



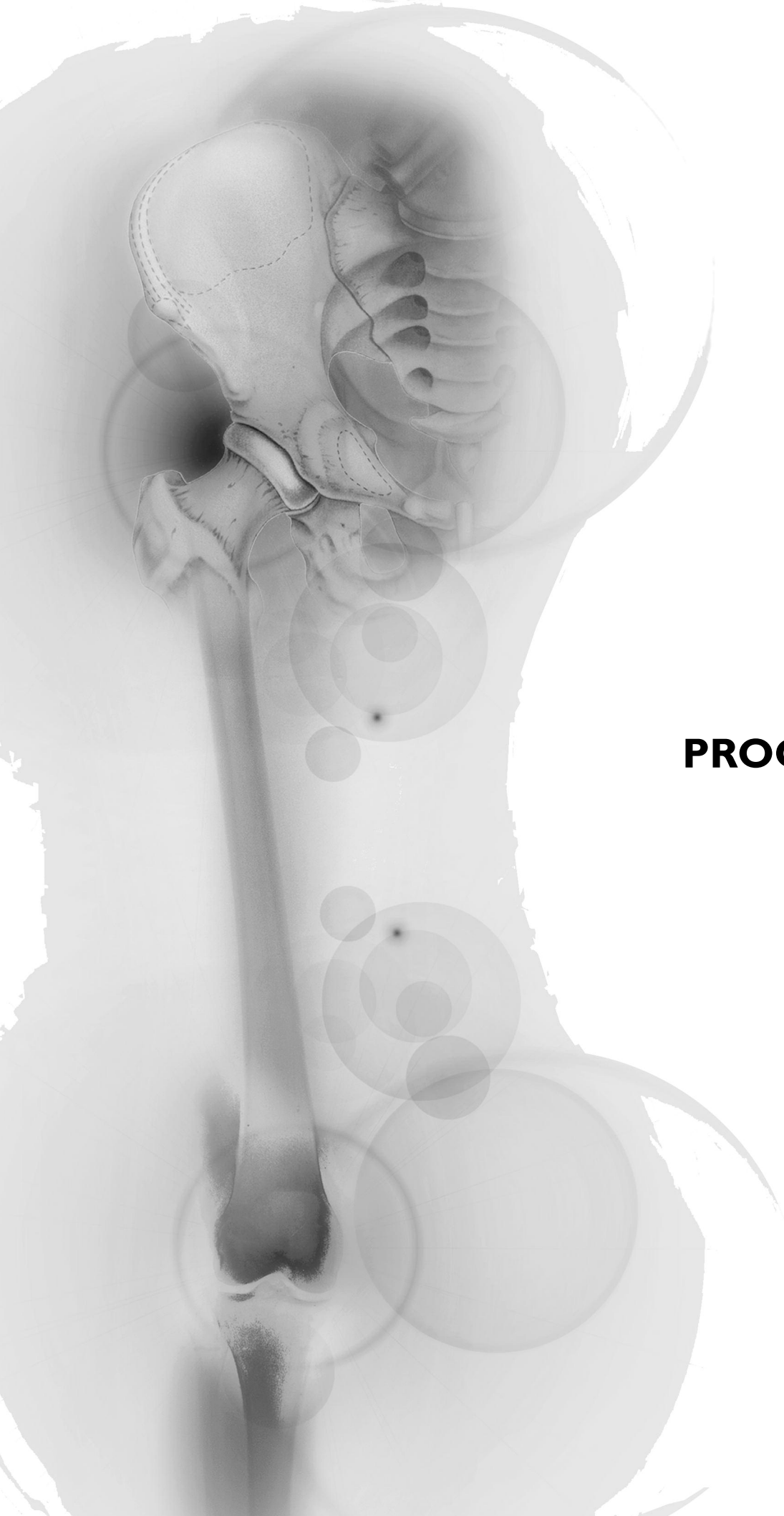
4^{as} JORNADAS DE REUMATOLOGIA PRÁTICA EM CUIDADOS PRIMÁRIOS

22 e 23 de Setembro de 2011
Hotel Sana Metropolitan

4^{AS} JORNADAS DE REUMATOLOGIA PRÁTICA EM CUIDADOS PRIMÁRIOS

SUMÁRIO / CONTENTS

PROGRAMA CIENTÍFICO	95
RESUMOS	98
TEMA 1: OMBRO DOLOROSO	
• Caso Clínico 1	99
• Caso Clínico 2	99
• Conferência 1: Tratamento Fisiátrico em Reumatologia	99
TEMA 2: MANIFESTAÇÕES CUTÂNEO-MUCOSAS DAS DOENÇAS REUMÁTICAS	
• Caso Clínico 3	100
• Caso Clínico 4	100
• Conferência 2: Tratamento das Lombalgias	101
TEMA 3: FIBROMIALGIA	
• Caso Clínico 5	102
• Caso Clínico 6	103
TEMA 4: POLIMIALGIA REUMÁTICA & ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES	
• Caso Clínico 7	103
• Caso Clínico 8	103



PROGRAMA

PROGRAMA

QUINTA – FEIRA – 22 DE SETEMBRO

- 09h00: **Abertura do Secretariado. Entrega de Documentação**
- 09h30: **Questionário Pré-Jornadas para auto-avaliação de conhecimentos**
- 10h00: **Tema 1: Ombro Doloroso**
 Dra. Inês Silva (CHLO, EPE / Hosp. Egas Moniz, Lisboa)
Casos Clínicos 1 e 2 (Sessão com Televoto)
 Dra. Inês Silva (CHLO, EPE / Hosp. Egas Moniz, Lisboa)
- 11h30: *Intervalo*
- 12h:00: **Simpósio (apoio Azevedos): Doenças Reumáticas Peri-Articulares**
 CLÍNICA: Dra. Ana Filipa Mourão (CHLO, EPE / Hosp. Egas Moniz, Lisboa)
 TERAPÊUTICA: Prof. Doutor Jaime C. Branco (CHLO, EPE / Hosp. Egas Moniz, Lisboa)
- 12h45: **Conferência 1: Tratamento Fisiátrico em Reumatologia**
 Dr. Pedro Soares Branco (Hospital de Curry Cabral, Lisboa)
- 13h30: Fim das sessões da manhã
- 15h00: **Tema 2: Manifestações Cutâneo-Mucosas das Doenças Reumáticas**
 Dra. Maria João Paiva Lopes (CHLC, EPE / Hosp. Santo António dos Capuchos, Lisboa)
Casos Clínicos 3 e 4 (Sessão com Televoto)
