



# XXXII CURSO DE REUMATOLOGIA CIÊNCIA NA PRÁTICA

13 e 14 de Outubro de 2011  
Hotel Vila Galé Coimbra

# XXXII CURSO DE REUMATOLOGIA CIÊNCIA NA PRÁTICA

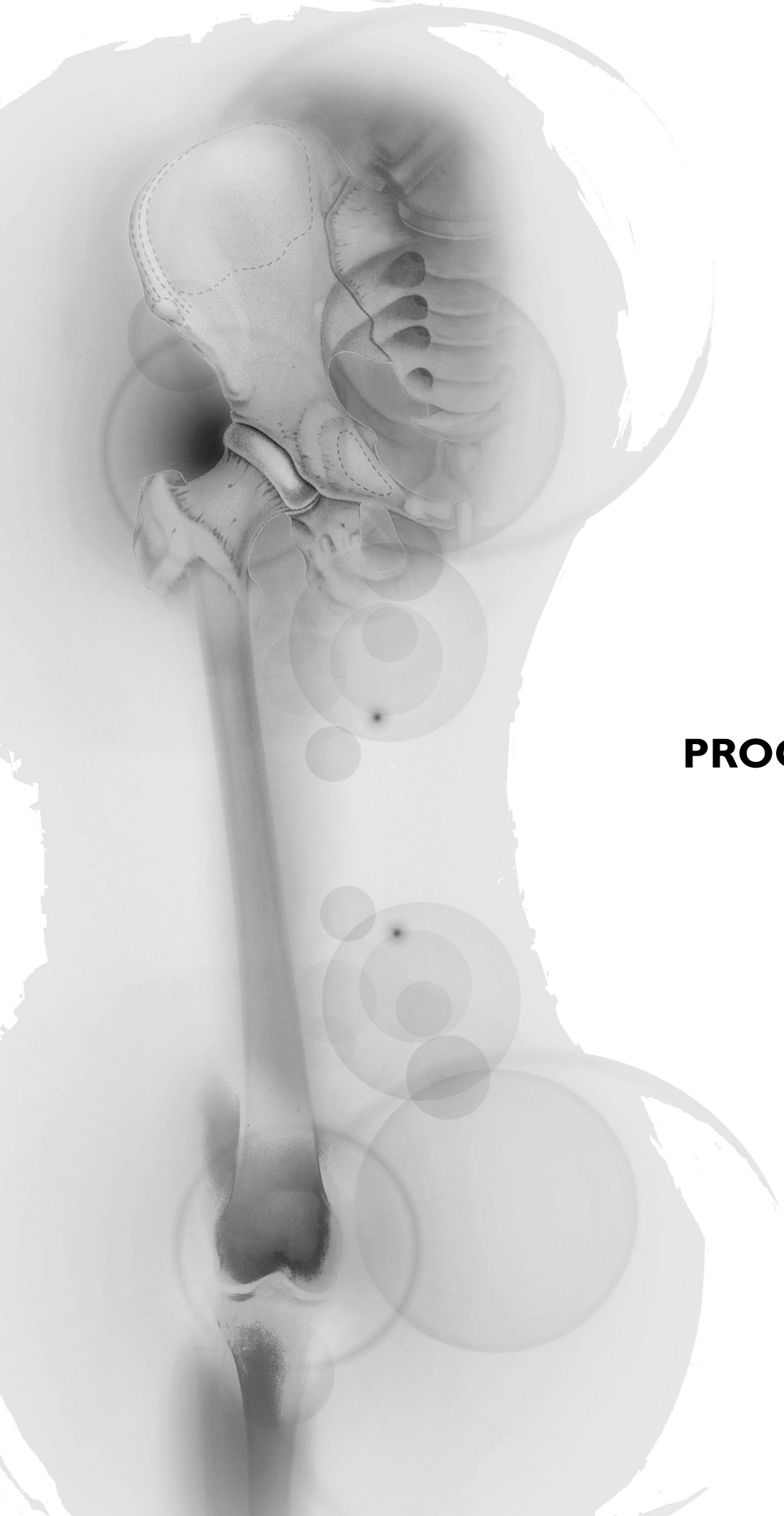
## SUMÁRIO / CONTENTS

PROGRAMA	65
MESAS REDONDAS	69
<b>COMPREENDER A DOR</b>	
• Interpretação da dor músculo-esquelética	70
• Medir a dor	70
• A dor crónica como doença – síndromas de hipersensibilidade central	71
<b>OSTEOPOROSE (Amgen-GSK)</b>	
• Compreender para agir: como funciona o osso?	71
• Estado da epidemia: dimensão do problema	72
• Terapêutica: a evidência na prática	72
DEBATES COM CASOS	73
<b>TRATAMENTO DA DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICA</b>	
• Caso 1	74
• Caso 2	75
• Painei	75
PRÓS E CONTRAS	77
• Vale a pena ir a Termas?	78
• A vitamina B12 na dor neuropática	79
• Prós e contras – vitamina B12 na dor neurogénica. Qual é a eficácia?	80
• Repouso na lombalgia aguda: sim ou não?	80
• Dieta na Gota: qual a evidência?	81

# XXXII CURSO DE REUMATOLOGIA CIÊNCIA NA PRÁTICA

## SUMÁRIO / CONTENTS

<b>CASOS CLÍNICOS</b>	<b>83</b>
<b>CASOS CLÍNICOS (A): DORES LOCO-REGIONAIS</b>	
• Dor no Joelho: Caso clínico	84
• Dor no ombro	84
• «Dói-me em muitos sítios!»	85
<b>CASOS CLÍNICOS (B): DORES LOMBARES</b>	
• «Doem-me as cruces» – Parte I	85
• «Doem-me as Cruces» – Parte II	86
• «Doem-me as cruces!!» – Parte III	87
<b>CASOS CLÍNICOS (C): DORES POLIFOCAIS</b>	
• Exames, para que vos quero!?	87
• Socio-psico-reumatismo	88
• «Se soubesse, tinha vindo cá mais cedo!»	88
<b>CURSO PRÁTICO</b>	<b>90</b>
<b>VER, OUVIR E OBSERVAR</b>	
• Sala A – Dores no ombro	91
• Sala B – Dores das mãos	91
• Sala C – «Dói-me tudo»	91
• Sala A – «Doem-me as cruces»	91
• Sala B – Dores dos pés	91
• Sala C – Dores nos joelhos	91



## **PROGRAMA**

## PROGRAMA

## QUINTA-FEIRA – 13 DE OUTUBRO

08h45-10h15: **Mesa-redonda: COMPREENDER A DOR**

MODERADORES: Armando Porto e Rui Nogueira

- Interpretação clínica da dor músculo-esquelética – José António P. da Silva
- Medir a dor – Luís Miranda
- A dor crónica como doença: síndromas de hipersensibilidade central – Filipe Palavra

10h15-10h45: **Café e visitas aos *stands***10h45-12h00: **Debates com casos**

MODERADORES: Isaque Pereira e Jorge Silva

- Tratar a dor músculo-esquelética – Maria João Salvado
- Caso 1 – Tânia Santiago
- Caso 2 – Mariana Santiago
- Painel – Carolina Nóbrega, Dolores Nour, Joana Ferreira

12h00-13h00: **Simpósio Change Pain – Pain Education no XXXII Curso de Reumatologia dos HUC – Ciência na Prática (Grunenthal)**

TEMA: AVALIAR E TRATAR A DOR – A MUDANÇA NECESSÁRIA!

13h00-14h15: **Almoço de trabalho**14h15-16h00 **Prós e Contras**

MODERADORES: Maria João Vidal e Luís Sousa Inês

- Vale a pena ir a termas?  
ORADOR: Dolores Nour  
OPONENTE: Lúcia Costa
- Vitamina B12 na dor neurogénica: qual a evidência?  
Orador: Jorge Silva  
Oponente: Margarida Cruz
- Repouso na lombalgia aguda: sim ou não?  
ORADOR: Manuela Costa  
OPONENTE: Jorge Lains
- Dieta na gota: o que deu provas?  
ORADOR: Cátia Duarte  
OPONENTE: Armando Malcata

16h00-16h30: **Café e visitas aos *stands***

**16h30-18h00: Casos clínicos (A) – Dores loco-regionais**

Cátia Duarte, Luis Inês e Orientadores de formação em MGF

- Dor no joelho – Alexandra Ramalho e Odete Oliveira (UCSP Mealhada)
- Dor no ombro – Ana Margarida Antunes e Paula Braga da Cruz (USF Serra da Lousã)
- «Dói-me em muitos sítios» – Diana Jardim e Hernani Caniço (Centro Saúde S. Martinho do Bispo)

**Casos clínicos (B) – Dores lombares**

Maria João Salvador, Armando Malcata e orientadores de formação em MGF

- «Doem-me as Cruzes» – Parte I – Rita Abreu Fernandes e Laura Neto Parra (USF Briosa)
- «Doem-me as Cruzes» – Parte II – Sandrina Monteiro e Ana Ernesto (UCSP Mealhada)
- «Doem-me as Cruzes» – Parte III – Carolina Nóbrega e Elsa Correia (UCSP Fernão Magalhães)

**Casos clínicos (C) – Dores polifocais**

Dolores Nour, Jorge Silva e Orientadores de formação em MGF

- Exames, para que vos quero?! – Hélder Farinha e Marli Loureiro (UCSP Covilhã 2)
- «Sócio-Psico-Reumatismo» – Liliane Carvalho e Carla Silva (USF Condeixa)
- «Se eu soubesse... Tinha vindo mais cedo» – Carolina Ferreira, Maria João Serra e Teresa Remédios (Centro Saúde Bom Jesus, Funchal & HUC)

**18h00-19h00: Simpósio Ferramentas Digitais: O Futuro é hoje**

Pedro Aniceto (TB Store)

**SEXTA-FEIRA, 14 DE OUTUBRO****08h45-10h20: Mesa-redonda: OSTEOPOROSE (Amgen-GSK)**

MODERADORES: Luís Albuquerque e José António P. Silva

- Compreender para agir: como funciona o osso? – Helena Canhão
- Estado da epidemia: dimensão do problema – Viviana Tavares
- Terapêutica: a evidência na prática – J. A. Melo Gomes

**10h20-10h30: Prémio Pré-Graduado de Reumatologia (Pfizer)**

Ana Catarina Mineiro Longras

**10h30-11h00: Café e visitas aos stands****11h00-12h00: Sabatina****Agora pergunto eu. Osteoporose (Novartis)**

MANDA-CHUVA: José Carlos Marinho

SÁBIOS: Helena Canhão, Viviana Tavares e J. A. Melo Gomes

- Devemos parar os bifosfonatos depois de 5 anos de tratamento?
- Os bifosfonatos são todos iguais?
- Quando preferir Ranelato de Estrôncio e porquê?
- Denosumab - O que traz de novo?
- Como tratar a osteoporose no homem?

