subtipo de Lupus eritematoso sistémico ou uma entidade isolada com caracteristicas próprias. A identificação do doente com Rupus em alguns artigos é defendida como importante pois a evolução da doença e terapêutica são diferentes das da artrite reumatóide e lupus eritematoso isoladas.

Caso Clínico: Doente de 46 anos de idade, sexo feminino, viúva (marido suicidou-se em 2006), com dois filhos do sexo masculino (15 e 6 anos), empregada num refeitório, actualmente reformada por invalidez. Antecedentes pessoais: Cefaleias compatíveis com enxaqueca desde os 22 anos de idade. Ependimoma excisado em 2000 no serviço de neurorcirurgia do Hospital Garcia de Orta, seguida em consulta de Neurologia no Hospital Egas Moniz desde 2004 por epilepsia sintomática sequelar e enxaqueca sem aura. Sem recidiva tumoral até à data. Colecistectomia por via laparoscopica na sequência de pancreatite aguda. 27.05.2005 Síndrome Depressivo Major com várias recidivas, medicado e acompanhado intermitentemente em consulta de Psiquiatria desde 1993. Hábitos Medicamentosos: Metotrexato 25mg/semana (inicio em Junho/2009 dose inicial 10mg/semana); Hidroxicloroquina: 400 mg/dia (início em Maio/ /2007); Sulfassalazina:2g/dia (inicio em Novembro 2009); Acido Fólico 10 mg (1cp/semana); Prednisona:10 mg (1 cp/dia); Rabeprazol (1 cp/dia); Acido Alendrónico 70 (1 cp/semana); Tramadol + Paracetamol 8 em 8 horas se dores; Diclofenac 100 (2 cp/dia); Topiramato 200mg (1 cp/dia); Buspirona 5 (1 cp/dia); Trazodona AC 150 (1 cp/dia). Esta doente refere queixas de fadiga e lombalgias desde 1997 sem alterações do exame objectivo ou exames complementares de diagnóstico. Foi observada na consulta de Ortopedia e seguida em Medicina Física e Reabilitação sem alivio das queixas álgicas. No final de 2006 este quadro é agravado por eritema malar, poliartralgias, edema articular das mãos, alopécia, fenómeno de Raynaud e os exames complementares de diagnóstico revelam anticorpos ANA positivos sem outras alterações. É enviada para consulta de Reumatologia no Hospital Egas Moniz, onde é seguida desde 2007. Na altura foi diagnosticado Lúpus

eritematoso sistémico, com envolvimento articular, imunológico, fenómeno de Raynaud secundário e reumatismo peri-articular dos ombros (tendinose bilateral do supra-espinhoso). Imunologicamente factor reumatóide negativo,; Ac anti-CCP negativo; ANA positivo (titulo máximo 1/320); HLA-B27 positivo. Desde então e progressivamente revela envolvimento articular periférico das pequenas articulações das mãos, punhos, cotovelos, ombros, joelhos e envolvimento articular axial com lombalgia e gutalgia de ritmo misto/inflamatório. Desde maio de 2009 observados nódulos reumatóides na face extensora dos dedos das mãos. Artrite activa clinicamente evidente e documentada em ecografia das mãos e radiologicamente destrutiva/erosiva; a salientar em raio x de maio 2010 das mãos e nos pés. A biopsia de nódulos cutâneos em Junho de 2010 revelaram achados compatíveis com nódulos reumatóides da derme e tecidos periarticulares. Actualmente muito cansada, humor deprimido, poliartralgias e rigidez matinal. Por resistência à terapêutica DMARD combinada tripla em doses máximas, AINE e corticóides, aguarda inicio de terapêutica biológica.

Conclusão: A medicina geral e familiar como elemento agregador e holístico dos cuidados ao doente encontra-se num patamar privilegiado no diagnóstico e acompanhamento do doente com comorbilidades e múltiplas patologias.

O envolvimento articular no lupus eritematoso sistémico constitui um achado comum nas manifestações desta doença. No entanto, apenas uma pequena percentagem desenvolve de facto doença erosiva indistinguível da artrite reumatóide, entidade denominada como Rupus, mas que levanta ainda muitas questões na sua abordagem e caracterização. Em alguns artigos, doentes com artrite reumatóide que desenvolvam 4 ou mais critérios de Lúpus Eritematoso Sistémico tem um risco de mortalidade aumentado. Não é evidente que esta doente se enquadre nos critérios de Rupus, uma vez que imunologicamente não apresenta auto-anticorpos anti-dsDNA ou anticorpo anti-Sm. No entanto, foi diagnosticado o Lúpus eritematoso sistémico e tem documentada doença erosiva articular compatível com artrite reumatóide seronegativa. Os limites estabelecidos pelas classificações das várias doenças auto-imunes encontram-se cada vez mais em mutação. Percebe-se hoje que as manifestações das doenças auto-imunes podem ser variadas e diferentes das que estão convencionadas e que o conceito de auto-imunidade partilhada constitui um desafio para os reumatologistas e médicos de família actuais.

CLP 19 – Endocardite bacteriana por um gérmen inesperado numa doente com lúpus eritematoso Sistémico

Santiago, M.G., Serra, S.; Santiago, T., Duarte, C., Salvador, M.J., Malcata, A., Da Silva, J.A.P.
Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., Coimbra, Portugal

Introdução. O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença auto-imune de etiologia desconhecida, com envolvimento multissistémico e com manifestações clínicas potencialmente graves. É sabido que os doentes com LES apresentam uma maior prevalência de patologia cardiovascular, como endocardite, miocardite, pericardite, hipertensão pulmonar, hipertensão arterial e coronariopatia secundária a aterosclerose acelerada. Os doente com LES apresentam também um risco elevado de intercorrências infecciosas, nomeadamente de endocardite bacteriana e esse risco acrescido parece ser independente do uso de terapêutica imunossupressorae/ ou imunomodeladora.

Caso clínico. Descreve-se o caso de uma doente do sexo feminino de 26 anos de idade com antecedentes de Lúpus incompleto, com envolvimento hematológico e imunológico, que se apresentou clinicamente com quadro de dispneia para pequenos esforços e tosse seca com 3 meses de evolução e, mais recentemente, quadro febril intermitente e sem padrão consistente. À auscultação cardíaca foi audível um sopro holossistólico de novo. O estudo complementar efectuado relevou um proteína C reactiva elevada, sem outras alterações analíticas de relevo. O ecocardiograma transtorácico identificou insuficiência mitral severa, com vegetações valvulares e nas hemoculturas foi isolado o gérmen Leuconostoc spp, um agente raro que só recentemente foi reconhecido como potencial agente infeccioso, surgindo sobretudo em imunodeprimidos. Foi instituída antibioterapia comLinezolide e Doxiciclina, com resolução do quadro febril e com hemoculturas posteriores negativas para o gérmen inicialmente identificado.

Conclusão: A endocardite bacteriana é uma doença infecciosa grave, associada a significativa morbimortalidade, que pode ter uma apresentação clínica fruste, dificultando o diagnóstico. Salienta-se

a importância da suspeição diagnóstica e investigação adequada em todos os doentes com síndroma febril, não só em portadores de valvulopatia, mas também em portadores de condições predisponentes a elevado risco cardiovascular e infeccioso, como é o caso dos doentes com patologia auto-imune e sob terapêutica crónica com fármacos imunossupressores e/ ou imunomodeladores.

CLP 20 – Sífilis: um diagnóstico a considerar em doentes com poliartrite

Santiago, M.G., Salvador, M.J., Da Silva, J.A.P.
Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., Coimbra, Portugal;

Introdução: A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria Treponema pallidum, adquirida habitualmente por transmissão sexual. Trata-se de uma doença sistémica complexa, com espectro clínico variável. Esta particularidade valeu-lhe a designação de a grande imitadora, visto poder mimetizar diversas doenças, o que muitas vezes torna o seu reconhecimento difícil.
Caso clínico. Descreve-se o caso de uma doente do sexo feminino, de 45 anos de idade, que iniciou um quadro de poliartrite exuberante, aditiva, simétrica e periférica com 6 semanas de evolução. Negava sintomas constitucionais e sistémicos. O estudo complementar diagnóstico efectuado relevou elevação dos reagentes de fase aguda, anemia normocítica normocrómica, factor reumatóide, anticorpo anti-CCP e anticorpos antinucleares negativos, e estudo serológico(VHB, VHC, VIH 1 e 2) negativos. Não existiam erosões nas radiografias das mãos e pés. Admitiu-se o diagnóstico provável de artrite reumatóide, uma vez que cumpria os novos critérios ACR 2010, e foi inicialmente medicada com anti-inflamatório e prednisolona 10mg/ /dia. A melhoria clínica foi ténue, motivo pelo qual recorreu novamente à consulta. Mantinha artrite e resposta inflamatória sistémica, mas referia agora um dado novo que permitiu o diagnóstico definitivo: tinha *rash* papular nas palmas das mãos e plantas dos pés. O diagnóstico de sífilis secundária foi devidamente confirmado com estudo serológico e foi medicada com injecções de Penicilina. Um mês depois foi reavaliada e encontrava-se clinicamente assintomática, as lesões cutâneas tinham desaparecido bem como a artrite, e houve normalização dos reagentes de fase aguda.
Conclusão: O diagnóstico diferencial do doente com poliartrite inclui uma longa lista de possibilidades diagnósticas. A sífilis pelo seu envolvimento multissistémico, nomeadamente do sistema musculo-esquelético, pode fazer parte desta lista, não sendo, no entanto, das hipóteses mais prováveis. A resolução do quadro de poliartrite após o tratamento com Penicilina sugere a sífilis secundária como causa do mesmo. À semelhança de outras doenças infecciosas, a sífilis deve ser considerada no diagnóstico diferencial de um doente com poliartrite, e sugere-se que o *screening* para sífilis faça parte do estudo serológico já habitualmente efectuado em doente com suspeita de doença inflamatória articular.