 Dr. André Lencastre (CHLC, EPE / Hosp. Santo António dos Capuchos, Lisboa)
- 16h30: *Intervalo*
- 17h00: **Conferência 2: Tratamento das Lombalgias**
 Dra. Eugénia Simões (Instituto Português de Reumatologia, Lisboa)
- 17h45: Fim das sessões do 1º dia

SEXTA-FEIRA – 23 DE SETEMBRO**09h15: Tema 3: Fibromialgia**

Dr. Fernando Saraiva (CHLN, EPE / Hospital de Santa Maria, Lisboa)

Casos Clínicos 5 e 6 (Sessão com Televoto)

Dra. Cristina Ponte (CHLN, EPE / Hosp. Sta. Maria, Lisboa)

Dra. Raquel Marques (CHLN, EPE / Hosp. de Sta. Maria, Lisboa)

10h45: Intervalo**11h15: Tema 4: Polimialgia Reumática & Arterite de Células Gigantes**

Prof. Doutor Jaime C. Branco (CHLO, EPE / Hosp. Egas Moniz, Lisboa)

Casos Clínicos 7 e 8 (Sessão com Televoto)

Dr. Filipe Araújo (CHLO, EPE / Hosp. Egas Moniz, Lisboa)

12h45: Questionário Pós-Jornadas para Auto-Avaliação de Conhecimentos**13h00: Fim das Sessões das Jornadas.**

Entrega de Diplomas no Secretariado.



RESUMOS

RESUMOS

TEMA 1: OMBRO DOLOROSO

Inês Silva

Interna do 4º ano de Reumatologia do Serviço de Reumatologia, CHLO, EPE / Hosp. Egas Moniz, Lisboa

O ombro doloroso é um motivo frequente de consulta em reumatologia. As principais etiologias são os reumatismos peri-articulares, no passado conhecidos como a «periartrose escapulo-umeral». A mobilização do ombro envolve 4 articulações: gleno-umeral, acromioclavicular, esternoclavicular e escapulo-torácica. A estabilidade do ombro é garantida por ligamentos e pela coifa dos músculos rotadores. As patologias mais frequentes do ombro incluem a tendinite da coifa dos rotadores, ruptura da coifa dos rotadores, capsulite adesiva, artrite/artrose gleno-umeral e acromioclavicular. A maioria destas patologias tem um diagnóstico clínico através da história e exame objectivo.