**12h00-13h00: Simpósio «Vencer a Artrite: MGF & Reuma Uma Aliança de Sucesso» (MSD)**

13h00-14h15: **Almoço de trabalho**

14h15-18h00: **CURSO PRÁTICO: Ver, Ouvir e Observar**

14h15-16h00: **Sala A – Dores no ombro** – Cátia Duarte, Mariana Santiago e Tânia Santiago

14h15-16h00: **Sala B – Dores das mãos** – Margarida Coutinho, Andrea Marques e Ricardo Ferreira

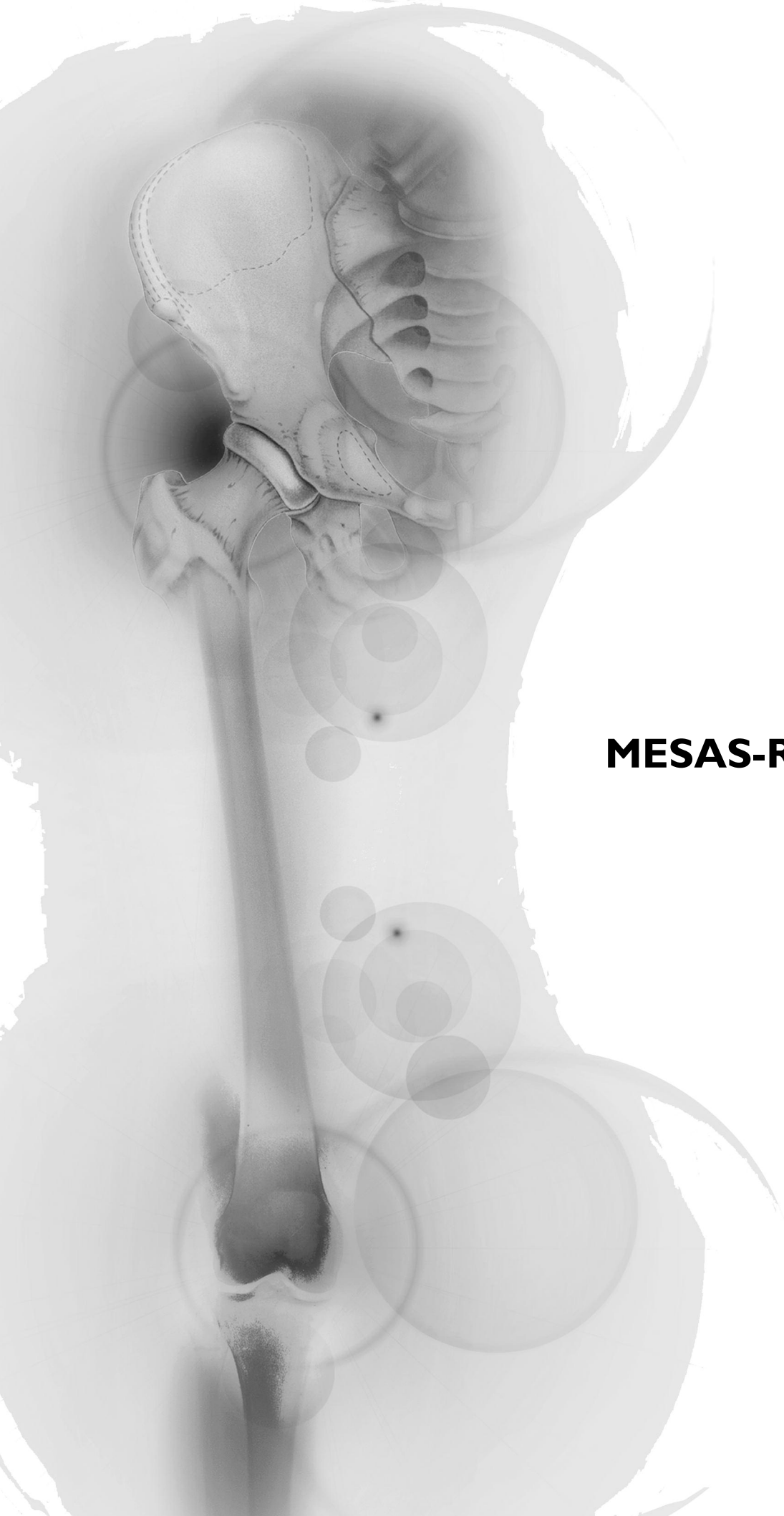
14h15-16h00: **Sala C – «Dói-me tudo»** – José António P. Silva, Carolina Ferreira e Maria João Serra

16h00-16h30: **Café e visitas aos *stands***

16h30-18h00: **Sala A – «Doem-me as cruzes»** – Jorge Silva, Tânia Santiago e Ricardo Ferreira

16h30-18h00: **Sala B – Dores dos pés** – Maria João Salvador, Andrea Marques e Carolina Ferreira

16h30-18h00: **Sala C – Dores nos joelhos** – Sara Serra, Mariana Santiago e Maria João Serra



## **MESAS-REDONDAS**

## MESAS-REDONDAS

**COMPREENDER A DOR**

DIA 13 DE OUTUBRO, 2011

**INTERPRETAÇÃO DA DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICA**

José António P. da Silva

A interpretação da dor tem um papel decisivo na abordagem do doente reumatológico, não só porque é essencial ao diagnóstico mas também por ser decisiva na apreciação do impacto da doença e do sofrimento e ainda na avaliação da resposta à terapêutica. A dor tem mesmo um papel central no tratamento destas situações, já que o seu controlo é essencial à obtenção de benefícios numa série de outras dimensões relevantes como a produtividade e o absentismo, o bem estar psicológico, a qualidade do sono e a qualidade de vida.

A apresentação aborda os aspectos essenciais da sensação e da modulação da dor, sublinhando a sua complexidade e a importância de factores como a cronicidade, a amplificação central e periférica e ainda as emoções. Destacam-se as dificuldades inerentes à comunicação e à interpretação de uma experiência tão complexa, subjectiva e individual.

O orador revê as características da dor que são essenciais à orientação básica do diagnóstico, incluindo: localização (articular, muscular, localizada ou generalizada), ritmo inflamatório *versus* mecânico, relação com o movimento e o repouso, selectividade de movimentos causadores, evolução (aguda, crónica, persistente, recorrente, migratória), carácter (profunda, picada, queimadura, formigueiros, etc.).

Estas características serão apreciadas no contexto do modelo de «diagnóstico em dois passos», por forma a otimizar o seu uso na orientação do diagnóstico

**MEDIR A DOR**

Luís Cunha Miranda

Sabemos por definição internacional que a dor é «uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a destruição ou potencial destruição tecidual ou descrita nos termos de tal lesão» mas o que é que isso realmente representa e de que forma isso se traduz no doente individual?

A dor é o resultado de diversas variáveis que vão deste o tipo e extensão da lesão associada, a experiência individual na vivência da dor, questões educacionais, religiosas, sociais entre outras. Não existem duas dores iguais, quer em duas pessoas, quer na mesma pessoa em dois momentos distintos. A nossa dor é única, intransmissível e difícil de descrever.

Por isso é que a importância de avaliar e medir a dor se torna tão premente numa sociedade inundada com casos de dor aguda ou crónica.

Para que serve medir a dor? Fundamentalmente para:

- Definir a gravidade da situação
- Monitorizar a evolução do quadro
- Avaliar as intervenções terapêuticas
- Ganhar experiência clínica
- Comunicar resultados e comparar entre doentes

E isso permite tratar a dor como médicos e não apenas avaliar a dor mediante a nossa experiência individual da dor, com as suas incorrecções, viéses e avaliações subjectivas.

Na avaliação da dor poderemos de forma simplista dividir em escalas unidimensionais e multidimensionais. As primeiras são mais simples e de fácil utilização e permite em tempo real da consulta avaliar a intensidade da dor e a sua evolução em termos de seguimento. São exemplos destas escalas a escala visual analógica (EVA), *numerical ratings scale*, escala de faces, *verbal rating scale* entre outras.

As escalas multidimensionais permitem estabelecer um «problema» da lista que não inclui apenas a intensidade da dor, mas também inclui humor, comportamentos, pensamentos e crenças, efeitos fisiológicos e sua interação uns com os outros. Os dois principais domínios dessas escalas são, na quase totalidade, a gravidade (intensidade) e componente desagradável da dor (afectivo).

Existem diversas escalas com validação para a população portuguesa como:

- *Chronic Pain Coping Inventory* (CPCI), versão da pessoa significativa.

- Versão portuguesa do questionário *Pain Beliefs and Perceptions Inventory* (PBPI).
- *Pain Catastrophizing Scale* (PCS).
- *Douleur Neuropathique en 4 Questions* (DN4).
- *PAIN Detect*
- *Brief Pain Inventory* (BPI), período de referência última semana.
- *Brief Pain Inventory* (BPI), período de referência últimas 24 horas.
- *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory* (WHY-MPI).
- *Pain Disability*
- *Chronic Pain Coping Inventory* (CPCI), versão do doente.