CLP 21 – Pustulose generalizada exantemática aguda induzida pela Hidroxicloroquina – a propósito de um caso clínico

Carolina Furtado[1], Patricia Santos[2], Teresa Nóvoa[1], Victor Carneiro[3], Luis Maurício*[1]
1. Serviço de Reumatologia do Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada
2. Serviço de Dermatologia do Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada
3. Serviço de Anatomia Patológica do Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Introdução: A Pustulose Generalizada Exantemática Aguda (PGEA), é uma dermatose induzida por fármacos em cerca de 90% dos casos, caracterizada pelo aparecimento súbito de pústulas estéreis não foliculares, em pele eritematosa, associada a febre e a leucocitose com neutrofilia, do ponto analítico. A incidência anual estimada da PGEA é de aproximadamente 1 a 5 casos por 1 milhão de pessoas. Trata-se de uma doença auto-limitada com a suspensão do fármaco responsável, embora o recurso à corticoterapia possa contribuir para a rápida resolução do quadro. A hidroxicloroquina (HCQ), amplamente utilizada no tratamento de doenças reumáticas, constitui uma causa rara de PGEA, com apenas 16 casos identificados na literatura.
Objectivo: Os autores relatam um caso clínico raro de PGEA induzido pela HCQ. Apresentação do caso clínico: Doente do sexo feminino, 57 anos, raça caucasiana, sem antecedentes pessoais ou familiares de Psoríase, com o diagnóstico recente de Artrite Reumatóide seronegativa, medicada com deflazacort 6 mg/dia e HCQ 400 mg/dia. Sete dias após o início do tratamento, desenvolve dermato-

se extensa, bilateral e grosseiramente simétrica ocupando a face, tronco, membros superiores e coxas, constituída por múltiplas pústulas não foliculares milimétricas disseminadas, em pele difusamente eritematosa, associada a febre alta. Após suspensão do fármaco e administração de corticóides tópicos, verificou-se melhoria clínica progressiva, com resolução completa da dermatose.
Conclusão/Discussão: A instalação aguda, a associação medicamentosa e a evolução clínica da PGEA, habitualmente permitem o diagnóstico. Os aspectos histopatológicos da biopsia cutânea permitem o diagnóstico diferencial com outras dermatoses. O tratamento consiste na identificação e remoção do agente causal. Tendo em conta que a HCQ é um fármaco frequentemente utilizado na prática clínica dos Reumatologistas, este caso clínico alerta-nos para este efeito adverso cutâneo raro.

CLP 22 – Arterite de células gigantes – é a biópsia ainda essencial para o diagnóstico?

Magda Terenas[1], Manuel Ferreira Gomes[1], Gabriela Vinhas de Sousa[2], J. M. Braz Nogueira[2]
1. Serviço de Medicina 1, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE
2. Serviço de Medicina 1, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE

Introdução: A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite de médios e grandes vasos, mais frequente nas mulheres e nos idosos. Caracteriza-se por manifestações de arterite craniana (cefaleias, claudicação da mandíbula e alterações visuais), de arterite extra-craniana, de sintomas sistémicos e de polimialgia reumática na presença de elevação de reagentes de fase aguda (principalmente velocidade de sedimentação). Apesar da clínica, alterações laboratoriais típicas e achados sugestivos no eco-doppler da artéria temporal superficial, o único exame que confirma o diagnóstico é a biópsia da artéria temporal superficial demonstrando a presença de vasculite com predomínio de células mononucleares ou inflamação granulomatosa com células gigantes.
Material e Métodos: Após revisão dos casos da consulta externa, os autores seleccionaram dois casos que ilustram o espectro de apresentação desta patologia, a importância da biópsia no diagnóstico definitivo e a necessidade de corticoterapia precoce como forma de evitar sequelas (nomeadamente, oftalmológicas).
Resultados: Caso 1: Mulher de 75 anos com antecedentes de hipertensão arterial, hipercolesterolémia, parkinsonismo, colite isquémica, adenoma tubulo-viloso do cólon com displasia de baixo grau, esofagite de refluxo, exérese de quisto tiroideu, sífilis primária tratada. Quadro com aproximadamente 3 meses de evolução de cansaço, cefaleias, claudicação mandibular, diminuição da amplitude do pulso temporal esquerdo, dor com impotência funcional da cintura escapular e pélvica, alteração da acuidade visual com posterior amaurose esquerda, hipoacusia esquerda; avaliação laboratorial compatível com anemia de doença crónica (Hb 11,6g/dL), elevação da velocidade de sedimentação (VS 105mm) e da proteína C reactiva (PCR 3,6mg/dL). Estudo de auto-imunidade negativo. Admitiu-se o diagnóstico de ACG tendo iniciado corticoterapia endovenosa face à gravidade das manifestações de arterite craniana (oftálmicas e auditivas). Biópsia da artéria temporal superficial confirmando o diagnóstico. Corticoterapia oral subsequente com diminuição progressiva dos valores de VS (27mm) e de PCR (0,02mg/dL), cessação das queixas sistémicas e polimialgia reumática mas mantendo diminuição da acuidade visual e hipoacusia à esquerda. Presentemente, sob terapêutica de manutenção com deflazacort e ácido acetilsalícilico em baixa dose.
Caso 2: Mulher de 86 anos com antecedentes de hipertensão arterial, pacing definitivo, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular isquémica e hemorragia subaracnoideia, doença pulmonar obstrutiva crónica, gastrite e osteoporose. Internamento em Infecciologia para estudo de síndroma febril indeterminado com poliartralgias e cefaleias intensas. Laboratorialmente, anemia de doença crónica (Hb 9,8g/dL), elevação da VS (80mm) e da PCR (7,64mg/dL) com estudo de auto-imunidade e exames microbiológicos negativos. Exames imagiológicos negativos para neoplasia. Diminuição da amplitude de ambos os pulsos temporais e biópsia da artéria temporal superficial compatível com arterite de células gigantes, tendo iniciado corticoterapia oral com melhoria do quadro clínico e normalização dos reagentes de fase aguda (VS 18mm e PCR <1mg/dL). Terapêutica de manutenção com corticoterapia de baixa dose e antiagregação com triflusal. Morte aos 91 anos em contexto de provável evento cerebrovascular agudo.
Discussão e Conclusão: A ACG é o primeiro diagnóstico a ter em conta quando se aborda um doen-

te idoso, com uma vasculite de médios e grandes vasos. Apesar de algumas vezes a sua apresentação clínica ser típica, cumprindo todos os critérios de classificação da *American College of Rheumatology* (caso 1), na maioria dos casos os achados podem ser bastante inespecíficos implicando a exclusão de outras patologias sistémicas nomeadamente neoplasias, quadros infecciosos e outras doenças auto-imunes (caso 2). Estes casos exemplificam duas situações com diferentes graus de suspeição clínica, em que o diagnóstico definitivo foi efectuado por biópsia da artéria temporal superficial, reforçando o papel desta como ferramenta diagnóstica essencial. Realça-se, ainda, a necessidade de equacionar este diagnóstico *ad initium* e terapêutica urgente como forma de prevenir sequelas graves.

CLP 23 – Síndrome do túnel cárpico atípica num doente com gota

Margarida Cantista[1], Miguel Sousa[2],
Catarina Miguéns[1], Pedro Soares Branco[1],
João Bastos Martins[3], Maria Manuela Mouzinho[3]
1. Serviço de MFR do Hospital de Curry Cabral
2. Instituto Português de Reumatologia
3. Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de S. José

Introdução: A síndrome do túnel cárpico (STC) constitui a neuropatia periférica focal mais frequente e resulta de uma compressão do nervo mediano ao nível do túnel do carpo. Clinicamente traduz-se por dor e parestesias habitualmente localizadas no território do nervo mediano e nos estadios mais evoluídos por hipostesia, diminuição da força e atrofia da eminência tenar. Para além dos achados clínicos, os estudos electrofisiológicos de condução nervosa sensitiva e a electromiografia constituem um meio de diagnóstico importante para a confirmação da STC, nomeadamente pela constatação de diminuição da velocidade de condução do nervo mediano. Evidências recentes sugerem que a ecografia pode também actuar como importante meio de diagnóstico adjuvante ao aferir de forma indirecta a existência de compressão do nervo mediano pelo aumento da sua área de secção a montante do local onde se dá a compressão.

Caso Clínico: Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino, de 46 anos de idade, com antecedentes pessoais conhecidos de Gota com cerca de 21 anos de evolução, e seguido em consulta de Nefrologia por rim único funcionante no contexto de nefrolitíase úrica. Em Novembro de 2010 o doente é observado na consulta de Reumatologia do Instituto Português de Reumatologia (IPR) por um quadro de poliartrite recorrente no contexto gota úrica insuficientemente tratada. Após optimização da terapêutica hipouricemiante e anti-inflamatória constata-se uma rápida melhoria clínica e analítica. Cerca de 3 meses após a 1ª consulta o doente refere queixas de parestesias do 1º ao 3º dedo da mão direita. Ao exame objectivo constata-se a existência de tumefacção na face anterior do punho direito, com cerca de 6x3 cm, de consistência pétrea, limites irregulares, indolor à palpação, sem outros sinais inflamatórios associados, e condicionando discreta limitação da flexão do punho e dos dedos da mão direita. Foi realizada ecografia no IPR em Fevereiro de 2011 que documentou a presença de uma massa heterogénea com focos hiperecóicos que envolvia todos os tendões do flexor comum dos dedos e que os aglomerava como se de uma massa única se tratasse. Este aglomerado provocava um efeito de massa e de compressão do nervo mediano. Do estudo neurofisiológico, realizado em Março de 2011 no serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital de Curry Cabral, destaca-se ausência de potenciais sensitivos e motores do mediano direito na neurografia bem como traçado electromiográfico compatível com o diagnóstico de neuropatia do mediano direito, apoiando o diagnóstico de STC de gravidade severa à direita. O doente foi orientado para a consulta de Cirurgia da Mão do H.S. José, tendo sido colocada indicação cirúrgica. Intervencionado em Setembro de 2011, tendo-se constatado intra-operatoriamente a presença de depósitos de agregados de cristais envolvendo o nervo mediano e as estruturas peri-tendinosas dos tendões dos flexores dos dedos, compatível com tofo gotoso. Não se registaram intercorrências perioperatórias. Actualmente o doente encontra-se no 2º mês pós-operatório, referindo resolução completa das queixas de dor, parestesias e limitação da mobilidade do punho.