Neste contexto, a sessão «ombro doloroso» visa a discussão das principais etiologias de dor no ombro, precedida por uma revisão da anatomia funcional e dos elementos necessários na história clínica e exame objectivo do doente com omalgia. Será diferenciado o padrão clínico da patologia articular e peri-articular, assim como serão enumeradas causas menos frequentes de omalgia, igualmente importantes no diagnóstico diferencial. A patologia peri-articular terá um maior desenvolvimento pela sua maior prevalência em consulta.

CASO CLÍNICO 1

Inês Silva

Interna do 4º ano de Reumatologia do Serviço de Reumatologia, CHLO, EPE / Hosp. Egas Moniz, Lisboa

Mulher de 40 anos observada em consulta de reumatologia por queixas de omalgia direita intensa de ritmo misto que surgiu 4 dias antes.

Não associada a traumatismo.

Agravamento progressivo e impotência funcional total para as rotinas diárias como vestir-se e pentear-se.

Negava antecedentes pessoais ou familiares significativos.

Não apresentava queixas sistémicas ou constitucionais associadas.

Negava queixas noutros territórios articulares ou periarticulares.

O exame objectivo mostrava:

- aumento da temperatura no ombro direito
- mobilidade activa e passiva impossibilitada pela dor
- parâmetros vitais normais
- restante exame reumatológico normal.

CASO CLÍNICO 2

Inês Silva

Interna do 4º ano de Reumatologia do Serviço de Reumatologia, CHLO, EPE / Hosp. Egas Moniz, Lisboa

Homem de 60 anos observado em consulta de reumatologia por impotência funcional do ombro direito.

Referia queixas mecânicas do mesmo ombro desde há cerca de 10 anos.

Cerca de 1 semana antes refere uma sensação de omalgia aguda e intensa direita precedida de um ranger tipo «estalo» no mesmo ombro, após um esforço de elevação de cargas.

Desde esse episódio que não consegue mobilizar o ombro. Actualmente não apresenta omalgia.

Antecedentes pessoais de tabagismo activo de cerca de 10 UMA.

Exame objectivo:

- integridade em todos os movimentos passivos do ombro direito
- restrição na abdução activa acima dos 40º
- «drop-arm» test positivo à direita
- diminuição da força do membro superior direito com a rotação externa
- exame neurológico não apresenta alterações.

Conferência 1: TRATAMENTO FISIÁTRICO EM REUMATOLOGIA

Pedro Soares Branco

Chefe de Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Hospital Curry Cabral, Lisboa

De um modo geral, a reabilitação das doenças reu-

máticas rege-se por um conjunto bem definido de princípios: maximizar a analgesia farmacológica e promover a manutenção ou recuperação da capacidade funcional. Para alcançar estes objectivos, a reabilitação deve idealmente ser realizada por uma equipa centrada no doente. Esta deve integrar o Médico Assistente (Reumatologista ou Especialista em medicina Geral e Familiar), o Fisiatra e um conjunto, variável consoante as circunstâncias, doutros técnicos como enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, técnicos orto-protésicos, psicólogos e assistentes sociais.

Um programa de reabilitação adequado deve visar a prevenção, o diagnóstico precoce e a intervenção atempada. Pode desenrolar-se em internamento, ambulatório ou no âmbito de programas extra-hospitalares e deve incluir a utilização da terapia mais adequada para cada caso: terapia por agentes físicos, cinesioterapia, hidroterapia ou massoterapia, para além da prescrição das ajudas técnicas adequadas. Cada uma destas terapias, porém, corresponde à designação genérica dum conjunto alargado de meios. A terapia por agentes físicos, por exemplo, inclui a termoterapia (com diversas modalidades de calor e de frio), a electroterapia (que compreende também uma série de modalidades diferentes), a vibroterapia, a laserterapia, a magnetoterapia e a terapia por ondas de choque.

Na intenção de sistematizar e clarificar os princípios gerais de reabilitação em Reumatologia, serão abordadas as características das equipas de reabilitação, as normas de construção dum programa de reabilitação adequado e as principais características, indicações e contra-indicações dos meios terapêuticos utilizados.