Assim, para se entender a dor e o sofrimento dos doentes é fundamental avaliar a dor e com isso poder saber se as medidas e estratégias terapêuticas que introduzimos têm o efeito esperado. Seria impensável tratar a diabetes ou a hipertensão arterial sem avaliar sequencialmente os valores associados a essas doenças. Contudo, na dor crónica músculo-esquelética muitas das vezes não o fazemos com prejuízo evidente duma estratégia de controle da dor e com a diminuição da nossa qualidade enquanto médicos.

Remeto-vos para a insígnia da Sociedade Portuguesa de Reumatologia «*sedare dolorem opus divinum est*» que querará dizer algo como «*apaziguar a dor é uma obra divina*» e é esse trabalho divino que nos devemos todos pôr a fazer avaliando essa mesma obra.

#### A DOR CRÓNICA COMO DOENÇA – SÍNDROMAS DE HIPERSENSIBILIDADE CENTRAL

Filipe Palavra

Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar de Coimbra – E.P.E.

Definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor como «uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de uma tal lesão», a dor assume-se como um fenómeno biológico complexo, no qual múltiplas estruturas do Sistema Nervoso (Central e Periférico) desempenham um papel fulcral. Da activação dos nociceptores periféricos resultam potenciais de acção conduzidos a velocidades diferentes por fibras não mielinizadas (do tipo C) ou fracamente mielinizadas (do tipo A), até à medula espinhal. Aqui, esta informação é conduzida, no sistema cordonal ân-

tero-lateral, até ao tálamo e, posteriormente, até ao córtex somato-sensorial, responsável pelo processamento desta informação. Contudo, à simplicidade desta via de condução nervosa, devem também somar-se algumas propriedades neurofisiológicas intrínsecas a algumas das estruturas envolvidas na nocicepção. Em 1966, Mendell demonstrou que as fibras do tipo C têm a capacidade de gerar potenciais de acção de forma espontânea, se forem sensibilizadas com a aplicação repetida de estímulos dolorosos. Este influxo nociceptivo exuberante excita também, a nível medular, alguns neurónios com capacidade para responder, simultaneamente, a diferentes modalidades de estímulos, contribuindo para modificar a estrutura sináptica local e amplificando muito significativamente o estímulo inicial. Daqui resulta um verdadeiro “bombardeamento” do Sistema Nervoso Central com informação dolorosa e um sério contributo para a excitotoxicidade exercida sobre algumas áreas corticais envolvidas no processamento desta informação que, no limite, contribui para a morte neuronal local. Para além desta via ascendente, o organismo encontra-se dotado de vias descendentes de controlo da dor, as quais sofrem também influência da actividade de determinadas áreas corticais (particularmente relacionadas com o processamento das emoções) e entram em disfunção quando submetidas a uma hiperestimulação prolongada. Estes são os mecanismos neurais subjacentes à cronificação da dor e à sua individualização como verdadeira doença, unificando múltiplas entidades de expressão diversa, mas sempre com o mesmo denominador: a dor crónica.

#### OSTEOPOROSE (Amgen-GSK)

DIA 14 DE OUTUBRO, 2011

##### COMPREENDER PARA AGIR: COMO FUNCIONA O OSSO?

Helena Canhão

Unidade de Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina de Lisboa. Hospital de Santa Maria, Lisboa

O osso é um tecido complexo constituído por uma matriz proteica, onde predomina o colagénio tipo I e um componente mineral, constituído por cristais de hidroxiapatite.

O desempenho adequado das funções do siste-

ma esquelético, que consistem sobretudo no papel estrutural de suporte, dependem da adaptação deste às exigências funcionais e isso só é possível porque o osso não é um material inerte e tem uma capacidade enorme de reparação sem sequelas e de mobilização de depósitos minerais.

O osso constitui o depósito de cálcio mais importante do organismo e em conjunto com o intestino, rim, paratiroides e fígado permite a manutenção de níveis de calcémia compatíveis com a vida.

Os osteoclastos, responsáveis pela reabsorção óssea, são células multinucleadas, altamente especializadas que aderem ao osso, libertam  $H^+$ , conseguindo criar condições para a dissolução dos cristais minerais. Posteriormente a libertação de enzimas como a catépsina, degradam a matriz proteica. Os osteoblastos, células que produzem e mineralizam a matriz, têm origem em fibroblastos. Nos últimos anos registaram-se avanços muito importantes no conhecimento da fisiologia e regulação das células implicadas na formação e reabsorção ósseas. Sabemos actualmente que a diferenciação e a função dos osteoclastos está dependente da presença e acção de osteoblastos enquanto, aparentemente, a formação do osso decorre sem dependência directa de osteoclastos. A identificação do sistema RANK-RANKL-OPG foi crucial para compreender as interrelações entre osteoblastos e osteoclastos, identificar novos alvos terapêuticos potenciais, compreender melhor a fisiopatologia da osteoporose e estabelecer a ponte com fenómenos que ocorrem em patologias inflamatórias, como sejam as erosões ósseas da artrite reumatoide. Sabemos que os osteoblastos (e outros tipos celulares) produzem RANKL e que a ligação deste a receptores membranares RANK dos osteoclastos e dos seus precursores, desencadeia e estimula a osteoclastogénese. A osteoprotegerina (OPG), é um receptor solúvel que, ao ligar-se ao RANKL, impede a interacção deste com o RANK, actuando como inibidor deste processo.

Além dos factores moleculares locais, hormonas como a paratormona e a vitamina D, desempenham um papel fundamental na regulação da reabsorção óssea e na manutenção de níveis de calcémia compatíveis com a vida.

A biologia do osso que constitui um sistema singular, uma vez que é o único órgão que de forma fisiológica possui células (os osteoclastos) que estão permanentemente a destruí-lo, permite a renovação constante e a reparação de lesões. Estas

características únicas dotam ainda o osso, de propriedades mecânicas, que lhe conferem resistência suficiente para sofrer cargas, mas elasticidade suficiente para absorver forças.

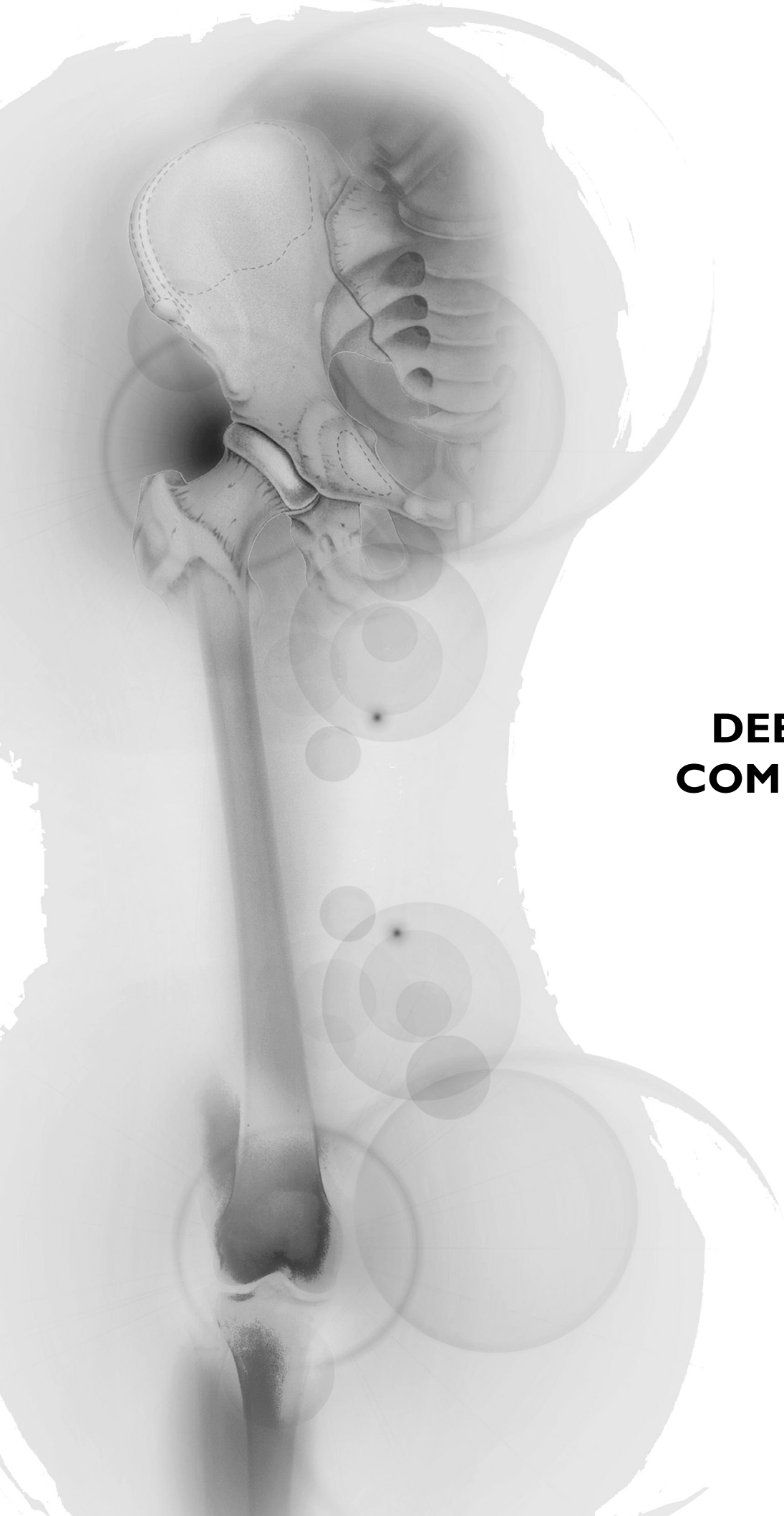
Quando ocorre falência neste sistema e a taxa de reabsorção é superior à formação, temos como resultado a Osteoporose. As fracturas osteoporóticas são as complicações associadas a ossos frágeis e acarretam aumento da morbilidade e da mortalidade. Com o aumento da esperança de vida, a prevalência da osteoporose e das fracturas osteoporóticas tem vindo a aumentar, constituindo um problema importante de saúde pública. A compreensão dos mecanismos e do funcionamento da biologia do osso fornecem dados fundamentais para a fisiopatologia e são essenciais para optimizar intervenções terapêuticas.