Discussão/Conclusão: A STC apresenta na maioria dos casos uma etiologia não esclarecida, sendo considerada primária ou idiopática. Existem, porém, determinadas condições locais ou sistémicas que parecem estar associadas a uma redução de espaço do túnel cárpico e/ou a aumento da susceptibilidade do nervo à compressão. Dentro das causas secundárias mais descritas encontram-se

as patologias do foro endócrino-metabólico, nomeadamente a diabetes mellitus. O caso descrito revela, assim, uma forma de apresentação atípica da STC que neste caso parece resultar da compressão extrínseca do nervo mediano por um tofo gotoso. A própria localização do tofo não é também a mais típica apesar de, na teoria, estes poderem surgir em qualquer topografia. As causas compressivas locais mais descritas incluem causas tumorais (ex: neuroma, lipoma, hemangioma), ósseas (exostose, osteofitose), traumáticas (fractura, hematoma) e infecciosas (artrite séptica). Destaca-se por último a importância da multidisciplinariedade na abordagem deste doente e da eficiente articulação entre as diversas especialidades em todo o processo diagnóstico e terapêutico, melhorando significativamente o prognóstico e evitando outras consequências nefastas para o doente.

CLP 24 – Infeções nos doentes com lúpus eritematoso sistémico

J. Bordalo[1], J. Antunes[2], R. Aguiar[3], C. Ambrósio[3], I. Cunha[3], A. Barcelos[3]
1. USF Flor de Sal
2. UCSP Ílhavo I
3. Serviço de Reumatologia – Hospital Infante Dom Pedro

Introdução: O doente com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é mais susceptível de contrair doenças infeciosas, não só pela própria disfunção imunológica criada pela doença e eventual comprometimento de órgãos nobres, como também pela terapêutica utilizada com efeitos imunossupressores. O diagnóstico e tratamento precoce têm vindo a diminuir a sua morbi-mortalidade e o seguimento destes doentes é importante nomeadamente na prevenção de algumas infeções.
Objectivos: Caracterizar os doentes com LES seguidos num serviço de Reumatologia e avaliar a ocorrência de infeções.
Material e Métodos: Estudo descritivo, transversal e analítico composto por amostra de doentes com o diagnóstico de LES, segundo a classificação ACR. Foram consultados os processos clínicos e recolhidos dados referentes aos achados clínicos e laboratoriais, assim como o registo de episódios infeciosos. Foram considerados diferentes episódios infeciosos para o mesmo doente, sempre que fossem isolados agentes patogénicos distintos ou se existissem outros focos de infeção. Os dados foram introduzidos numa base de análise estatística do sistema operativo SPSS versão 17.0, tendo sido aplicados os testes de Qui-Quadrado, de contingência e de Phi.
Resultados: Foram revistos 61 processos clínicos de doentes com LES. Predominou o sexo feminino (91,8%), a média de idades foi de 39,6 anos (DP±12.6) e com 7,1 anos de evolução da doença (DP±6.2). Os quatro critérios mais frequentemente encontrados para o diagnóstico de LES foram ANA positivos (91,5%), atingimento imunológico (67,2%) e hematológico (59,0%) e artrite (60,7%). 77,1% dos doentes estavam medicados com corticóides orais (dose média diária 6,5mg (2,5mg-15mg)), 72% com hidroxicloroquina, 14,8% com AINES, 13,1% com azatioprina e 11,5% com MMF. Foram identificadas 62 infeções em 29 doentes (2,14 infeções/doente), sendo as mais comuns as do trato urinário e respiratório superior e inferior. Os agentes mais frequentemente isolados foram a E.Coli e a C. Albicans. Durante estes episódios registou-se apenas uma hospitalização, com boa evolução, não tendo ocorrido mortes devido a infeções. Não se identificou relação estatisticamente significativa entre a ocorrência de infecções e a existência de hipocomplementémia (p=0.740), leucopenia (p=0.788) ou linfopenia (p=0.081), assim como a ocorrência de infecções e o número de fármacos imunossupressores em curso (p=0.469), a dose de corticóide (p=0.24) ou a duração da doença (p=0.673).
Discussão e Conclusão: Foi registado um grande número de infeçõesnos doentes com LES. No entanto, realçamos que o registo destas é, geralmente, subavaliado. Apesar de estes doentes terem maior propensão para desenvolverem infeções, não foram encontradas correlações significativas entre a clinica, os resultados laboratoriais e a terapêutica imunossupressora. No entanto serão necessários mais estudos com amostras mais alargadas.

CLP 25 – Nódulo reumatóide gigante: a surpresa do diagnóstico

R. Aguiar[1], C. Ambrósio[1], H. Garcia[2], A. Barcelos[1]
1. Serviço de Reumatologia do Hospital Infante D. Pedro
2. Serviço de Anatomia Patológica dos Hospitais da Universidade de Coimbra;

Introdução: A presença de nódulos reumatóides é a manifestação extra articular mais frequente da

artrite reumatóide (AR), surgindo em 20-25% dos doentes com AR e factor reumatóide (FR) positivo. O seu aparecimento, quando subcutâneo, ocorre preferencialmente nas superfícies extensoras das articulações

Objectivo: Os autores apresentam um caso clínico de um doente com artrite reumatóide seropositiva com vários anos de evolução e formação tumoral no braço esquerdo, de 13 x 6x 3,5 cm, cujo estudo histológicos e revelou uma surpresa.

Caso clínico: Homem, 72 anos de idade, com o diagnóstico de AR com FR+, com mais de 20 anos de evolução, sem seguimento prévio em consulta de reumatologia. À data da primeira consulta apresentava-se emagrecido (48 Kg) com 14 articulações dolorosas e 12 tumefactas, deformidade em colo de cisne e botoeira de vários dedos das mãos e 2 formações nodulares de consistência duro-elástica, no 4º dedo da mão direita e olecrâneo esquerdo. Apresentava ainda massa de consistência dura de 13 cm de diâmetro na face anterior do braço esquerdo, não dolorosa, adjacente aos planos profundo que o doente não sabia referir a data do aparecimento. Realizou estudo analítico que revelou: velocidade de sedimentação de 120 mm 1ªh, proteína C reactiva 14,4 mg/dl, FR 3640 U/ml e anti-CCP >340 U/ml. Realizou RMN do braço esquerdo que mostrou: imagem tumoral heterogénea com 12x4,7x3,7 cm compatível com rabdomiosarcoma ou liposarcoma mixoide. Após exposição do caso em reunião de decisão terapêutica de oncologia, foi submetido a cirurgia de ressecção do «tumor», sem intercorrências. O estudo histológico da peça mostrou: «massa de tecidos moles de 122 g e 13x6x3,5 cm, com área central cavitada, preenchida de material fibrinóide, detritos celulares e material eosinofílico, vagamente fibrilhar, envolvidapor exuberante componente fibrohistiocitário, de aspecto granulomatoso. Foi estabelecido o diagnóstico de nódulo reumatóide.

Conclusão: Os nódulos reumatóides podem ser únicos ou múltiplos e o seu tamanho é variável, geralmente de milímetros a 5 cm de diâmetro. Surgem habitualmente em fases avançadas da doença, afectando preferencialmente indivíduos do sexo masculino, parecendo existir uma correlação entre os elevados títulos de FR e o aparecimento desta manifestação clínica. O caso clínico apresentado pelos autores destaca-se pelo tamanho do nódulo, de 13cm de maior diâmetro, que tornou o diagnóstico um desafio, perante a hipótese levantada pela RMN de se tratar de um sarcoma.

CLP 26 – Monoartrite crónica do punho em doente imunocompetente

R. Aguiar, C. Ambrósio, A. Barcelos
Hospital Infante D. Pedro

Introdução: O punho é um local de envolvimento raro na tuberculose extrapulmonar. Quando acometido, os sinais/sintomas incluem dor, tumefacção, assa palpável e limitação da amplitude dos movimentos, podendo haver também um compromisso secundário das estruturas nervosas. Os achados a nível da RMN podem er úteis no diagnóstico; contudo, a biópsia com histologia e pesquisa de bacilos ácido álcool resistentes - BAAR (exame directo, cultura ou PCR) são muitas vezes essenciais ao diagnóstico.

Objectivos: Os autores apresentam o caso de um doente com monoartrite crónica do punho.

Caso clínico: Homem, 38 anos, trabalhador construção civil, enviado à Consulta de Reumatologia por suspeita de artrite do punho esquerdo. O quadro tivera início de forma insidiosa, um ano antes, com dor e posteriormente noção de tumefacção local, com alívio parcial com anti-inflamatórios não esteróides, não se acompanhando de febre ou outros sinais ou sintomas sistémicos. Sem antecedentes pessoais de relevo. Por parestesias em ambas as mãos que interferiam com o repouso nocturno e com a actividade profissional, realizou electromiografia que foi compatível com compressão do nervo mediano de gravidade moderada, tendo sido submetido acirurgia de descompressão do nervo mediano, por suposta síndrome do túnel cárpico, sem melhoria. A histologia da peça operatória revelaria uma «sinovite crónica granulomatosa», motivo pelo qual foi referenciado à nossa consulta. O exame objectivo geral era normal e ao exame reumatológico apresentava tumefacção e palpação dolorosa do punho esquerdo bem como aparente tenossinovite dos extensores.