TEMA 2: MANIFESTAÇÕES CUTÂNEO-MUCOSAS DAS DOENÇAS REUMÁTICAS

Maria João Paiva Lopes

Assistente Hospitalar de Dermatologia, CHLC, EPE/Hospital Santo António dos Capuchos, Lisboa

As manifestações cutâneo-mucosas das doenças reumáticas revestem-se de importância clínica sobretudo em termos de diagnóstico e qualidade de vida. No que respeita ao primeiro ponto salientamos que frequentemente as manifestações clínicas iniciais das doenças reumáticas são inespecíficas, diremos até confusas, levando a dificuldades de diagnóstico definitivo, o qual pode atrasar-se durante anos. Neste contexto a presença de

lesões cutâneas pode contribuir para o esclarecimento do diagnóstico clínico e para a sua confirmação pela anatomia patológica pois a pele é um órgão muito facilmente acessível a biópsia.

No que se refere ao impacto das lesões cutâneo-mucosas na vida do doente, devemos ter em conta que, não obstante não serem ameaçadoras para a vida, estas lesões podem ter consequências devastadoras ao nível da qualidade de vida, quer porque a sua localização (face, mãos) as torna alvo de comentários e atitudes de receio/aversão, com repercussões sociais e profissionais, quer por serem limitativas de actividades diárias, por exemplo quando há fotosensibilidade.

Detalharemos as principais manifestações cutâneo-mucosas das doenças reumáticas dando especial atenção à sua documentação iconográfica.

CASO CLÍNICO 3

André Lencastre

Interno do Internato Complementar, CHLC, EPE/Hospital Santo António dos Capuchos, Lisboa

Relata-se o caso de uma mulher de 65 anos com história de DM2, Carcinoma do Ovário operado e actualmente sob quimioterapia adjuvante, que foi referenciada à consulta urgente de Dermatologia por quadro cutâneo de gravidade flutuante com cerca de um ano de evolução caracterizado por placas eritematosas dispersas pelo tegumento. Foi referenciada com a hipótese diagnóstica de Toxidermia.

As placas atingiam de forma simétrica as pálpebras e região periorbitária, a face dorsal das articulações interfalângicas das mãos e metacarpo-falângicas, o hemitronco superior e coxas. Notavam-se também erosões dispersas pelo tegumento com crostas sobrejacente. Às lesões cutâneas associavam-se-lhes queixas de prurido e ardor. A doente mencionava queixas de redução da força muscular dos membros superiores.

Do ponto de vista da MGF interrogar-se-ão os clínicos presentes sobre o diagnóstico desta doença e as suas implicações clínicas e terapêuticas.

CASO CLÍNICO 4

André Lencastre

Interno do Internato Complementar, CHLC, EPE/Hospital Santo António dos Capuchos, Lisboa

O presente caso refere-se a um homem de 61 anos

com história pregressa de HTA, hipercolesterolemia e habitual incumprimento terapêutico. Foi referenciado à consulta urgente de dermatologia por quadro cutâneo com cerca de 7 meses de evolução caracterizado por placas eritemato-descamativas da face, hemitronco superior e membros superiores. Algumas placas tinham tonalidade vermelho-viva, outras rosa, muitas delas com descamação enquanto que outras lesões evoluíam para manchas hipopigmentadas ou cicatrizes.

Do ponto de vista da MGF interrogar-se-ão os clínicos presentes sobre o diagnóstico desta doença e as suas implicações clínicas e terapêuticas.

Conferência 2: TRATAMENTO DAS LOMBALGIAS

Maria Eugénia Simões

Reumatologista do Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

A lombalgia é a raquialgia mais comum, contando em mais de 90% de todas as raquialgias.

Constitui a causa isolada mais frequente de recuso aos cuidados primários de saúde.

A Lombalgia, só por si pode acarretar imobilidade, incapacidade e absentismo laboral.

O seu tratamento correcto depende da investigação etiológica desta lombalgia.