#### ESTADO DA EPIDEMIA: DIMENSÃO DO PROBLEMA

Viviana Tavares

#### TERAPÊUTICA: A EVIDÊNCIA NA PRÁTICA

J. A. Melo Gomes



## **DEBATES COM CASOS**

## DEBATES COM CASOS

DIA 13 DE OUTUBRO, 2011

MODERADORES: Isaque Pereira e Jorge Silva

**TRATAMENTO DA DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICA**

Maria João Salvador

O conceito de dor actual compreende uma experiência sensorial e emotiva associada ou não a uma lesão tecidual. Assim sendo, no diagnóstico e tratamento da dor devemos ter em conta o modelo biopsicossocial, que tem em conta os aspectos biológicos da dor, mas também os aspectos psicológicos, sociais e culturais.

Na avaliação da dor é importante, como em tudo em medicina, uma anamnese e exame físico cuidados, acerca da localização, extensão, forma de início, duração, padrão, etc. da dor.

O tratamento da dor deve ser individualizado e podemos recorrer a uma combinação de medidas farmacológicas e não farmacológicas: apoio psicológico e educação, repouso, imobilização, exercícios, actividades de vida diária e terapia ocupacional, melhorar a qualidade do sono, corrigir a obesidade, Medicina Física e Reabilitação, tratamento farmacológico, cirurgia, etc.

Nesta apresentação debatemos mais especificamente o tratamento com analgésicos e AINEs, por serem amplamente usados.

O controlo eficaz da dor é um direito do doente. Sabemos também que a dor não controlada pode induzir estados de excitabilidade anormal do SNC, com evolução para a cronicidade da dor, incapacidade e depressão.

Assim sendo é nosso dever tratar a causa de dor mas também tratar a dor em si, devolvendo ao doente o seu bem estar físico, psíquico e social.

**Caso 1**

Tânia Santiago\*, Jorge Silva\*

\*Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

A dor é definida como experiência emocional desagradável relacionada com um dano tecidual real

ou potencial. Descrevemos o caso de uma mulher de 69 anos, com queixas de lombalgia inflamatória, sem envolvimento sistémico. A radiografia e TAC da coluna da coluna lombar revelaram fracturas vertebrais osteoporóticas. Neste trabalho abordamos o tratamento analgésico específico na dor nociceptiva.

Doente de 69 anos, sexo feminino, internada no Serviço de Reumatologia para esclarecimento de lombalgia aguda, contínua e incapacitante com 4 semanas de evolução. Negava esforço ou traumatismo. Negava sintomas constitucionais. Dos factores de risco de osteoporose salientavam-se menopausa precoce, índice de massa corporal de  $19\text{Kg/m}^2$  e baixo aporte de cálcio na dieta. Do exame objectivo salientava-se cifose dorsal acentuada com dor e limitação de todos os movimentos da coluna lombar. Na escala visual analógica a doente apresentava um nível de dor 8/10. O estudo analítico foi direccionado para a identificação de causas frequentes de osteoporose secundária, ou de outras causas de fractura, tendo sido negativo. A radiografia da coluna lombar mostrava osteopenia e várias deformações vertebrais bicôncavas envolvendo D12, L1, L2, L4 e L5. A densitometria óssea mostrava um *score T* (coluna lombar) de -2,3, e um *score T* (colo do fémur) de -2,6.

Estabelecido o diagnóstico de fractura vertebral osteoporótica, o objectivo foi o controlo e alívio da dor aguda, o tratamento da osteoporose, a melhoria da funcionalidade física, e social. A terapêutica farmacológica instituída foi uma combinação de analgésicos não opióides (paracetamol 3gr/dia) e opióide fraco (tramadol 100mg/dia), metoclopramida (em caso de náuseas ou vómitos) e calcitonina 400U/dia. Como terapêutica não farmacológica foi aconselhado repouso por alguns dias, uso de lombostato, exercícios com fortalecimento muscular, treino e de postura. Foram ainda fornecidas à doente orientações sobre como minimizar o risco de quedas e outros traumatismos mínimos, e a importância de mudanças no estilo de vida.

Este caso clínico ilustra a importância de uma abordagem multidisciplinar no controlo terapêutico da dor, dirigida pela natureza da dor, com elu-

cidaç o das possíveis causas e dos seus efeitos na vida do doente.

### Referências

1. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Seattle: IASP Press, 1994.
2. Ofluoglu D, Akyuz G, Unay O, Kayhan O. The effect of calcitonin on beta-endorphin levels in postmenopausal osteoporotic patients with back pain. Clin Rheumatol 2007; 26: 44-49.
3. Singh S, Sun H, Anis AH. Cost-effectiveness of hip protectors in the prevention of osteoporosis related hip fractures in elderly nursing home residents. J Rheumatol 2004; 31: 1607-1613.
4. Body JJ, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of postmenopausal osteoporosis: a consensus document by the Belgian Bone Club. Osteoporos Int. 2010 Oct;21(10):1657-80. Epub 2010 May 18.
5. Mazanec DJ, Podichetty VK, Mompoin A, Potnis A. Vertebral compression fractures: manage aggressively to prevent sequelae. Cleve Clin J Med. 2003 Feb;70(2):147-56.
6. Malmros B, Mortensen L, Jensen MB, Charles P. Positive effects of physiotherapy on chronic pain and performance in osteoporosis. Osteoporos Int. 1998;8(3):215-21.

### Caso 2

Mariana Galante Santiago

Para ilustrar a abordagem terapêutica da dor neurológica, apresentou-se o caso t pico de uma lombalgia aguda com irradiação ciática à direita, sem sinais de alarme, num homem de 42 anos.

Foram discutidas as propostas terapêuticas nas dimensões farmacológica, não farmacológica e educação do doente. Como abordagem farmacológica inicial, sugeriu-se terapêutica com AINE e relaxante muscular, que foi considerada mais eficaz em associação do que em monoterapia na revisão bibliográfica efectuada. Como medidas não farmacológicas recomenda-se modificação da actividade física mas não repouso absoluto, com retorno progressivo   actividade normal. Foi dada grande importância a medidas de educacionais do doente: explicação da história natural da doença, habitualmente com grandes expectativas de recuperação, mas onde o alívio completo das queixas álgicas pode levar algumas semanas e onde se verifica com frequência a recorrência das queixas.

### Painel

Carolina Nóbrega, Dolores Nour, Joana Ferreira



## **PRÓS E CONTRAS**

## PRÓS E CONTRAS

DIA 13 DE OUTUBRO, 2011

MODERADORES: Maria João Vidal e Luís Sousa Inês

**VALE A PENA IR A TERMAS?**

Dolores Nour

Serviço de Reumatologia dos HUC

A utilização do tratamento termal remonta à antiguidade e fazia parte do arsenal terapêutico de Esculápio, Hipócrates, Galeno, Celsus e Arquimedes. Teria a crenoterapia perdurado mais de 2.000 anos se não fosse eficaz? Podíamos ser tentados a responder de forma afirmativa, entretanto, uma longa história não pode ser tomada como prova de eficácia científica.

No Século XXI, na Era da Medicina Baseada na Evidência, é necessário em primeiro lugar, esclarecermos se existe ou não evidência científica do efeito e eficácia do tratamento termal nas doenças reumáticas.

O Mecanismo de ação não está completamente explicado e resultaria de e uma combinação de fatores, que resultariam no alívio da dor em doenças reumáticas, inflamatórias e não inflamatórias.

Principais efeitos:

- Efeito Mecânico
- Efeito Térmico
- Efeito Químico
- Benefício da estadia no ambiente das termas?

**Efeito Mecânico**

Vários estudos confirmam que a flutuação e o aumento da pressão hidrostática durante a imersão em águas termais promovem alterações na fisiologia normal do corpo, promovendo um aumento da diurese, da natriurese e do débito cardíaco. Isto resultaria em diminuição do tônus muscular e da tumefação articular e consequente alívio da dor e melhora da mobilização articular. (O'Hare et al, 1985)

**Efeito Térmico**

O Stress térmico provoca alterações neuro-endócrinas que já estão bem determinadas:

- Estimula a liberação de ACTH, Cortisol, Prolac-

tina e Hormona do Crescimento e de beta-endorfinas que tem efeito analgésico e anti-espástico Kuczera et al, 1996

- Estimula Produção de peptídeos opióides na pele precursores de várias endorfinas que alteram o limiar de dor e tem efeito imunomodulador
- Ação no Sistema Imune —>efeito anti-inflamatório
- Diminuição PGE2 e Leucotrienos B4, Osteoartrite e Fibromialgia,
- Diminuição TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-1 $\beta$ , Espondilite Anquilosante (águas sulfúricas) (Bellometti et al, 2009)

A temperatura elevada tem ainda um efeito **condro-protetor**, que foi verificado em alguns estudos:

- Níveis séricos reduzidos de MMPs (metaloproteinases), em doentes com Osteoartrite submetidos a banhos de lama. (Bellometti et al.)
- Production of matrix metalloproteinases and their inhibitors in osteoarthritic patients undergoing mud bath therapy". *Int J Clin Pharm Res* 25:77-94 (2005)

**Efeito Químico**

Podem os minerais ser absorvidos através da pele? Alguns trabalhos demonstram que sim:

Shani et al reportaram o aumento da concentração sérica de Bromina, Rubidium, Cálcio, e Zinco em doentes com Artrite Psoriática submetidos a banhos em águas do Mar Morto (*Skin penetration of minerals in psoriatics and guinea-pigs bathing in hypertonic salt solutions*". *Pharmacol Res Commun* 17:501-512, Shani et al 1985).

Outros autores demonstraram que os minerais presentes em extratos de lama aquosa atravessam a pele e afetam a contratilidade espontânea do tecido muscular liso. «Evaluation of the permeation of peat substances through human skin in vitro» *Int J Pharm* 253:169-17, Beer et al-2003).