Realizou estudo analítico que revelou velocidade de sedimentação de 3 mm 1ªhora, com proteína C reactiva <5 mg/l. O hemograma e o estudo bioquímico foram normais. SACE normal. Serologias para hepatite B, C, HIV e brucelose negativas. Intradermorreacção (IDR) de 16 mm. Realizou RMN do punho que identificou múltiplas erosões milimétricas envolvendo todos os ossos do carpo, edema ósseo, espessamento difuso da sinovial e derrame articular, aumento difuso da intensidade de sinal dos tendões flexores e extensores dos dedos. Foi realizada biopsia sinovial com pesquisa

de BAAR, que foi negativa e cuja histologia se mantinha compatível com «sinovite granulomatosa de provável etiologia infecciosa». Realizou ainda cintigrafia com Leucoscan com aumento da captação do radiofármaco a nível do carpo esquerdo. Foi discutido o caso com a Pneumologia e Infecciologia e iniciada prova terapêutica com tuberculostáticos. Um mês após a introdução destes, o doente estava assintomático pelo que fez um total de 12 meses de tratamento, com resolução do quadro.
Discussão: Apesar da pesquisa de BAAR, que assume papel confirmatóriono diagnóstico, ter sido negativa, a IDR positiva, as alterações muito sugestivas na RMN e a cintigrafia com Leucoscan orientaram a opção pela terapêutica com tuberculostáticos, cuja eficácia veio a corroborar a hipótese diagnóstica colocada de artrite tuberculosa. A afecção do punho na tuberculose é uma forma de apresentação pouco comum e o seu diagnóstico requer um alto índice de suspeição, o que constitui um desafio clínico.

CLP 27 – Vértebra torácica em bloco: a propósito de um caso clínico

R. Aguiar; C. Ambrósio; I. Cunha; A. Barcelos;
Hospital Infante D. Pedro

Introdução: A designação de «vértebra em bloco» refere-se à fusão óssea que ocorre entre dois ou mais corpos vertebrais dando a aparência, na radiografia convencional, de uma massa sólida óssea. Resulta de um defeito congénito com a segmentação vertebral a ocorrer de forma incompleta. Quando envolve os elementos posteriores e anteriores de pelo menos dois segmentos vertebrais classifica-se como completa, designando-se por incompleta se envolve só um dos elementos. A sua localização mais frequente é cervical(com ou sem envolvimento dorso-lombar), especialmente entre C2-C3 e C5-C6, muitas vezes enquadrada no Síndrome de Klippel-Feil. Menos frequente é o envolvimento isolado da região dorsal ou lombar. A maioria das situações é assintomática, soba forma de achados incidentais nas radiografias. Quando sintomática, geralmente deve-se a atitudes posturais compensatórias, condicionando inflamação frequente das facetas mas podem ocorrer manifestações clínicas severas como fraqueza muscular, atrofia e diminuição da sensibilidade. O tratamento assenta em analgesia e fisioterapia, sendo por vezes necessária a correcção cirúrgica.
Métodos: Os autores apresentam o caso clínico de uma doente referenciada à Consulta Externa de Reumatologia por suspeita de espondilite anquilosante.
Caso Clínico: Mulher, 33 anos, referenciada à Consulta de Reumatologia por suspeita de espondilite anquilosante por apresentar raquialgias mistas com vários anos de evolução sem irradiação e relatório de radiografia de coluna dorsal relatando «...sindesmófitos a nível das últimas vértebras dorsais (D9, D10, D11 e D12)». A radiografia dessa região realizada no nosso hospital mostrava fusão da metade anterior dos corpos vertebrais das 4 últimas vértebras dorsais, confirmada pela tomografia axial computorizada (ver Figuras 1, 2 e 3) que revelou fusão destes elementos vertebrais, de provável etiologia congénita, com acentuação da cifose da porção distal do segmento dorsal tendo sido feito o diagnóstico de «vértebra em bloco». Foi explicado o diagnóstico à doente e medicada com paracetamol 1g em SOS. Encontra-se em plano de fisioterapia com calores húmidos e massagem, com melhoria das queixas.
Discussão: Sendo a vértebra em bloco, por si, uma entidade clínica rara, a localização dorsal torna este caso ainda mais incomum. As queixas álgicas associadas a esta condição parecem dever-se a um maior *stress* biomecânico nos segmentos adjacentes, podendo levar a alterações degenerativas precoces.

CLP 28 – Causa pouco comum de tumefacção do joelho em doente com artrite psoriática

R. Aguiar; A. Barcelos
Hospital Infante D. Pedro

Introdução: O lipoma arborescente da sinovial (LAS) é uma lesão rara intra-articular, de etiologia desconhecida, que resulta da substituição difusa do tecido sub-sinovial por adipócitos maduros originando uma proliferação vilolipomatosa da sinovial. O joelho é a articulação mais frequentemente envolvida, em especial a bursa suprapatelar, mas pode surgir noutras articulações (ombro, cotovelo, anca,etc). O LAS é mais frequente no sexo masculino, sobretudo na 5ª e6ª décadas. Clinicamente, manifesta-se por tumefacção articular geralmente não dolorosa, com derrame articular recorrente. A ressonância magnética nuclear (RMN) reveste-se de central importância no diagnóstico, sendo a sinovectomia cirúrgica a terapêutica de eleição.

Objectivos: Apresenta-se o caso clínico de uma doente com artrite psoriática com tumefacção e derrame articular recorrente do joelho esquerdo, refractários à terapêutica.
Caso clínico: Doente do sexo feminino, 34 anos, com artrite psoriática com envolvimento articular periférico com 10 anos de evolução. Nos últimos anos houve agravamento clínico progressivo traduzido por tumefacção e derrame recorrente do joelho esquerdo com limitação da mobilidade apesar de ter sido submetida a sinovectomia química e manter medicação imunossupressora (metotrexato). Ao exame objectivo, apresentava psoríase cutânea e ungueal,tumefacção do joelho esquerdo, com derrame volumoso e crepitação à mobilização. Do estudo analítico salientamos: VS de 30 mm à 1ª hora e PCR0.91 m/dL; estudo do líquido sinovial negativo para cristais, contagem de células superior a 1000/mm3 e cultura negativa. A radiografia dos joelhos evidenciava tumefacção dos tecidos moles do joelho esquerdo, sem outras alterações. Por persistência da tumefacção e derrame volumoso do joelho esquerdo, apesar da medicação instituída e da sinovectomia química, foi realizada RMN do joelho esquerdo, que revelou: «na bursa suprapatelar, múltiplas pequenas lesões sinoviais de arquitectura vilonodular, infracentimétricas, compatíveis com um lipoma arborescente da sinovial. A doente foi referenciada à Consulta de Ortopedia, aguardando neste momento cirurgia.
Conclusão: Ainda que a etiologia do lipoma arborescente seja desconhecida, foi já apontada a associação a traumatismos, patologia degenerativa, artrite reumatóide, artrite psoriática, etc, sugerindo a hipótese de uma natureza reactiva. Contudo, ainda permanece desconhecido como estas doenças podem originar o LAS ou se o seu achado é apenas mera coincidência. Ainda que os achados da RMN sejam patognomónicos e dispensem a histologia para diagnóstico, o estudo anatomopatológico revela infiltração por adipócitos maduros sob a membrana sinovial, com formação de proliferações vilosas sobre a sua superfície, aspectos que permitem confirmar o diagnóstico. Pode ainda ocorrer infiltração moderada de células inflamatórias mononucleares na membrana sinovial, bem como infiltrado focal peri-vascular. O lipoma arborescente, apesar de raro, deve ser uma patologia a considerar enquanto diagnóstico diferencial nos casos de tumefacção articular, especialmente se não dolorosa e com derrame recorrente.

CLP 29 – Isquémia digital como fenómeno paraneoplásico

Tatiana Rodrigues[1], Renata Aguiar[2], Diogo Pereira[3], Anabela Barcelos[2]
1. Serviço de Medicina – Hospital Infante D. Pedro, E.P.E., Aveiro
2. Serviço de Reumatologia - Hospital Infante D. Pedro, E.P.E., Aveiro
3. UCSP Gafanha da Nazaré

Introdução: A isquémia digital é um fenómeno paraneoplásico raro associado a vários tumores malignos, em particular os adenocarcinomas, cujo mecanismo permanece desconhecido. Existem várias teorias para explicar este fenómeno: vasoespasmo devido à hiperactividade do simpático causado pela invasão tumoral ou metástases para o tronco simpático cervical; arterite induzida pela deposição do complexo antigénio-anticorpo tumoral com subsequente activação do complemento em contacto com a parede arterial ou como consequência da desregulação imune induzida pelo tumor; hiperviscosidade sanguínea causada por numerosos factores incluindo hipergamaglobulinémia ou crioglobulinémia; hipercoagulação devido aos produtos do tumor que activam a cascata hemostática e trombose periférica.
Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, 50 anos, raça negra, com antecedentes de nódulo da mama direita conhecido há um ano, enviada à consulta de Reumatologia por cianose da porção distal dos dedos, associado a dores, parestesias e emagrecimento de 4 kg num mês. Ao exame objectivo apresentava cianose da porção distal dos dedos das mãos, poupando os 1ºs dedos, doloroso ao toque, e necrose digital do 3º dedo da mão esquerda. Apresentava também uma massa volumosa no prolongamento axilar da mama direita, duro-elástica, móvel e dolorosa à palpação. Ficou internada para estudo e realizou vários exames. Analiticamente de destacar VS: 60mm/1ªh e ANA's positivos. A ecografia mamária revelou uma volumosa massa no prolongamento axilar direito (43x40,9mm) correspondendo a adenopatia, que foi excisada com diagnóstico histológico de metástase de carcinoma da mama. Realizou biopsia excisional da mama direita revelando-se um carcinoma invasivo. Foi submetida a quimioterapia (QT) neoadjuvante, mastectomia radical, QT e radioterapia adjuvantes, com melhoria franca das dores e da isquémia digital.
Discussão/Conclusão: A isquémia digital como fe-

nómeno paraneoplásico deve constar do diagnóstico diferencial perante um doente que surge com isquémia digital. Esta pode surgir posteriormente ao diagnóstico de neoplasia ou durante o tratamento, mas também constituir a forma de apresentação, como foi o caso desta doente. De destacar que o tratamento da isquémia digital não responde à terapêutica convencional, mas sim à resolução da neoplasia, como se apresenta neste caso, em que a doente apresentou melhoria das dores e isquémia após tratamento eficaz do carcinoma da mama.