Etiologia e formas de apresentação da lombalgia:

A lombalgia comum caracteriza-se por:

LOMBALGIA COMUM

Idiopática
Discal
Fissuração
Hérnia
Degenerescência
Lombartrose
INFLAMATÓRIA
Espondiloartrites
INFECCIOSA
METABÓLICA
INFILTRATIVA
TUMORAL
PAGÉTICA
OSTEOPORÓTICA

FORMAS DE
APRESENTAÇÃO
Aguda (Lumbago)
Crónica

IRRADIADA/
/NÃO IRRADIADA

- Lombalgia de característica mecânica, agravando-se com os movimentos, exercícios de cargas, e aliviando com repouso
- Nunca ou esporadicamente existe agravamento

nocturno e despertar do paciente pela dor

- A rigidez matinal, a existir, é de curta duração e ligeira a moderada
- Não existem sinais sistémicos e alterações do estado geral

O esquema geral de tratamento da lombalgia comum compreende:

- Repouso relativo (em geral por um período não superior a 5 dias)
- Aplicação de calor local/massagem
- Analgésicos/Relaxantes musculares
- AINEs (menor demonstração clínica; menor nº de estudos)

No caso de lombalgia crónica, o esquema terapêutico depende, mais uma vez da etiologia, assim:

- Causa mecânica – importante a reeducação mecânica, reforço muscular, técnicas de protecção lombar
- Causa mecânica discal – além dos exercícios de protecção discal, no caso de complicações neurológicas rebeldes poderá ser necessária a correcção cirúrgica
- Causa inflamatória, no decurso de espondiloartrite – aqui os AINEs são os fármacos de eleição, não só pela actividade analgésica, como eventualmente pela capacidade modificadora da doença; a toma deverá ser preferencialmente ao fim do dia; o exercício continua a ser importante
- Causa osteoporótica – os fármacos anti-osteoporóticos, não só os anti-reabsortivos, mas também o ranelato de estrôncio e a teriparatida demonstram eficácia analgésica. Outras opções poderão passar pela aplicação de lombostato e/ou vertebro/cifoplastia.

Tema 3: FIBROMIALGIA

Fernando Saraiva

Assistente Graduado de Reumatologia do Serviço de Reumatologia, CHLN, EPE / Hosp. de Santa Maria, Lisboa

A fibromialgia (FM) ou síndrome fibromiálgica pode definir-se como uma forma não articular e não inflamatória de reumatismo, caracterizada por dores músculo-esqueléticas generalizadas e por múltiplos pontos dolorosos à palpação digital.

Tipicamente associa-se a fadiga crónica, perturbações do sono e a distúrbio cognitivo e afectivo e, quando não concomitante com outras entidades clínicas, caracteriza-se pela normalidade do

restante exame objectivo e dos exames complementares de rotina.

As dores generalizadas têm origem desconhecida, sendo habitualmente mais intensas ao nível das cinturas escapular e pélvica e nos segmentos vertebrais mais móveis - coluna cervical e lombar.

A FM tem um determinismo biológico e psicossocial e para a sua etiopatogénese deverão contribuir quer factores nociceptivos centrais quer periféricos.

Sendo seguramente uma afecção antiga, a importância actual da FM deriva da sua elevada prevalência, constituindo presentemente uma das causas mais frequentes de referência a consulta de reumatologia.

O tratamento da FM que deverá incluir um componente farmacológico e outro não farmacológico e tem em vista o alívio dos sintomas e a reinserção nas actividades profissionais e de lazer.

CASO CLÍNICO 5

Raquel Marques

Interna do 3º ano do Serviço de Reumatologia, CHLN, EPE / Hospital de Santa Maria, Lisboa

Mulher de 51 anos, raça branca, desempregada, com antecedentes de hepatite B, tuberculose pulmonar aos 7 anos e síndrome do cólon irritável. É enviada à consulta de Reumatologia por artralguas generalizadas, de ritmo misto, principalmente ao nível das mãos, joelhos e tibiotársicas, com 8 anos de evolução. Referia também queixas de cansaço fácil, insónias iniciais e câibras frequentes. Ao exame objectivo apresentava 10 pontos dolorosos à palpação digital, nódulos de Heberden e manobras sugestivas de bursite peroneal bilateral.

CASO CLÍNICO 6

Cristina Ponte

Interna do 3º ano do Serviço de Reumatologia, CHLN, EPE / Hospital de Santa Maria, Lisboa

Mulher de 41 anos, raça branca, cabeleireira, com história de depressão, hipertensão arterial e dislipidémia medicadas. Recorre à consulta de reumatologia por dores generalizadas de ritmo misto, sono não reparador e rigidez matinal de 30 min. Ao exame objectivo apresentava 12 pontos dolorosos à palpação digital, manobra de Finkelstein positiva à direita, sem artrite periférica.