**Efeito do ambiente das termas**

É evidente que, a «atmosfera» do ambiente termal, acrescenta efeito psicológico benéfico que está bem identificado: afastamento do stress doméstico

ou laboral, efeito placebo reconhecido, estímulo à auto-suficiência, melhora do estado mental e da qualidade de vida (menos ansiedade e depressão). Em geral este efeito prolonga-se para além da estadia (até 3 meses)

### Conclusão

Apesar de algumas questões não completamente esclarecidas, os dados apresentados são estimulantes e nos permitem concluir que há efeito positivo da crenoterapia em várias doenças reumáticas, como demonstraram estudos controlados em doentes com Artrite Reumatóide, Osteartrose, Espondilite Anquilosante, Fibromialgia, Lombalgia comum. Nestas situações, o mecanismo de ação seria anti-inflamatório, imunomodulador, condroprotector, analgésico e relaxante muscular.

A relação custo-eficácia é favorável, como demonstram estudos feitos em doentes com EA (*Estudo Holanda-1998 e Austria 2002*).

Recentemente, *Britschka et al* confirmaram a ação anti-inflamatória e condroprotetora da lama termal em ratos com artrite induzida. (*The effect of Brazilian black mud treatment in chronic experimental arthritis. Britschka et al, 2007. Rheumatol Int 28:39-45*)

### Referências

1. Observation on the effects of the immersion in bath spa water. Br. Med J 291:1747-1751, O'Hare et al (1985)
2. The Influence of SPA Therapy on endocrine system. Stress reaction hormones. Kuczera et al. Pol Arch Med Wewn 95:11-20(1996)
3. The effect of mild whole-body hyperthermia on systemic levels of TNF- $\alpha$ , IL-1 beta and IL-6 in patients with ankylosing spondylitis. Bellometti et al. Clin Rheumatol 28:397-402(2009)

### A VITAMINA B12 NA DOR NEUROPÁTICA

Jorge Silva

Serviço de Reumatologia dos HUC

A dor neuropática é devida a uma lesão orgânica do nervo periférico que leva a alterações secundárias no corno posterior da medula. Esta dor pode ser mantida por alterações simpáticas e pode-se dividir em **dor disestésica** e **dor do tronco nervoso**.

A **dor disestésica** é característica das causalgias e das polineuropatias, não envolve nociceptores, o que pode explicar a sua forma peculiar de apresentação, além da frequente ineficácia dos medicamentos.

A **dor do tronco nervoso** é exemplificada pelos casos de compressão radicular, frequentemente é uma dor contínua, que se agrava com os movimentos e melhora com o repouso.

Combe, em 1848, descreveu os primeiros casos de anemia perniciosa dependentes de uma substância gástrica; Castle, em 1929 observou a presença do factor extrínseco para esta anemia; em 1948, Rckes Folkers nos EUA e Smith e Parkers na Inglaterra, trabalhando separadamente, isolaram a Vitamina B12 e em 1973 Woodward realizou a síntese total da vitamina B12.

Esta vitamina pode ser encontrada em vários alimentos, tais como: fígado, ostras, carne de vaca, leite, ovos e seus derivados, peixe, cereais, manteiga. A dose recomendada é de 0,3 a 5 mg/dia nas crianças e de 2mg/dia nos adultos. A sua carência em populações de idosos, resultante de absorção inadequada, estima-se que seja de 1,5 a 15% (estudo finlandês-2010).

As manifestações clínicas da deficiência em vitamina B12 são: cansaço, astenia, anorexia, glossite, perda de peso e má absorção; em casos mais graves pode levar a anemia, leucopenia, trombocitopenia e complicações neurológicas (Parestesias das mãos e pés, podendo progredir para neuropatias periféricas, demências e psicoses).

A vitamina B1, B6 e B12 podem ser recomendadas nas nevrites periféricas e nevralgias, em associação com dexametasona para o tratamento da dor neuropática.

A revista brasileira de anestesiologia (2008) descreve o uso da vitamina B12 e dexametasona num doente de 24 anos com dor neuropática grave, depois de um traumatismo com agulha epidural, apresentando resultados muito bons. A utilização desta vitamina nos síndromes de dor miofascial e parestesias de origens diversas, são apresentados resultados satisfatórios, o mesmo acontecendo nas experiências com ratos.

Apresentamos um estudo randomizado e duplamente cego em 80 doentes com nevralgias decorrentes de compressão neural. Todos os doentes completaram o estudo; os doentes medicadas com derivados de Vitamina B12 apresentaram uma redução da dor na EVA, melhoria da funcionalidade e na observação do médico.

Poderemos concluir que embora as vitaminas do grupo B sejam frequentemente utilizadas no tratamento das neuropatias das mais diferentes causas, há pequena evidência para justificar o seu uso tão generalizado. Este deve ficar reservado às

situações onde há deficiência nutricional e vitamínica.

### Referências

- A utilização da vitamina B12 e dexametasona num doente com traumatismo provocado com agulha epidural (caso clínico). Gilson Cassem Ramos, TSAI; Eduardo Custódio de O. Gomes II Rev. Bras. Anestesiologia. vol.58 no.4 Campinas July/Aug. 2008
- Does Vitamin B12 Promote Weight Loss? Gayle Nicholas Scott, PharmD 2010 <http://www.medscape.com>
- Thiamine and cyanocobalamin relieve neuropathic pain in rats: synergy with dexamethasone. Caram-Salas, Reyes Garcia and col Pharmacology. 2006;77(2):53-62. Epub 2006 Apr 11.
- Utilização da Vitamina B12 e ácido fólico nos síndromes miofasciais. Okumus M, Ceceli E, Tuncay F, Kocaoglu S, Palulu N, Yorgancıoglu ZR. J Back Musculoskeletal Rehabil. 2010;23(4):187-91
- Terapêutica com Vit B12 e seus derivados em nevralgias compressivas. Henrique Goldberg and col. Revista brasileira de Medicina (380.385) Nov 2009
- Abordagem Terapêutica da Dor Neuropática. Oliveira, A.S.B. & GABBAI, A.A. Rev. Neurociências 6(2): 87-95, 199
- Wikipédia enciclopédia 2011

### PRÓS E CONTRAS – VITAMINA B12 NA DOR NEUROGÉNICA. QUAL É A EFICÁCIA?

Margarida Cruz

As vitaminas B1 (tiamina), B6 (piridoxina) e B12 (cobalamina) têm propriedades neurotrópicas, sobretudo a tiamina. A deficiência em vitaminas B6 e B12 pode levar à diminuição da mielinização nervosa periférica, o que atrasa a velocidade de condução, com tradução nas fibras A das vias nociceptivas. Os suplementos destas vitaminas são eficazes na dor neurogénica causada pela deficiência de vitamina B. No entanto, relativamente à dor neurogénica com outras etiologias, a sua eficácia não é tão óbvia. Nos casos em que existe mal-absorção, como na diabetes mellitus, alcoolismo ou insuficiência renal, esta suplementação justifica-se e é eficaz.

Um estudo realizado nos EUA em 2009 com ratos com neuropatia diabética, com alodinia e hiperalgesia, demonstrou que o tratamento diário com doses elevadas de vitaminas B1, B6 e B12 teve um efeito dose-dependente, cumulativo e sinérgico, com melhoria evidente da alodinia e da hiperalgesia. Vários outros estudos em modelos animais de dor neuropática demonstraram eficácia deste conjunto de vitaminas na melhoria do quadro.

Os estudos realizados em humanos têm resulta-

dos contraditórios e de certa forma inconclusivos, sendo que alguns demonstraram melhoria da dor neuropática associada à diabetes, nomeadamente em comparação com a nortriptilina, e da lombalgia crónica, em associação com o diclofenac.

Parece importante salientar que as doses usadas nos estudos realizados em modelos animais foram muito superiores às habitualmente usadas como suplementação oral na dor crónica ou neuropática, que a maior duração do tratamento se associou a melhores resultados e que a associação das três vitaminas pareceu ser mais eficaz do que a administração de cada uma em separado.

### REPOUSO NA LOMBALGIA AGUDA: SIM OU NÃO?

Maria Manuela Costa

Assistente Hospitalar Graduada

Serviço Reumatologia, CHLN/HSM, Lisboa

A lombalgia é um importante problema de saúde pública, com graves repercussões sócio-económicas, sendo apontada como a 2ª causa de absentismo.

Cerca de 80-85% da população adulta tem pelo menos um episódio ao longo da sua vida. A maioria tem recuperação total em poucas semanas. As recorrências são frequentes. A prevalência da lombalgia crónica duplicou na última década, de 3,9% para 10,2%<sup>1</sup>.

A abordagem terapêutica da lombalgia aguda inespecífica tem como objectivo o controlo imediato da dor e da função para um regresso precoce às actividades da vida diária incluindo o regresso ao trabalho. O uso de analgésicos está indicado associado a outros tipos de intervenção que têm de ser adaptados ao doente.

O repouso relativo, ou seja, restrição de algumas actividades pode estar indicado. Esta atitude tem implicações nomeadamente um conhecimento de todo o ambiente psicossocial, incluindo o trabalho, do doente.

O repouso no leito era um constituinte do tratamento da lombalgia até à 20 anos quando M Antti e col. demonstraram que a manutenção das actividades de vida diária dentro dos limites permitidos pela dor acompanhava-se de uma recuperação mais rápida<sup>2</sup>.

As diferentes *guidelines* publicadas enfatizam a contra-indicação ao repouso no leito e a importância do doente manter-se activo<sup>3</sup>. No entanto, um estudo prospectivo publicado em 2008 os autores descrevem que 33% dos doentes ainda optam

pelo repouso no leito e que este comportamento se correlaciona com a presença de catastrofização, o medo ao dano e uma evolução para incapacidade crónica<sup>4</sup>. Deste modo, os autores preconizam a avaliação precoce dos factores psicossociais (alertas amarelos)<sup>4</sup>.

Por outro lado, o exercício não demonstrou eficácia na lombalgia aguda, como demonstrado nos estudos publicados<sup>5</sup>.

As crenças e expectativas do doente e do próprio médico influenciam a evolução clínica<sup>6</sup>. Uma atitude positiva acompanha-se de uma recuperação e regresso ao trabalho precoce.