CLP 30 – Espessamento cutâneo e fraqueza muscular proximal - um caso de síndrome de sobreposição

Inês Cordeiro, Filipe Vinagre, Ana Cordeiro,
J Canas da Silva
Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 31anos de idade, internada por quadro clínico astenia, anorexia, emagrecimento> 10% do peso corporal e fraqueza muscular proximal de agravamento progressivo com cerca de 2 meses de evolução e cerca de 1 mês antes do internamento surgimento de disfagia, voz anasalada, regurgitação líquida e dispneia paramédios esforços. Do exame objectivo salienta-se a presença de fácies esclerodérmico, espessamento cutâneo distal dos membros, parésia dos flexores cervicais e tetraparésia proximal de grau IV/V. A observação ORL não revelou alterações com significado patológico. Laboratorialmente apresentava VS de 48mm1ªh; Ck 4310 UI/l, LDH 2080 UI/l, função renal, tiroideia, iões sem alterações e da auto-imunidade sublinha-se anticorpos antinucleares 1/2560 e anticorpo anti-PM/Scl positivo. O electromiograma foi compatível com padrão miopático. As provas de função respiratórias revelaram uma diminuição das pressões inspiratória e expiratória máximas e DLCO 41.5% do esperado. A Ressonância Magnética das cinturas não apresentou alterações do sinal sugestivas de miosite nem de distrofia muscular, no entanto, a biópsia muscular revelou extenso infiltrado Inflamatório linfocitário e macrofágico em distribuição perivascular e numerosos focos de necrose. Realizou capilaroscopia que evidenciou alterações compatíveis com padrão tardio de Cutollo e rápido de Mattuci. Foi feito o diagnóstico de Síndrome de Sobreposição Esclerose Sistémica/ /Polimiosite e a doente iniciou terapêutica com Gamaglobulina 1 gr/kg/2 dias, seguido de corticoterapia oral 1mg/kg/dia, metotrexato subcutâneo 20mg/semana associada a medidas anti-osteoporóticas e reabilitação motora. Verificou-se melhoria clínica significativa e normalização dos valores de enzimas musculares aos 2 meses.

Discussão/Conclusão: O sindroma de sobreposição esclerose sistémica/miosite é uma entidade rara. Associa-se frequentemente à positividade dos anticorpos anti-PM/Scl, anti-U1/U3RNP e anti-Ku. o prognóstico é em geral mais favorável do que o de cada uma das patologias individualmente. A escassa literatura existente sugere que o metotrexato poderá ser o agente imunossupressor de eleição, em associação com a corticoterapia sistémica.

CLP 31 – Artrite psoriática e Doença de Paget: uma associação invulgar!

Diogo Pereira[1], Tatiana Rodrigues[2],
Renata Aguiar[3], Inês Cunha[3], Anabela Barcelos[3]
1. UCSP Gafanha da Nazaré
2. Serviço de Medicina Interna do Hospital Infante D. Pedro, EPE, Aveiro
3. Serviço de Reumatologia do Hospital Infante D. Pedro, EPE, Aveiro

Introdução: A doença óssea de Paget é uma doença do metabolismo ósseo caracterizada por uma taxa de remodelação acelerada, resultando num crescimento anormal do osso e conferindo-lhe maior fragilidade. Tem uma prevalência de 2 a 5% na população com mais de 40 anos. As manifestações clínicas mais frequentes são dor e deformidade óssea, embora muitos doentes não apresentem sintomas. A artrite psoriática é uma espondilartrite com uma prevalência estimada de 0,01%. Caracteriza-se pela presença de artrite, entesite ou dactilite, associada a história familiar ou presença de psoríase. A artrite pode surgir com diversos padrões, nomeadamente poliarticular, semelhante à Artrite Reumatóide. Em 15 a 20% dos casos, a artrite precede as lesões psoriáticas.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um doente de 60 anos, enviado à consulta de Reumatologia por poliartrite das pequenas articulações das mãos e pés associado a dactilite dos 3º e 4º dedos do pé direito. Sem antecedentes pessoais relevantes mas com história familiar de psoríase cutânea. Os exames complementares revelaram discreta elevação das proteínas de fase aguda,

tipagem HLA B27, anti CCP e factor reumatóide negativos. O Rx dos pés revelou imagem de «lápis em taça» das 3ª, 4ª e 5ª metatarsofalângicas esquerdas; o Rx das mãos, erosões das apófises estilóides cubitais e de algumas interfalângicas proximais e distais, periostite com espessamento cortical das 1ª falanges dos 3º e 4º dedos; o Rx da bacia, alterações da estrutura óssea do ilíaco e ísquion direitos, sem sacro-ileíte. Foi estabelecido o diagnóstico de artrite psoriática, segundo os critérios de CASPAR e procedeu-se ao esclarecimento diagnóstico das alterações encontradas no ilíaco e ramo isquion direito. A cintigrafia osteoarticular e a TAC da bacia revelaram, alterações da estrutura óssea compatível com doença de Paget. Analíticamente a fosfatase alcalina encontrava-se no limite superior da normalidade, hidroxiprolinúria das 24h e calcémia normais. Iniciou tratamento com metotrexato em doses crescentes até 22,5 mg/semana, ácido fólico e anti-infamatórios não esteróides, bifosfonato, cálcio e vit D com benefício.
Discussão/Conclusão: A associação de duas doenças com características clínicas, patogénicas e terapêuticas tão diferentes é invulgar pelo que o seu reconhecimento é importante para o correcto tratamento e prognóstico. Na revisão da literatura os autores não encontraram nenhum caso descrito associando a doença de Paget à Artrite Psoriática.

CLP 32 – Infiltrações ecoguiadas em Reumatologia – Avaliação do seguimento de 69 doentes

Miguel Sousa[1], Margarida Cantista[2]
1. Instituto Português de Reumatologia
2. Serviço de MFR, Hospital Curry Cabral

Introdução: As infiltrações com corticosteróides são realizadas com o objectivo de diminuirem a inflamação de estruturas peri-articulares (bolsas sinoviais, tendões) ou articulares (artrite). Classicamente, são guiadas pela palpação das estruturas anatómicas. Alguns estudos demonstraram que a utilização da ecografia para guiar, em tempo real, estes procedimentos mostrou uma melhoria na eficácia e um menor incómodo para o doente.
Material e Métodos: Estudo do tipo longitudinal realizado entre Fevereiro e Outubro de 2011. Os doentes foram avaliados no momento inicial, às 3 semanas e aos 3 meses. Na avaliação basal foi determinada a patologia local por ecografia e efectuada, no mesmo tempo, a infiltração ecoguiada com cortcosteróides. Em todas as avaliações foi determinada a média da dor sentida pelo doente nessa estrutura anatómica nos últimos 3 dias, e a dor que o doente sentiu durante a infiltração ecoguiada. A dor foi quantificada através de uma escala numérica (0-10). Nas avaliações de seguimento, e de forma qualitativa («sim/não»), foram questionados «Valeu a pena a infiltração? Está melhor?». A avaliação inicial foi presencial e as restantes foram realizadas por inquérito telefónico. Foram incluidos todos os doentes do IPR submetidos a uma infiltração ecoguiada que desejassem participar. Foram excluídos deste estudo doentes cuja terapêutica medicamentosa fosse modificada ao longo do seguimento ou que tivessem realizado tratamentos de MFR. Os fármacos utilizados foram a Betametasona e metilprednisolona Para análise estatística foi utilizado o SPSS versão 13. Para análise da evolução das queixas álgicas foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras emparelhadas.
Resultados: Foram seguidos 84 doentes, dos quais foram excluídos 15 (10 realizaram tratamentos de MFR e nos restantes 5 foi modificada à terapêutica de ambulatório). Os 69 doentes avaliados têm uma média de idades de 60 anos e 83% são mulheres. A patologia de base é degenerativa em 54% dos casos, e inflamatória nos restantes, salientando-se 36% de doentes com Artrite Reumatóide. A patologia local predominante foi a peri-articular e articular do ombro, onde foram realizadas 35% das infiltrações. 27% das infiltrações foram realizadas a nível da articulação do punho ou tendões extensores/flexores dos dedos. As restantes infiltrações foram realizadas a nível do joelho (intra-articular e quisto de Baker) em 13%; pé e tornozelo (tibio-társica, sub-astragalina, talo-navicular) em 10%; cotovelo (intra-articular do cotovelo) em 9%; anca (coxo-femoral e peri-trocantérica) em 6%. Na resposta à questão «Valeu a pena a infiltração? Está melhor?» obteve-se 90% de respostas positivas às 3 semanas e 73% aos 3 meses. Na avaliação inicial das queixas álgicas através da escala numérica obteve-se um valor médio de 7,1 ± 1,8; às 3 semanas registou-se um valor médio de 2,9 ± 2,3 e aos 3 meses 4,0 ± 3,3. Estas diferenças são significativas entre o momento inicial e as 3 semanas ($p<0,001$) e entre o início e os 3 meses ($p<0,001$). Na avaliação inicial da dor associada à intervenção ecoguiada, através da escala numérica, obteve-se um valor médio de 3,6 ± 2,2. Às 3 semanas os doentes referiram que a dor provocada pela infiltração no mo-

mento inicial foi, em média, de 3,1 ± 2,2 e aos 3 meses 4,0 ± 3,3. Estas diferenças não foram significativas. Como intercorrências descrevem-se 2 casos de despigmentação cutânea em infiltrações de estruturas superficiais.