Tema 4: POLIMIALGIA REUMÁTICA & ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES

Jaime C. Branco

Professor Associado com Agregação, CEDOC – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Chefe de Serviço de Reumatologia, Director do Serviço de Reumatologia do CHLO, EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa

A polimialgia reumática (PMR) é uma doença reumática de causa indeterminada que se caracteriza por rigidez e dor intensa nas cinturas pélvica e escapular e na coluna cervical e lombar baixa.

Apesar da dor grave nos músculos proximais dos membros, as biópsias musculares não apresentam alterações patológicas. A força muscular e os exames electromiográficos também são normais. Foram descritas lesões ao nível da lâmina elástica dos vasos sanguíneos dos músculos sintomáticos.

A PMR afecta indivíduos, sobretudo de etnia branca, após os 55 anos de idade; as mulheres são mais atingidas (2:1). A sua prevalência é de cerca de 0,5% na população com mais de 50 anos de idade.

O quadro clínico inclui os seguintes sintomas – dor e rigidez sobretudo matinais e simétricas da musculatura proximal dos membros (a rigidez também ocorre após os períodos de inactividade prolongada), febrícula, perda de peso, fadiga, depressão. Os sintomas têm usualmente início repentino e não há fraqueza muscular. Muitas vezes não há sinais objectivos mas podem estar presentes dor à palpação dos músculos, atrofia muscular e redução de amplitude dos movimentos articulares secundária às dores.

O diagnóstico diferencial deve ser feito sobretudo com a artrite reumatóide, depressão, hipotireoidismo, polimiosite, lúpus eritematoso sistémico, miopatia, infecção oculta e fibromialgia. Deve-se sempre investigar se a arterite de células gigantes (ACG) está presente.

O quadro laboratorial é característico e determinante para o diagnóstico. A VS apresenta habitualmente valores superiores 50 mm/1ª hora, não raramente mesmo superiores a 100 mm/1ª hora. A PCR está igual e correspondentemente elevada. Em pelo menos metade dos casos encontra-se uma anemia normocrómica e normocítica. A creatina quinase é normal e o factor reumatóide negativo. As provas de função hepática estão ligeiramente alteradas. Como já foi dito, a biópsia muscular é normal mas pode haver uma sinovite ligeira e inespecífica.

No mesmo espectro patológico da PMR e asso-

ciada em um terço dos seus casos surge a ACG. Trata-se de uma vasculite idiopática que afecta sobretudo mulheres entre os 65 e os 80 anos de idade. A ACG lesa as artérias de médio e grande calibre, sobretudo da cabeça e pescoço, mas também torácicas (p.ex. coronárias).

Embora a ACG e a PMR sejam processos patológicos diferentes têm uma estreita relação clínica.

Os doentes além dos sintomas polimiálgicos das cinturas queixam-se de cefaleias, dor à palpação do couro cabeludo e claudicação das mandíbulas e por vezes da língua. Dependente do tempo de evolução sem diagnóstico e sem tratamento os doentes podem apresentar anorexia, febre, perda de peso, mal-estar geral, suores nocturnos e depressão. Tipicamente, as artérias temporais superficiais encontram-se bem visíveis, sinuosas, nodulares, dolorosas à palpação e sem pulso. A manifestação mais incapacitante é a perda aguda de visão que pode ser uni ou bilateral. As complicações oculares podem incluir amaurose fugaz (perda de visão unilateral transitória), perda permanente de visão (devida a oclusão da artéria central da retina ou a neuropatia isquémica óptica anterior) e redução dos campos visuais. Laboratorialmente, os doentes apresentam VS e PCR doseadas elevadas ou muito elevadas.

Em caso de suspeita de ACG deve iniciar-se corticoterapia de imediato. A biópsia da artéria temporal superficial pode, sem perda do seu interesse diagnóstico, ser feita até uma semana depois do início dos corticóides. Como as lesões arteriais são descontínuas na biópsia deve colher-se pelo menos 3 cm de artéria. A ecografia com doppler pode ajudar a identificar as áreas envolvidas. A histopatologia, se positiva (isto é, infiltração celular, granulomatose, proliferação da íntima com disrupção da lâmina elástica interna, células gigantes e oclusão do lúmen), confirma o diagnóstico mas quando negativa não o exclui (deve contudo originar a pesquisa de um diagnóstico alternativo).