Em conclusão, o doente deve ser tranquilizado quanto ao bom prognóstico e aconselhado a manter-se activo. Isto pode implicar restrição de algumas actividades durante um curto período de tempo. O repouso no leito deve ser desencorajado. O exercício não está recomendado.

O doente deve sair da consulta confiante no tratamento e recuperação, da importância do seu papel activo no tratamento e com uma estratégia bem definida para o controlo da recorrência.

## Referências

1. The rising prevalence of chronic low back pain. Freburg J, Holmes G, Agans R, et al. Arch Intern Med 2009; 169: 251-8.
2. The treatment of acute low back pain – bed rest, exercises, or ordinary activity?. Antti M., Häkkinen U., Aro T., et al. N Engl J Med 1995; 332: 351-5.
3. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. Koes B.W., Tulder Mv., Lin C., et al., Eur Spine J 2010; 19 : 2075-94.
4. A new episode of low back pain: who relies on bed rest?. Verbunt JA, Sieben J, Vlaeyen JW, et al. Eur J Pain 2008; 12(4) : 508-16.
5. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. Middelkoop Mv., Rubinstein SM, Verhagen AP, et al. Best Pract Res Clin Rheumatol 2010; 24: 193-204.
6. How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain?. Main CJ, Foster N, Buchbinder R. Best Pract Res Clin Rheumatol 2010; 24: 205-17.

## DIETA NA GOTA: QUAL A EVIDÊNCIA?

Cátia Duarte

A dieta é constantemente referida como uma das medidas terapêuticas a aplicar no tratamento da gota, sendo os doentes aconselhados a reduzir e/ou eliminar variadíssimos alimentos. Mas qual

a evidência que sustenta tais indicações?

Estudos prospectivos evidenciaram que consumo de carne está associado a um risco relativo de gota de 1.41 (95% IC: 1.07 to 1.86; p for trend=0.02). O risco associado à ingestão de marisco foi de 1.51 (95 %IC: 1.17 to 1.95; p for trend=0.02). Este mesmo estudo evidenciou que incidência de gota diminui com o aumento da ingestão de produtos lácteos (RR: 0.56 (95%IC: 0.42 to 0.74; p for trend <0.001) e não está relacionado com o nível de consumo de vegetais ricos em purinas e o total de proteínas ingerido.

As bebidas açucaradas, ricas em frutose, associam-se a um risco aumentado de gota, aumentando o risco com o maior consumo diário ( $\geq 2$ /dia bebida: RR= 1.85 (1.08 to 3.16; P for trend 0.002)).

Perante um doente com gota, a restrição de bebidas alcoólicas é uma das medidas mais frequentemente aplicadas. Contudo um estudo prospectivo evidenciou que a apenas a cerveja (RRadjusted: 1,49 (1,32-1,70) e os licores (RRadjusted:1,15 (1.04-1,28)) estão associados a um aumento do risco de gota, sendo esse aumento de risco proporcional à quantidade consumida. O consumo de vinho, porém, não esteve associado a um aumento do risco de gota, nem a um aumento dos níveis de uricémia.

O café e a suplementação de Vitamina C associaram-se a uma redução do risco de incidência de gota. Nos doentes hiperuricémicos, a suplementação de Vitamina C conduziu a uma redução média de uricémia de 1,5mg/dl (p=0,008).

Da revisão feita e entendendo a gota como uma entidade frequentemente associada a outras patologias do síndrome plurimetabólico, uma alteração dos estilos de vida poderá ser mais benéfica que uma dieta restritiva em purinas e difícil de cumprir. Assim, recomenda-se ao doente com gota: reduzir a ingestão de carne vermelha; reduzir ingestão de mariscos; ingestão diária de leite e produtos lácteos magros; consumir proteínas vegetais; legumes e frutos secos; reduzir a ingestão de bebidas açucaradas; não ingerir bebidas alcoólicas; ingestão moderada de café; considerar suplementos de Vitamina C; praticar exercício físico e emagrecer.

An anatomical illustration of a human skull and spine, rendered in a light gray, semi-transparent style. The skull is shown in profile, with the jaw open, revealing the teeth and tongue. The spine is visible below the skull, showing the vertebrae. A large, dark, elongated bone structure, possibly a rib or a vertebra, is positioned vertically along the spine. The background is white with faint, overlapping circular patterns.

## **CASOS CLÍNICOS**

## CASOS CLÍNICOS

DIA 13 DE OUTUBRO, 2011

**CASOS CLINICOS (A): DORES LOCO-REGIONAIS**

CÁTIA DUARTE, LUÍS INÊS E ORIENTADORES DE FORMAÇÃO EM MGF

**DOR NO JOELHO: CASO CLÍNICO**

Alexandra Ramalho, Odete Oliveira

**Enquadramento:** A patologia loco-regional do joelho é muito frequente na consulta de Medicina Geral e Familiar. A anamnese e o exame físico são determinantes na elucidação diagnóstica destas patologias e o médico de família tem um papel fundamental na sua orientação clínica.

**Descrição do caso:** Mulher de 59 anos, caucasiana, integrada em família nuclear na fase VI de Duvall, que recorre ao médico assistente por gonalgia à direita, na face medial do joelho, de intensidade moderada, início insidioso, 2 dias de evolução, ritmo misto, sem rigidez matinal. Refere agravamento com a marcha e no período nocturno, especialmente se em decúbito lateral com contacto entre os joelhos e a subir escadas. Nega sintomas neurológicos. Sem traumatismo recente. Antecedentes de hipertensão arterial essencial controlada, dislipidémia mista e excesso de peso. Sem antecedentes familiares de relevo.

**Ao exame objectivo:** a avaliação da articulação coxo-femoral não despertou dor; os joelhos são simétricos, sem sinais inflamatórios, mobilização passiva dos joelhos sem dor, mas dor na flexão do joelho direito. A avaliação dos meniscos e ligamentos cruzados não apresenta alterações bilateralmente. Dor à digitopressão na região medial do joelho direito, cerca de 4 cm abaixo da interlinha articular e à palpação do trajecto músculotendinoso da região medial do joelho ao 1/3 inferior da parte postero-interna da coxa. Os pulsos pedioso e tibial posterior são palpáveis e simétricos. Ausência de alterações cutâneas dos membros inferiores. Ao exame neurológico a sensibilidade e força muscular dos membros inferiores estão conservadas e simétricas.

Incluem-se nos diagnósticos diferenciais de go-

nalgia unilateral situações graves como artrite séptica e ainda dor irradiada da anca ipsilateral ou condições neuropáticas. Clinicamente, o diagnóstico é síndrome da tendinite/bursite da pata de ganso, contudo outras situações devem ser consideradas como entorse do ligamento colateral medial ou ruptura do menisco medial se existisse traumatismo prévio. Outros diagnósticos diferenciais incluem: sub/luxação rotuliana, tendinite rotuliana, quisto de Baker e gonartrose.

**Discussão:** O diagnóstico de síndrome da bursite/tendinite da pata de ganso é clínico pelo que são dispensáveis exames auxiliares. A distinção entre bursite e tendinite anserina é clinicamente difícil devido à proximidade de tecidos, no entanto, não é significativa porque o tratamento é o mesmo para ambas as condições. O tratamento pode incluir repouso, crioterapia, anti-inflamatório, infiltração com corticóide e fisioterapia, com evolução muito variável, que oscila entre 10 dias e 36 meses.

**Palavras-chave:** Bursite Anserina; Tendinite da Pata de Ganso; Síndrome da Bursite/Tendinite Anserina; Pata de Ganso.

**DOR NO OMBRO**

Ana Margarida Antunes\*, Paula Braga da Cruz\*

\*USF Serra da Lousã

Homem de 38 anos, vendedor ambulante, com omalgia difusa, contínua, progressiva, à esquerda, com 5 semanas de evolução. Apresentava limitação funcional sem selectividade de movimentos. Antecedentes pessoais de Diabetes Mellitus tipo I e fratura da clavícula homolateral há cerca de 1 ano.

Ao exame objectivo foi percebida dor difusa à palpação da articulação gleno-umeral. Contactou-se limitação funcional, tanto na mobilidade activa quanto na mobilidade passiva, com igual grau de limitação assim como igual intensidade dolorosa, sem selectividade de movimentos. Apresentava comprometimento particularmente significativo na rotação externa.

Este caso ilustra a importância de uma boa

anamnese, o que permite que o diagnóstico de uma situação em que a clínica é, na maioria dos casos, muito elucidativa e suficiente para estabelecer o diagnóstico final, não seja adiado, acarretando possíveis sequelas. Com efeito, na suspeita de Capsulite Adesiva, os exames complementares de diagnóstico, nomeadamente radiografia articular, hemograma, vs e pcr devem ser solicitados apenas se houver suspeita de artrite séptica, fractura com envolvimento articular ou necrose asséptica do úmero.

A Capsulite Adesiva é pois uma situação cujo diagnóstico é clínico e em que o tratamento passa pela infiltração intra-articular de corticoide, sendo válida a referência imediata ao serviço de urgência. Simultaneamente, deve ser iniciado tratamento de reabilitação assim como a estimulação dos movimentos activos no domicílio. Para alívio da dor e facilitação da mobilização, deve ser promovida a instituição de analgesia, estando indicada a analgesia simples ou o uso de AINE.

Sendo a Capsulite Adesiva uma situação cuja recuperação total pode ser muito morosa e que, na ausência de tratamento, sequelas podem advir, é pois importante que o Médico de Família esteja alerta para esta situação e que não proteja o envio do utente para que lhe seja administrado o tratamento adequado o mais precocemente possível.

#### «DÓI-ME EM MUITOS SÍTIOS!»

Diana Jardim; Dr. Hernâni Caniço  
Centro de Saúde São Martinho do Bispo

**Introdução:** Cerca de 1/4 de todas as consultas realizadas em Medicina Geral e Familiar são por queixas músculo-esqueléticas e estas estarão presentes em 40% de todos os doentes que procuram o seu Médico de Família.