Discussão e Conclusão: Da análise dos dados destaca-se a eficácia e a boa tolerabilidade das infiltrações ecoguiadas de corticosteróides. Uma lacuna importante deste estudo reside na não inclusão de um grupo de controlo, sujeito a infiltrações de corticosteróides não guiadas por um método de imagem. A melhoria dos valores auto-reportados, associados às queixas álgicas, poderiam ser devidos a efeito placebo ou ao efeito sistémico da administração de corticosteróides. Em relação a este último aspecto poder-se-ia entendê-lo como importante na avaliação às 3 semanas mas já não seria decisivo aos 3 meses. Por outro lado, ao serem questionados, às 3 semanas e aos 3 meses acerca da dor que tinham sentido no momento da infiltração os doentes mantiveram os valores descritos no dia da infiltração. Este aspecto aponta no sentido de uma boa fiabilidade das medidas auto-reportadas. Assim ficou demonstrada uma boa eficácia das infiltrações ecoguiadas na melhoria das queixas álgicas às 3 semanas e aos 3 meses. Salienta-se também a boa tolerabilidade na execução desta técnica e a baixa taxa de intercorrências.

CLP 33 – «Como estamos a tratar a Osteoporose?» – a partilha de uma experiência dos Cuidados de Saúde Primários

Elizabeth Silva, Ana Sacramento,
J. Miguel Conceição
USF Condeixa

Introdução: A morbi-mortalidade e os elevados custos sócio-económicos associados às fracturas osteoporóticas demonstram a importância da respectiva prevenção. A utilização correcta e interpretação adequadas da densitometria óssea (DEXA) permite identificar os indivíduos que mais beneficiarão de uma intervenção terapêutica contribuindo desta forma para uma boa gestão e economia dos recursos de saúde. Este estudo pretende avaliar se a abordagem terapêutica da osteoporose após interpretação de DEXA é realizada segundo as recomendações aprovadas pelas sociedades científicas e autoridades de saúde nacionais.

Material e Métodos: Dimensão estudada: adequação técnico-científica. População: utentes inscritos na USF Condeixa com registo de requisição de DEXA sem critérios de exclusão – 176 utentes.Tipo de dados: processo. Fonte de dados: processo clínico. Tipo de avaliação: interna (inter-pares). Tratamento dos dados: Excel 2007. Relação Temporal: rectrospectiva (3,5 anos - Janeiro 2008 a Junho 2011) Critérios de avaliação: Factores de Risco (FR) clínicos para fracturas osteoporóticas, idade ao primeiro registo de requisição de DEXA, idade de menopausa, fármaco antiosteoporótico prescrito após realização de DEXA (segundo as recomendações da Sociedade Portuguesa de Reumatologia e Direcção-Geral da Saúde). Critérios de exclusão: utentes que à data do primeiro registo de requisição de DEXA se encontravam sob tratamento específico para a osteoporose.

Resultados: Dos 176 utentes com requisição de DEXA, 15 (8,5%) eram do sexo masculino e os restantes 161 (91,5%) do sexo feminino. A média de idades à data do primeiro registo de requisição dos utentes em estudo foi 60.4 anos, com idade mínima de 34 anos e máxima de 85 anos. Relativamente aos resultados da DEXA, 26,1% foram normais, 32.3% apresentavam osteopenia, 24.2% osteoporose e em 17.4% não havia registo do resultado. Dos 15 utentes do sexo masculino, 5 (33,3%) tinham osteopenia e 3 (20%) osteoporose. Apenas 4 iniciaram tratamento específico e destes, 2 (50%) cumpriam as recomendações. Dos utentes do sexo feminino (161), 52 (32,3%) apresentavam osteopenia e 39 (24,2%) osteoporose. Iniciaram tratamento 55 (34,2%) mulheres das quais apenas 20 apresentavam indicação para tal (17 com idade = 65A sem FR e osteoporose na DEXA e 3 com idade <65A pós-menopausa com FR e T score <-2 na DEXA). Assim, apenas 36,4% das mulheres que iniciaram tratamento cumpriram as recomendações. Em suma, no total da população estudada (176 utentes) apenas 37.3% dos utentes sob tratamento específico para a osteoporose cumpriram as recomendações. Em relação ao fármaco escolhido para iniciar tratamento, os bifosfonatos foram sem dúvida os eleitos com 89.8% das prescrições, seguindo-se o ranelato de estrôncio com 10,2%. Em 72,9% dos casos foi associado o suplemento de cálcio e vitamina D.

Discussão e Conclusão: A maioria (62.7%) dos utentes sob tratamento antiosteoporótico não cumpriram as recomendações, o que representa um elevado desperdício de recursos económicos e exige uma reflexão cuidada. Já o resultado relativo

ao fármaco escolhido (bifosfonatos com 89,8%) é muito positivo cumprindo as recomendações que continuam a considerar este grupo farmacológico como primeira linha. Os resultados obtidos mostram a necessidade de implementar medidas correctoras, como uma sessão clínica para apresentação e discussão destes resultados, maior divulgação das recomendações actualmente aprovadas para o tratamento farmacológico da osteoporose e alerta para a importância dos registos clínicos, uma vez que o que não está registado não existe, tornando inexequível a respectiva avaliação.

CLP 34 – Doença óssea de Paget- três anos de consulta

Iraida Novo, Brito Palma
Hospital do Litoral Alentejano

Introdução: A Doença Óssea de Paget é uma alteração localizada da remodelação óssea de etiologia desconhecida. Pode afectar qualquer osso mas habitualmente envolve pélvis, fémur, coluna lombar, crânio e tíbia.

Em Portugal, a região do Alentejo apresenta a maior prevalência da doença. Os autores apresentam um estudo retrospectivo de 132 doentes pagéticos seguidos em Consulta de Doenças Osteo-Metabólicas.

Material e Métodos: estudo retrospectivo descritivo da população de doentes seguidos em Consulta de Doenças Osteo-Metabólicas com o diagnostico de Doença Óssea de Paget.

Resultados: Cento e vinte e três processos clínicos avaliados, 76 (57,58%) do sexo masculino e 56 (42,42 %) do sexo feminino, com idade média de 71,6 anos (mínimo: 31; máximo: 89), com duração média da doença de 8,2 anos e duração média do seguimento de 6,5 anos. Oitenta e um doentes (61,36 %) apresentavam doença poliostótica e 51 (38,64 %) doença monostótica, sendo o osso ilíaco o mais atingido (31,06% dos doentes), seguido do fémur (18,94%), vértebras lombares (14,39%), sacro (12,88%), vértebras dorsais (8,33%), úmero (6,82%), crânio (4,55%) e a tíbia (3,03%). As manifestações clínicas mais frequentes são lombalgias (61,90%), dores articulares (59,87%), dorsalgias (46,89%) e cefaleias (12,90%). As complicações mais frequentes são as fracturas (51,43%) e hipoacusia (13,87%). Analiticamente as alterações verificados são FA elevada (74%) e FA normal (26%). Os valores de fosfatase alcalina (UI/I) são: mínima 72 e máxima 3140.

Conclusões: Apesar de habitualmente ter um curso benigno, a Doença Óssea de Paget pode ser incapacitante, associando-se a deformações irreversíveis, pelo que se torna imprescindível a abordagem e tratamento sistematizado dos doentes.

CLP 35 – Doença escondida abaixo do chapéu

Iraida Novo, Brito Palma
Hospital do Litoral Alentejano

Introdução: A Doença Óssea de Paget é uma alteração do processo de remodelação óssea de etiologia desconhecida, caracterizada por crescimento de osso de tamanho anormal e maior fragilidade. Pode afectar qualquer osso, mas habitualmente envolve a pélvis, fémur, coluna lombar, crânio e tíbia.

Atinge 2-3 % da população com mais de 50 anos de idade, com ligeira preponderância no sexo masculino sendo pouco habitual antes dos 40 anos, cursando habitualmente com alterações dos marcadores de formação e reabsorção óssea. Geralmente, a doença de Paget é assintomática.

As principais manifestações clínicas incluem dor óssea, fracturas, deformidades esqueléticas e artrite secundária.

O crânio pode aumentar de tamanho fazendo com que as sobrancelhas e a fronte apresentem um aspecto mais proeminente. O indivíduo pode perceber esse aumento de tamanho ao ter que utilizar um chapéu de tamanho maior. Esse aumento dos ossos do crânio pode acarretar perda auditiva devido à lesão do ouvido interno e cefaleias. As vértebras apresentam aumento de tamanho, enfraquecimento e deformações, acarretando diminuição da estatura.

O principal método diagnóstico para doença de Paget é o radiológico, tendo como principais características as lesões osteoliticas; ossos aumentados de tamanho, espessamento cortical e alterações escleróticas.

Os autores apresentam uma série de manifestações radiológicas, entre as quais lesões frequentes e incomuns.

Material e Métodos: Os resultados foram obtidos através dos processos de doentes seguidos em Consulta de Doenças Osteo-Metabólicas com o diagnóstico de Doença Óssea de Paget.

Conclusão: Na maioria dos casos, o diagnóstico da doença de Paget pode ser feito por meio da

combinação dos sintomas, achados radiológicos e elevação da concentração dos marcadores bioquímicos da remodelação óssea.