Em ambas as situações clínicas o objectivo terapêutico é suprimir a actividade inflamatória. A diferença é que o tratamento na ACG é urgente e na PMR não o é. O tratamento é sobretudo farmacológico e baseia-se essencialmente no uso de corticóides orais. A PMR é sensível a doses iniciais relativamente baixas de prednisona (isto é, 12,5-15 mg/dia) mas para tratar convenientemente a ACG são necessárias doses mais elevadas (isto é, dose média de 60 mg/dia).

Nos dois casos a redução da dose deve ser lenta e progressiva monitorizada pela VS e/ou PCR doseada. Os problemas mais frequentes que se co-

locam são as complicações devidas a corticoterapia e a exacerbação da doença (isto é, PMR ou ACG) se o desmame de corticóides for muito brusco.

A duração média destas doenças sob corticoterapia correcta é entre 2 a 3 anos. A maioria dos doentes pode parar a terapêutica corticóide ao fim deste período de tempo e considerar-se curada. Contudo, alguns doentes, sobretudo os que têm ACG, apresentam recorrências e podem ter recaídas. Numa pequena percentagem de casos é mesmo impossível a paragem completa dos corticóides, que têm de ser mantidos em baixa dose.

CASO CLÍNICO 7

Filipe Araújo

Interno do 2º ano de Reumatologia do Serviço de Reumatologia, CHLO, EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa

MCF, 64 anos, caucasiana, casada, empregada doméstica, natural e residente em Lisboa, que recorre à consulta de Reumatologia pelo início, duas semanas antes, de cervicalgia e omalgia bilateral, mais intensas nas primeiras horas da manhã, que melhoram com a actividade física, associadas a rigidez matinal > uma hora, fraqueza muscular proximal com limitação nas actividades de vida diária, astenia, anorexia e perda de 4 kg. Como antecedentes pessoais referia Hipertensão Arterial e Dislipidémia encontrando-se medicada com Enalapril+Hidroclorotiazida 20+12,5 mg e Sinvastatina 20 mg. Os antecedentes familiares eram irrelevantes para o caso. O exame reumatológico sumário dos ombros não apresentava alterações à inspecção, a palpação da articulação acromio-clavicular, esterno-clavicular, inserção do deltóide e tendão da longa porção do bicípite eram indolores, os movimentos activos e passivos do ombro eram dolorosos em todos os planos mas a amplitude de movimentos era normal. O restante exame reumatológico e geral não tinha alterações. Do ponto de vista analítico destacava-se anemia normocítica e normocrómica de 10,9 g/dL, 460.000 plaquetas/mm³, VS de 67 mm/h e PCR de 5,9 mg/dL, sem outras alterações. Foi assumido o diagnóstico de Polimialgia Reumática.

CASO CLÍNICO 8

Filipe Araújo

Interno do 2º ano de Reumatologia do Serviço de Reumatologia, CHLO, EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa

IFP, 77 anos, caucasiana, viúva, costureira reformada, natural de Évora, residente em Lisboa, que recorre ao Serviço de Urgência pelo início súbito de diplopia e estrabismo divergente do olho direito. A doente refere o início cerca de 2 meses antes de episódios paroxísticos de cefaleia hemicraniana direita de grande intensidade, tipo pulsátil, que duravam cerca de 2 dias, de frequência semanal que a acordavam de noite, sem alívio com paracetamol e associados a dor no couro cabeludo quando penteava o cabelo. No mês anterior tinha recorrido ao médico assistente durante um dos episódios de cefaleia tendo este feito o diagnóstico de

enxaqueca sem aura e medicado a doente com Naproxeno 500 mg 12/12 horas, no entanto com pouco alívio. Como outra sintomatologia a doente referia astenia, anorexia e perda de 4 kg. Como antecedentes pessoais referia Neoplasia da Mama actualmente em remissão e bócio multinodular eutiroides, sem toma habitual de medicação. Os antecedentes familiares eram irrelevantes para o caso. No exame objectivo geral destacava-se palpação dolorosa do couro cabeludo da área temporal direita. O exame neurológico sumário verificou estrabismo divergente do olho direito, pupila direita > pupila esquerda e ptose direita.