**Descrição do caso:** Utente do sexo feminino, 48 anos, raça caucasiana e assistente de caixa no supermercado. Anteriormente trabalhava na secção de charcutaria, mas devido às suas queixas músculo-esqueléticas foi mudada de sector. Inserida numa família nuclear, moderna e centrada nos filhos, na fase VI do Ciclo de Vida de Duvall e pertencente à classe média. Antecedentes de síndrome depressivo-ansioso com seguimento em consulta de Psiquiatria, hipotireoidismo, actualmente controlado e insónia com queixas de sono não reparador. Medicada com escitalopram e diazepam, e não apresenta hábitos tabágicos ou etílicos.

Irmão com 52 anos e já submetido a PTA bilateral. Pai apresenta osteoartrose. Trata-se de uma utente com múltiplas queixas álgicas loco-regionais com 11 anos de evolução (omalgia, cervicalgia, coxalgia). O estudo destas queixas revelou tendinite calcificante do supra-espinhoso, epicondilite, calcificações a nível do acetábulo e grande trocânter do fémur esquerdo, pequenas hérnias disciais cervicais sem compressão medular e uncartrose cervical. Antecedentes de artralhas de ritmo inflamatório a nível das IFD dos dedos de ambas as mãos. Nunca apresentou tumefacção das articulações nem aumento dos parâmetros inflamatórios e apresenta FR e ANAs negativos. Já foi a consulta de Doenças Auto-imunes e de Neurocirurgia no Centro Hospitalar de Coimbra, tendo tido alta de ambas. Em 2010 apresentou um HLAB27 positivo e foi, então, referenciada à Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Neste momento encontra-se a aguardar consulta.

**Discussão:** Os utentes que apresentam múltiplas queixas loco-regionais fazem parte da realidade da Medicina Geral e Familiar. São utentes que acabam por consumir grande número de consultas e que muitas vezes não encontram alívio sintomático com a medicação prescrita. Relativamente a esta utente, as hipóteses de diagnóstico que se colocavam eram patologia degenerativa no contexto da sua profissão, fibromialgia e espondiloartropatia seronegativa (EASN). No entanto, após a discussão no curso, ficou esclarecido que a utente não apresenta sintomatologia típica de EASN e que o HLAB27 serviu como factor confundidor e não deve ser solicitado nos Cuidados de Saúde Primários. A patologia degenerativa no contexto profissional será a mais provável, mas a fibromialgia mantém-se como uma hipótese muito possível.

## CASOS CLÍNICOS (B): DORES LOMBARES

MARIA JOÃO SALVADOR, ARMANDO MALCATA E  
ORIENTADORES DE FORMAÇÃO EM MGF

#### «DOEM-ME AS CRUZES» – PARTE I

Rita Abreu Fernandes e Laura Neto Parra  
USF Briosa

Doente do sexo feminino de 78 anos com quadro de lombalgia intensa e muito incapacitante com dois meses de evolução, de instalação súbita, com

ritmo inflamatório, sem história de queda ou traumatismo e sem atingimento sistémico. A dor aliviava de forma muito discreta com analgesia e anti-inflamatório não esteróide.

A doente apresentava antecedentes pessoais de histerectomia e anexectomia bilateral aos 37 anos, não tendo efectuado terapêutica hormonal de substituição. Tinha um estilo de vida saudável (não fumadora e praticava exercício físico). Ao exame objectivo apresentava uma mobilização lombar dolorosa em todos os movimentos e uma cifose dorsal acentuada. Os antecedentes familiares eram irrelevantes.

A doente apresentava um quadro de lombalgia com sinais de alarme. Realizou então uma radiografia lombar que revelou múltiplas fracturas com achatamento dos corpos vertebrais. Foi colocada como principal hipótese diagnóstica a fractura osteoporótica. A doente foi encaminhada ao Serviço de Urgência, tendo sido internada no Serviço de Reumatologia. Realizou uma Densitometria Óssea que revelou osteoporose. Os restantes exames não revelaram alterações de relevo. Foi feita optimização da terapêutica analgésica, iniciou tratamento anti-osteoporótico com ácido zoledrónico e foi avaliada pela Medicina Física e Reabilitação com indicação para utilização de dorsolombostato diariamente.

A osteoporose é uma patologia muito frequente e, idealmente, o seu diagnóstico é feito antes da ocorrência de fracturas. A suspeição da patologia baseia-se na valorização de factores de risco para a doença, nomeadamente, menopausa precoce/menarca tardia, idade superior a 65 anos, história familiar de fractura da anca, entre outros. O diagnóstico assenta nos valores do *score T* revelados pela osteodensitometria e pela ocorrência prévia de fracturas.

A fractura osteoporótica é uma situação comum em idosos que pode dar origem a quadros de dor aguda, intensa e incapacitante. A fractura vertebral, sintomática exige tratamento urgente, impondo muitas vezes internamento para optimização da terapêutica analgésica. A ocorrência de uma fractura osteoporótica sintomática indica um elevadíssimo risco de novas fracturas, impondo tratamento adequado da osteoporose.

## «DOEM-ME AS CRUZES» – PARTE II

Sandrina Lopes Monteiro\*, Ana Ernesto\*

\*UCSP Mealhada

**Palavras-chave:** Lombalgia; Lombalgia Inflamatória; Úlceras Orais; Úlceras Genitais; Automedicação; Espondilite Anquilosante; Behçet.

**Enquadramento:** A lombalgia é um dos principais motivos de consulta em Medicina Geral e Familiar. Perante uma lombalgia, impõe-se uma apreciação do ritmo de dor e outros aspetos associados que nos podem orientar para uma patologia subjacente ou mesmo perigosa.

**Descrição do caso:** Ana, 37 anos, residente na Mealhada e licenciada, pouco frequentadora dos Cuidados de Saúde Primários, dirige-se à nossa consulta pela primeira vez a 14/06/2010 queixando-se de dores lombares evoluindo de forma descontínua, com agravamento no último ano. Trata-se de uma lombo-sacralgia inflamatória crónica com 14 anos de evolução, associada a artralgia inflamatória periférica migratória nas mãos e tornozelos, com aftas orais recorrentes, cansaço, cefaleias e fotofobia, sem história de uveíte, entesopatia, alterações cutâneas ou gastrointestinais. Não há história familiar de psoríase ou outra doença reumática. Ao exame objetivo destaca-se palpação dolorosa cervical e lombar na linha média, com sacroilíte clínica e restante exame reumatológico, neurológico e geral normal. Esta doente é seguida em consulta de Reumatologia há 11 anos, tendo efectuado vários exames complementares de diagnóstico com marcadores inflamatórios, HLA-B27 e fator reumatoide negativos, estudo radiológico normal, alterações cintigráficas com aumento de fixação nas sacroilíacas bilateralmente. Realizou uma TAC cervico-dorso-lombo-sagrada com retificação da coluna lombar. Segundo a utente, estaria a ser seguida por provável espondilite anquilosante. Atualmente medicada com etoricoxib 90 mg à noite, que chegava a fazer 2 vezes por dia, com associação de ibuprofeno. Foi orientada no sentido de iniciar Fisioterapia, manter a consulta de Reumatologia e ajustamos a dose de etoricoxib para 120 mg/dia com associação de Paracetamol se necessário. Regressa a 14/2/2011 com a informação de ter tido uma úlcera vaginal durante as férias de Verão. Objetivou-se a presença de cicatriz na área da úlcera. Por suspeita de doença de Behçet, referenciou-se para a consulta de Reumatologia dos HUC, onde está a ser seguida.

**Discussão:** A causa de uma lombalgia inflamatória nem sempre é óbvia, como demonstra este caso, pode ter evolução de vários anos até aparecerem outros sinais orientadores da etiologia. Por

outro lado, atenção redobrada deve ser dada em doentes pouco frequentadores de consultas médicas e que se automedicam. Uma lombalgia inflamatória exige uma atenção especial com referência por parte dos Cuidados de Saúde Primários para a Reumatologia.

### «DOEM-ME AS CRUZES!!» – PARTE III

Carolina Nóbrega\*, Elsa Correia\*

\*UCSP Fernão Magalhães

Utente do sexo feminino de 45 anos de idade, doméstica, com antecedentes de Síndrome Depressiva arrastado. Recorre ao médico de família (MF) a 14 de Janeiro por Lombalgia em repouso, sobretudo nocturna, com alguns dias de evolução, acompanhada de parestesias dos membros inferiores (MI). Ao exame objectivo (EO) verificou-se dor dos MI com a mobilização e dor à compressão das apófises espinhosas de L4 e L5. Foi medicada com anti-inflamatório não esteróide (AINE), relaxante muscular e analgésico. A 16 de Maio recorre ao Serviço de Urgência (SU) do hospital de referência por Lombalgia com impotência funcional, tendo alta com diagnóstico de Lumbago e medicada com relaxante muscular e analgésico, e repouso. Volta ao SU hospitalar a 22 de Maio por Lombalgia intensa com impotência funcional acompanhada de febre com cinco dias de evolução. Ao EO encontrava-se febril e com dor à palpação das apófises espinhosas de L4 e L5, sem outras alterações. No SU realizou diversos exames complementares de diagnóstico (ECD). Analiticamente apresentava apenas aumento da PCR. A radiografia da coluna lombar (frente e perfil) revelou «opacidade dos corpos vertebrais de L4 e L5, com irregularidade das plataformas adjacentes ao espaço intervertebral, que se encontra praticamente destruído por provável invasão de processo infeccioso». Dado o quadro clínico apresentado a doente ficou internada no Serviço de Medicina com diagnóstico de Febre com provável foco osteoarticular. Durante o internamento realizou outros ECD, nomeadamente, serologias, hemoculturas, pesquisa do SACE e biópsia guiada por TC da lesão, que se revelaram negativos. A prova de intradermoreacção (IDR) apresentou-se com 12 mm às 72 horas e a TC e RMN lombar comprovaram as alterações verificadas na radiografia lombar, compatíveis com Espondilodiscite. Esteve internada de 22 de Maio a 28 de Junho, tendo alta com o diag-

nóstico de Espondilodiscite provável de etiologia infecciosa (tuberculosa).