Frequentemente, a doença de Paget é descoberta por acaso, quando radiografias ou exames laboratoriais são realizados por outras razões.

CLP 36 – Lesão medular, osteoporose e fractura – A propósito de dois casos clínicos

Filipa Januário[1], Melissa Gorayeb[2],
Maria da Paz Carvalho[3], Glória Batista[4], Filipa Faria[4]
1. Interna do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação dos Hospitais da Universidade de Coimbra
2. Interna do Serviço de MFR do Serviço Reabilitação de Adultos 1 do CMR Alcoitão
3. Chefe de Serviço de MFR do Serviço Reabilitação de Adultos 1 do CMR Alcoitão
4. Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Reabilitação de Adultos 1 do CMR Alcoitão

Introdução: A lesão medular (LM) condiciona diminuição ou ausência de actividade motora voluntária e/ou de sensibilidade abaixo do nível de lesão.Uma das complicações é a osteoporose neurogénea. A perda de massa óssea inicia-se após a lesão, tem um pico aos 3-6 meses, e apresenta relativa estabilização a partir dos 12 meses. A osteopenia/osteoporose é mais frequente nas LM completas (AIS A), 75% dos doentes têm osteoporose e 39% uma fractura ao fim de15 anos. Não estão estabelecidas *guidelines* de rastreio/diagnóstico/tratamento da osteoporose nestes doentes.
Casos Clínicos: As autoras apresentam dois casos de fractura dos membros inferiores pós-traumatismo minor. **Caso 1**: Doente do sexo feminino, 41 anos, acidente de viação em 2010,com TCE e #D6, D11-L1condicionando paraplegia AIS A nível D8. Em 2011, durante reinternamento, enquanto realizava treino de vestuário, sofreu fractura da diáfise do fémur direito. Submetida a encavilhamento. Sem intercorrências no pós-operatório. **Caso 2**: Doente do sexo masculino, 27 anos, acidente de bicicleta em 1996,com #C5 e C6 resultando tetraplegia. Reinternado em 2011 para reavaliação urológica. Fractura subtrocantérica do fémur esquerdo na sequência de um movimento de flexão anterior do tronco enquanto estava sentado em posição de relaxamento com coxo-femorais em rotação externa. Submetido a encavilhamento. Complicações pós-operatórias: anemia, úlcera de pressão GII no calcâneo esquerdo e agravamento de ossificação heterotópicaa nível da anca esquerda, com extensão à diáfise femoral. Ambos deambulavam em cadeira de rodas, não tinham potencial para marcha e não realizavam terapêutica específica para osteoporose.
Discussão: O facto de não existirem *guidelines* para a prevenção da osteoporose na LM faz com que não se inicie de uma forma generalizada esta terapêutica. As fracturas ocorrem sobretudo nos membros inferiores associadas a traumatismos minorou gestos do quotidiano. Por vezes o diagnóstico não é equacionado pela ausência de sintomatologia habitual. Como a reabsorção óssea é o mecanismo principal na LM, parece-nos que a medicação com Bifosfonatos está indicada para travar a perda óssea. É ainda importante uma dieta equilibrada, rica em cálcio e exposição solar, e eventualmente suplementos (vitamina D e Cálcio). Devemos identificar factores de risco que poderão agravar essa perda.
Conclusão: As fracturas ocorrem sobretudo nos membros inferiores e podem ter várias complicações, condicionando custos económicos e funcionais. Parece-nos importante pensar na Osteoporose em todos os portadores de LM desde a fase aguda. É fundamental estabelecer orientações terapêuticas, no sentido da prevenção e do tratamento. A educação dos doentes e profissionais de saúde deve ser parte integrante do programa terapêutico.

CLP 37 – Osteonecrose não traumática da rótula, uma causa rara de gonalgia

Paulo Clemente Coelho
Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

Introdução: A osteonecrose não traumática da rótula é uma causa rara de gonalgia, mas que deve estar presente na discussão diagnóstica de incapacidade dolorosa do joelho com carácter subagudo. A imagiologia característica teve um papel importante na definição etiológica da gonalgia incapacitante.
Caso Clínico: Doente caucasiana do sexo feminino com 59 anos de idade com queixas de gonalgia direita de ritmo mecânico com cerca de 2 meses de evolução. A doente negava traumatismo local do joelho, antecedentes de corticoterapia ou de hiperlipidemia, alterações dermatológicas, aftose frequente, febre, alterações intestinais sugestivas de colite inflamatória, episódio de olho vermelho, queixas secas ou fenómeno de Raynaud. A doente negava também episódios sugestivos de bloqueio

da rótula nos movimentos de flexão do joelho, hábitos tabágicos e episódios de claudicação intermitente. Referia caminhadas frequentes de cerca de 8 km/dia e prática de escotismo desde há vários anos. Referia também fractura da base do 5º metatarso há cerca de 2 anos, apresentando uma densitometria óssea recente que revelava osteoporose com predomínio trabecular (T-score -3.6 na coluna lombar) para a qual não tinha sido medicada, não apresentando outros factores de risco significativos para osteoporose, além dos já citados, nomeadamente menopausa precoce ou antecedentes familiares. Ao exame objectivo verificava-se a existência de ligeira tumefacção do joelho direito, sem aumento da temperatura, nem limitação da mobilidade passiva ou activa. O «sinal da plaina» desencadeava dor significativa no joelho direito e era negativo à esquerda. Não existiam sinais de atrofia muscular. A avaliação analítica revelou a existência de ANA positivos (1/320) com padrão granular e ligeiro aumento das proteínas alfa2 (11,9%), sem outras alterações, nomeadamente no hemograma, VS, PCR, W. Rose e RA test, perfil lipídico, balanço fosfo-cálcico, função hepática e renal. Foi realizado radiograma do joelho direito (frente e perfil) o qual revelou zona de hipotransparência no terço superior da rótula e alterações degenerativas ligeiras (aguçamento das cristas tibiais e ligeira esclerose subcondral dos pratos tibiais) (figura 1a, 1b). Para melhor esclarecimento das lesões radiológicas encontradas foi pedida ressonância nuclear magnética do joelho direito que revelou «alteração estrutural do terço superior da rótula, associando-se a alteração da cobertura condral e derrame articular ligeiro» (figura 2). Não foram demonstradas alterações dos condilos femorais, alterações ligamentares ou meniscais. Foi feito o diagnóstico de osteonecrose da rótula. A doente foi medicada com aceclofenac 100 mg 2x dia com melhoria significativa do quadro clínico.

Discussão: A osteonecrose não traumática da rótula é uma entidade raramente descrita, mas conhecida como causa de gonalgia, por vezes, incapacitante. A sua frequência rara, nomeadamente quando comparada com a osteonecrose dos condilos femorais, faz com que a sua existência possa ser negligenciada na discussão diagnóstica de uma gonalgia com carácter recente.

O caso por nós descrito apresentava a particularidade dos radiogramas simples do joelho mostrarem alterações que levantavam a hipótese deste tipo de patologia, situação que pode não ocorrer, principalmente se a abordagem radiológica for muito precoce. A RNM do joelho tem sido descrita como o meio complementar de diagnóstico mais completo para a definição etiológica deste tipo de gonalgia, excluindo ou afirmando outros focos de osteonecrose a nível da extremidade distal do fémur ou proximal da tíbia, a que, por vezes, a osteonecrose da rótula se associa, e avaliando as outras estruturas internas do joelho (meniscos e ligamentos), frequentes causas de gonalgia aguda ou sub-aguda. Apesar de muito menos estudada do que a osteonecrose de outras localizações, podemos assumir que na fisiopatologia da osteonecrose não traumática da rótula poderão participar factores sistémicos comuns a outras situações de osteonecrose, mas também factores locais condicionados pela mecânica articular a que a rótula obedece. Na doente por nós descrita não existiam factores sistémicos evidentes predisponentes do aparecimento de osteonecrose, sendo, no entanto, de referir a presença de ANA positivos, não existindo associação com outros critérios clínicos ou analíticos sugestivos de doença difusa do tecido conjuntivo. As características da gonalgia, predominantemente de ritmo mecânico, também desfavoreciam esta última hipótese. Pelo contrário, deve ser valorizado a intensa actividade fisíca regular a que a doente estava sujeita (caminhadas frequentes e de longa duração) a qual pode ter contribuído para o aparecimento da osteonecrose nesta localização pouco comum. É possível que pequenas diferenças da biomecânica da excursão rotuliana associadas a situações de *stress* articular repetido possam originar este tipo de lesão osteonecrótica. Na nossa doente, a localização da lesão na metade superior da rótula era concordante com o encontrado na maioria das situações descritas desta entidade. A existência de osteoporose de predomínio trabecular é de difícil valorização pois não está suficiente demonstrado o seu possível contributo para os quadros de osteonecrose. No entanto, a especificidade da lesão necrótica rotuliana deve levantar a questão quanto ao possível contributo fisiopatológico da osteoporose para este tipo de lesão local. À semelhança do sucedido com a doente por nós apresentada, a maioria dos quadros de gonalgia associados a osteonecrose da rótula não requerem tratamento cirúrgico, estando indicada a medicação anti-álgica, descarga articular e, se necessário, medidas de medicina física e de reabilitação.

Conclusão: Em conclusão, referimos a importân-

cia da osteonecrose não traumática da rótula ser incluída nas hipóteses diagnósticas de uma gonalgia de aparecimento ou agudização recente.