A Lombalgia, queixa frequente em Cuidados de Saúde Primários (CSP), deve ser (bem) caracterizada com o objectivo de auxiliar a direccionar o diagnóstico, assim como a pesquisa de possíveis sinais de alarme acompanhantes. Verifica-se a necessidade do médico de família (MF) distinguir a Lombalgia dita comum, de uma atípica. A Espondilodiscite é rara, correspondendo a uma urgência reumatológica. Os agentes etiológicos mais implicados são a *Brucella mellitensis*, o *Mycobacterium tuberculosis* e o *Staphylococcus aureus*. O diagnóstico é suspeitado pela clínica e confirmado com ECD.

### CASOS CLÍNICOS (C): DORES POLIFOCAIS

DOLORES NOUR, JORGE SILVA E ORIENTADORES DE FORMAÇÃO EM MGF

#### EXAMES, PARA QUE VOS QUERO!?

Helder Farinha\*, Marli Loureiro\*, Jorge Silva\*\*, J.A. Pereira da Silva\*\*

\*ACES Cova da Beira, C.S. da Covilhã

\*\*Serviço de Reumatologia dos HUC

As queixas músculo-esqueléticas são o motivo de consulta mais frequente em Medicina Geral e Familiar. Na sua maioria, o diagnóstico é clínico. Os exames complementares de diagnóstico tem indicações bem definidas na literatura e são reservados para situações com sinais de alarme ou persistência/agravamento das queixas apesar de plano terapêutico instituído.

Apresenta-se o caso clínico de uma mulher, com 47 anos de idade, caucasóide, casada, empregada doméstica. Possui índice de massa corporal de 22 kg/m<sup>2</sup>. A menarca deu-se aos 12 anos, mantendo ciclos menstruais. Tem antecedentes de insuficiência venosa, osteopenia (documentada por 2 DEXA em 2006 e 2008), dedo em gatilho e espondilose. Está medicada com flavonóides e cálcio+vitamina D. Antecedentes familiares irrelevantes.

Surge na consulta em Abril de 2011 com história de dor localizada à anca esquerda com 19 meses de evolução. O quadro iniciou-se com dor durante a marcha, no quadrante supero-externo da região nadegueira esquerda, com irradiação para o pé, e limitação dos movimentos. Foram considerados os diagnósticos de coxartrose e cialgia,

tendo sido medicada com anti-inflamatórios. Durante o período de evolução da doença recorreu ao centro de saúde e ao serviço de urgência, sendo medicada com diversos anti-inflamatórios e analgésicos, sem melhoria aparente. Realizou estudos analíticos, 2 radiografias da anca (descritos como normais) e uma TAC coxo-femoral onde é referida uma “teno-miosite cálcica na inserção do músculo vasto-lateral”. Esta entidade não está descrita na literatura. Por este motivo e por haver falência da terapêutica foi solicitada consulta de reumatologia, que aguarda.

Na consulta de Abril de 2011 verificou-se que abandonou a maioria dos fármacos, apresenta-se melhorada, com clínica compatível com grande trocanterite.

**Conclusão:** Os exames complementares devem ser utilizados de forma criteriosa. Verificou-se pela análise dos antecedentes, que a utente em questão não possuía factores de risco para osteoporose, sendo injustificada a realização de DEXA e subsequente suplementação com cálcio e vitamina D. Houve abuso de exames auxiliares e subsequente sobre-medicação.

A referência, em exames complementares de diagnóstico, a determinadas entidades clínicas pode não auxiliar o diagnóstico. Neste caso, a menção a uma entidade clínica não descrita na literatura levantou dúvidas quanto à estratégia a adotar, sobretudo quando o exame objectivo apontou para uma patologia concreta. Na impossibilidade de executar determinadas técnicas terapêuticas, como infiltrações, nos cuidados de saúde primários, e no caso de dúvida no diagnóstico, o apoio de colegas hospitalares seria uma mais-valia.

#### SOCIO-PSICO-REUMATISMO

Liliane Carvalho\*, Joana Seabra\*\*, Carla Silva\*, Hermínia Simões\*\*

\*USF Condeixa

\*\*USF Mondego

Mulher A, 36 anos, classe média, inserida numa família nuclear mantendo relações conflituosas com o marido e o filho adolescente, apresentava quadro de artralguas de ritmo predominantemente mecânico com dois anos de evolução por surtos e remissões, acompanhado de sensação de tumefacção difusa e parestesias das mãos, assim como insónias e humor deprimido. Mulher B, 56 anos, classe média, inserida numa família nuclear de relações harmoniosas, apresentava queixas de aste-

nia fácil, mialgias generalizadas, contracturas musculares localizadas aos membros inferiores, humor deprimido e dificuldade em adormecer. Ao exame objectivo geral e reumatológico, foi de realçar a ausência de deformidades ou sinais inflamatórios articulares e a evidência de pontos fibromiálgicos.

Perante estas duas mulheres, foi impreterível definir um raciocínio clínico procurando as múltiplas causas etiológicas possíveis. Foram abordadas áreas distintas desde a Medicina Interna, Endocrinologia e Reumatologia. O estudo analítico sumário mostrou-se sem alterações permitindo equacionar a Fibromialgia em Síndrome Depressiva como diagnóstico mais provável.

Perante este desfecho é fundamental elucidar as doentes sobre o carácter da sua doença, melhorar a qualidade do seu sono, introduzir medicação antidepressiva, providenciar analgesia, estimular o exercício físico moderado e incentivar técnicas de relaxamento. É fundamental para estas doentes encontrar uma actividade que lhes dê prazer e lutar pelo alcançar da sua Felicidade.

Este caso vem realçar a relevância da integração do doente no seu contexto bio-psico-social assim como a importância da articulação de cuidados primários e secundários de forma a providenciar uma abordagem multidisciplinar e garantir a continuidade dos cuidados ao utente.

#### «SE SOUBESSE, TINHA VINDO CÁ MAIS CEDO!»

Carolina Ferreira

Centro de Saúde do Bom Jesus - Funchal

**Enquadramento:** A Espondilite Anquilosante (EA) é uma doença inflamatória crónica que afecta principalmente as articulações da coluna, que tendem a ser «soldadas» umas às outras, causando uma limitação da mobilidade. O resultado final é uma perda de flexibilidade da coluna vertebral, que se mantém rígida.

Tem uma prevalência na raça branca de 0,5-1%. O diagnóstico é clínico, imagiológico e laboratorial, associando-se em 85-95% dos casos ao HLA B27. O tratamento da EA baseia-se essencialmente nos exercícios de mobilização periódica de todas as articulações inflamadas e nos anti-inflamatórios não esteróides para alívio da dor.

Apresenta-se um caso clínico de Espondilite Anquilosante num contexto de dorso-lombalgias, diagnosticado pelo Médico de Família, num doen-

te previamente estudado em Consulta de Ortopedia.

**Descrição do caso:** Homem de 24 anos, raça caucasiana, solteiro, fumador, previamente saudável, sem antecedentes familiares relevantes que recorre à Consulta do seu Médico de Família em 09/06/2008 por dorso-lombalgias com irradiação para o membro inferior direito, com cinco meses de evolução. Tratava-se de uma dor de tipo inflamatório. O exame objectivo revelou-se alterado apenas no teste de Shober (3cm). Foi pedida a radiografia da coluna dorsal, da coluna lombar e da coluna sagrada e o doente foi medicado com Paracetamol 1gr.

As radiografias não revelaram alterações e passadas duas semanas o doente mantinha as queixas, referindo um agravamento da lombalgia, além de dor torácica com os movimentos respiratórios. Negava febre ou outros sintomas acompanhantes. Ao

exame objectivo apresentava um teste de Shober de 3cm, sem outras alterações e foi pedida uma TAC torácica, que não demonstrou alterações e análises gerais, que revelaram PCR: 25 e VS: 8, estando os restantes parâmetros dentro da normalidade. Como antecedentes pessoais, o doente tinha dois episódios de diarreia em 2006 e um episódio de dorsalgia em 2007, semelhante ao actual. Foi medicado com Diclofenac 75 mg e pediu-se a análise HLA B27, que veio positiva.

Foi referenciado à Consulta de Reumatologia, onde é seguido por Espondilite Anquilosante, estando medicado com Etanercept 50mg, id.

**Discussão:** Com este caso clínico, os autores pretendem salientar o contributo do Médico de Família na detecção de patologias de etiologia rara, a importância de uma história clínica completa e a necessidade da interface entre Cuidados de Saúde Primários e Secundários.



## **CURSO PRÁTICO**

## CURSO PRÁTICO

**VER, OUVIR E OBSERVAR**

DIA 14 DE OUTUBRO, 2011

**SALA A – DORES NO OMBRO**

Cátia Duarte, Mariana Santiago, Tânia Santiago

**SALA A – «DOEM-ME AS CRUZES»**

Jorge Silva, Tânia Santiago, Ricardo Ferreira

**SALA B – DORES DAS MÃOS**Margarida Coutinho, Andrea Marques,  
Ricardo Ferreira**SALA B – DORES DOS PÉS**Maria João Salvador, Andrea Marques,  
Carolina Ferreira**SALA C – «DÓI-ME TUDO»**José António P. Silva, Carolina Ferreira,  
Maria João Serra**SALA C – DORES NOS JOELHOS**

Sara Serra, Mariana Santiago, Maria João Serra

Este *workshop* interactivo dedica-se à apreciação clínica das síndromas de dor generalizada. Apresentado o conceito e definidos os seus limites e subtilezas, debater-se-á o seu diagnóstico diferencial, com apreciação detalhada das características clínicas e dos exames complementares relevantes. Os participantes serão instruídos pelos oradores na avaliação dos pontos dolorosos típicos da Fibromialgia, e participarão na apreciação crítica do alcance e dos limites deste procedimento.

A segunda parte será dedicada ao debate do conceito de fibromialgia e das perspectivas actuais da sua fisiopatologia e tratamento. Os oradores promoverão uma reflexão crítica sobre os preconceitos comuns na comunidade Médica sobre esta patologia, o seu desajuste perante a realidade e os riscos que deles derivam para o tratamento mais profissional e empático e eficiente destes doentes.