CLP 38 – Uveítes nas espondilatrites: relação com o tipo de doença, padrão de envolvimento articular, sexo e presença de HLA-B27

R. Aguiar[1], Y. Oliveira[2], C. Ambrósio[1], I. Cunha[1], A. Barcelos[1]
1. Hospital Infante D. Pedro; 2USF Santa Joana

Introdução: As espondilartrites (Spa) são um grupo heterogéneo de doenças – espondilite anquilosante (EA), artrite psoriática (APs), artrite relacionada com a doença infamatória intestinal (DII) e artrite reactiva – caracterizadas pelo envolvimento preferencial do esqueleto axial a que se associam frequentemente outras manifestações clínicas, de entre as quais se destacam as uveítes. A uveíte pode mesmo ser a primeira manifestação da doença.
Objectivos: Avaliar a incidência de uveítes numa coorte de doentes com o diagnóstico de Spa, seguidos na Consulta de Reumatologia do Hospital Infante D. Pedro -Aveiro, de Julho de 2006 a Julho de 2011, correlacionar a sua ocorrência com os diferentes tipos de Spa, presença de HLA-B27 e padrão de envolvimento articular.
Material e Métodos: Avaliou-se, retrospectivamente, através da consulta do processo clínico, uma coorte de 195 doentes com o diagnóstico de Spa (de acordo com os critérios de classificação de Espondilartropatias do Grupo de Estudos Europeu das Espondilartropatias - ESSG), no que respeita ao tipo de doença, determinação de HLA-B27, padrão de envolvimento articular e ocorrência de uveítes. Os dadosforam introduzidos numa base de análise estatística do sistema operativo SPSS versão 14.0, tendo sido aplicado o teste de Qui-Quadrado.
Resultados: Entre os doentes da coorte, 60% eram do sexo masculino e 40% do sexo feminino; com idades entre os 16 e os 78 anos (média de idades 47,7 ± 14,1 anos);82 doentes tinham o diagnóstico de EA, 96 de AP, 7 de artrite da DII e 10 de espondilartrite indiferenciada. A duração média de doença foi de 16,5 ± 12.7anos. O alelo HLA-B27 era positivo em 59 destes doentes (46 com EA, 10 com APse 3 com espondilartrite indiferenciada), negativo em 71 (35 com EA, 38 com APse 6 com espondilartrite indiferenciada) e desconhecido em 65 doentes. Registaram-se 16 episódios de uveítes (13 anteriores e 3 posteriores, 81,3%e 18,7%, respectivamente) em 12 doentes (6.2%), com uma média de 1,3 uveítes por doente acometido; em 4 doentes, a uveíte antecedeu o diagnóstico da Spa.
Discussão: Apenas se identificaram uveítes nos doentes com EA (10 doentes) e APs (2doentes), sendo a diferença entre elas estatisticamente significativa (p=0.017).Entre os 10 doentes com EA que tiveram uveítes, 5 tinham apenas envolvimento axial e 5 tinham envolvimento axial e periférico; os 2 doentes com APs que tiveram uveíte, 1 tinha apenas envolvimento periférico e 1 tinha envolvimento axial e periférico. Verificou-se que a incidência de uveítes entre os doentes com e sem o aleloHLA-B27 também apresentou uma diferença estatisticamente significativa, sendo superior naqueles com o alelo (p=0.004). Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre ambos os sexos (p=1.000).
Conclusão: A uveíte é uma manifestação extra articular das Spa com maior relevância naEA e nos indivíduos portadores do alelo HLA B27, como foi o verificado na nossa coorte de doentes, ou seja, identificou-se uma maior incidência de uveítes entre os doentes com EA comparativamente aos doentes com APs e entre os portadores do alelo HLA B27. Não se verificou diferença na incidência deuveites entre os dois sexos – conforme os dados publicados na literatura.O pequeno número de doentes com uveítes dificulta a análise de possíveis relações com outras variáveis.

CLP 39 – Disfunção da articulação temporomandibular numa coorte de doentes com artrite reumatóide

R. Aguiar, C. Ambrósio, F. Gandarez, I. Cunha, A. Barcelos
Hospital Infante D. Pedro

Introdução: A disfunção da articulação temporo-mandibular (DTM) caracteriza-se pela presença de determinados sinais (ruídos, limitação da amplitude dos movimentos, presença de desvios) e/ou sintomas (dor articular, pré-auricular ou dos músculos mastigatórios) que condicionam alterações funcionais nesta articulação. A sua etiologia é multifactorial, podendo associar-se a traumatismos e microtraumas repetidos, alterações posturais, ansiedade e algumas doenças sistémicas, nomeadamente do foro reumatológico, como é o caso da artrite reumatóide (AR). Com este trabalho, pretendeu-se avaliar a prevalência de DTM numa

coorte de doentes com AR, procurar relações entre a sua presença e o valor de DAS 28 e alguns factores de risco conhecidos (tabagismo e uso de pastilha elástica), comparando-se com um grupo controlo da população geral.
Material e Métodos: Aplicou-se o Questionário Ananmnésico de Fonseca, validado para a avaliação da DTM, a uma coorte de 63 mulheres com o diagnóstico de AR; procedeu-se ainda à consulta do processo clínico para obtenção de informação relativa à doença. Os dados foram introduzidos numa base de análise estatística do sistema operativo SPSS versão 17.0, tendo sido aplicados o teste ANOVA e a análise de Tuckey. Foi ainda assegurada a normalidade da distribuição das populações pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e a homogeneidade das variâncias pelo teste de Levene.
Resultados: A coorte de doentes apresentava uma média de idades de 56,3 ± 13,6 anos, com uma duração média da doença de 121,1 ± 126,2 meses. Seis doentes (9,5%) mantinham hábitos tabágicos e 9 (14,3%) consumiam pastilha elástica. Apresentavam ainda um DAS 28 médio de 3,3± 1,2. Em duas doentes o atingimento da articulação temporo-mandibular foi a primeira manifestação clínica da AR. De acordo como Questionário Anamnésico de Fonseca, 24 doentes (38,1%) não apresentavam DTM,25 (39,7%) apresentavam DTM leve e 12 (19,0%) DTM moderada. Nenhuma doente apresentava DTM severa. Não se identificou uma relação estatisticamente significativa entre o tabagismo ou o consumo de pastilha elástica e a presença de DTM em nenhum dos grupos. Verificou-se uma correlação com significado estatístico entre a presença de DTM moderada e a actividade da doença definida pelo valor de DAS 28 (p=0,015). Não se encontrou uma relação estatisticamente significativa entre a duração da doença e a presença de DTM (p=0,835) nem na incidência de DTM entre o grupo de doentes e o grupo controlo.
Discussão: Neste estudo, não se identificou uma diferença significativa na incidência de DTM entre as doentes e o grupo controlo, o que poderá, em parte, dever-se a uma baixa especificidade do instrumento de avaliação seleccionado, que contempla alguns factores de carácter geral, não necessariamente atribuíveis à DTM. Por outro lado, percentagem de elementos do grupo controlo (17.6% vs 9.5%) apresentava hábitos tabágicos e consumia habitualmente pastilha elástica (35.3% vs 14.3%), o que poderá, explicar a elevada incidência de DTM também neste grupo.
Conclusão: Existe uma elevada prevalência de DTM entre os doentes com AR, conforme evidenciado neste trabalho, relacionando-se a severidade desta com o índice de actividade da doença (DAS 28). Não se identificou significância estatística relação de DTM com o tabagismo ou o uso de pastilha elástica, nem na diferença de incidência de DTM entre os indivíduos da coorte e do grupo controlo.

CLP 40 – Critérios de diagnóstico e critérios de classificação

Ana Ribeiro
CHTMAD – Vila Real

As doenças reumáticas são extremamente variáveis na sua forma de apresentação e evolução, podendo o seu diagnóstico ser particularmente desafiante. Muitas destas patologias são caracterizadas por sobreposição de sintomas de diferentes órgãos e sistemas, pela falta de um teste diagnóstico patognomónico e por manifestações inespecíficas. Estas características, dificultam o seu diagnóstico ou a avaliação da sua evolução, apresentando-se como um enorme desafio, sobretudo quando conduzimos ou avaliamos resultados de ensaios clínicos. Desta forma vários critérios de classificação, combinando diferentes tipos de informação, incluindo sinais e sintomas, achados laboratoriais e imagiológicos, factores genéticos e agentes etiológicos, têm sido desenvolvidos para identificar populações de doentes homogéneas para a inclusão em estudos epidemiológicos e ensaios clínicos. De forma distinta, os critérios de diagnóstico são critérios desenvolvidos para propósitos de diagnóstico na prática clínica, ajudando os médicos nas suas decisões. Os critérios de diagnóstico e de classificação, são então usados para uniformizar definições, de forma a assegurar que a mesma entidade patológica seja estudada de forma consistente. Cada vez mais, de forma a identificar doentes com doença precoce, novos critérios de classificação têm sido desenvolvidos por um grupo de peritos quer do grupo EULAR quer do ACR, com o principal propósito de aumentar a sensibilidade e especificidade do diagnóstico precoce.

CLP 41 – Sialo-RM: aplicações à clinica

Nuno Caçador, Madalena Patrício Ferreira,
Jaime Pamplona, Maria João Quintela, João Reis
Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central

Existem na actualidade várias modalidades que permitem a avaliação de patologia das glândulas salivares incluindo, entre outras, a sialografia convencional, a ecografia e, mais recentemente, a Sialo-RM. No que diz respeito à sialografia convencional, trata-se de uma técnica invasiva, associada a potenciais complicações como hemorragia, perfuração decorrente do procedimento ou ruptura dos canais salivares, além dos já documentados efeitos adversos do material de contraste. A Sialo-RM demonstrou ter vantagens, relativamente à sialografia, impondo-se como um método inócuo e fidedigno no diagnóstico e seguimento da patologia salivar. Permite igualmente um estudo completo das glândulas salivares e dos seus canais, bem como um estudo simultâneo das mesmas.

Na presente revisão, baseada na nossa experiência nos últimos três anos com o protocolo de Ressonância Magnética e Sialo-RM utilizados na nossa instituição, descrevemos a importância desta técnica no diagnóstico diferencial e avaliação da doença das glândulas salivares.