



# ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

XIII CONGRESSO PORTUGUÊS  
DE REUMATOLOGIA

Teatro Micaelense  
Centro Cultural e de Congressos  
Ponta Delgada  
26 a 29 de Abril de 2006

SUPLEMENTO  
Vol 31 • Nº1  
Janeiro/Março 2006

*Medfarma*  
edições

# ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

---

## CONSELHO EDITORIAL

---

### Editor Chefe (Chief Editor)

João Eurico Cabral da Fonseca

### Editores Associados (Associated Editors)

Carlos Ramalheira	José Carlos Romeu
Helena Canhão	Maria José Santos
Henrique Barros	Paulo Nicola
Joaquim Ferreira	Teresa Carvalho
José António Pereira da Silva	

---

## SECRETÁRIA EDITORIAL

---

Isabel Labisa

---

## CONSELHO EDITORIAL INTERNACIONAL

---

Alfonse Masi (E.U.A.)	Joseph Smolen (Áustria)
António Lopes Vaz (Portugal)	Juan Gomez-Reino (Espanha)
Auli Toivanen (Finlândia)	Marcos Bosi Ferraz (Brasil)
Dafna Gladman (Canada)	Maria Odete Hilário (Brasil)
David Isenberg (Reino Unido)	Mário Viana de Queiroz (Portugal)
Eliseo Pascual (Espanha)	Maurizio Cutolo (Itália)
Graciela Alarcon (E.U.A.)	Maxime Dougados (França)
Johannes Bijlsma (Holanda)	Michele Petri (E.U.A.)
Jaime C. Branco (Portugal)	Michele Revel (França)
Francisco Airton da Rocha (Brasil)	Rainer H. Straub (Alemanha)
Gabriel Herrero-Beaumont (Espanha)	Ralph Schumacher (E.U.A.)
Gerd Burmester (Alemanha)	Rashid Luqmani (Reino Unido)
Hasan Yazici (Turquia)	Patricia Woo (Reino Unido)
Ian Chikanza (Reino Unido)	Piet van Riel (Holanda)
JCW Edwards (Reino Unido)	Thore Kvien (Noruega)
J. Dequeker (Bélgica)	Yrjö Kontinen (Finlândia)
Joachim Kalden (Alemanha)	

Proibida a reprodução, mesmo parcial, de artigos e ilustrações, sem prévia autorização da Acta Reumatológica Portuguesa. Exceptua-se a citação ou transcrição de pequenos excertos desde que se faça menção da fonte.

### Administração e Edição

Medfarma - Edições Médicas, Lda  
Alameda António Sérgio 22, 4º B  
Edif. Amadeo de Souza-Cardoso  
1495-132 Algés

### Redacção

Sociedade Portuguesa de Reumatologia  
Rua D. Estefânia 177, 1º D  
1000-154 Lisboa

### Registo

Isenta de inscrição no I.C.S. nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 12.º do Decreto Regulamentar n.º 8/99, de 9 de Junho.

**Depósito Legal:** 86.955/95

**Tiragem:** 7.500 exemplares

**Preço:** 7,50 €

### Direcção Comercial e Serviços de Publicidade

Medfarma - Edições Médicas, Lda  
Tel: 214 121 142 – Fax: 214 121 146

### Impressão e Acabamento

Óptima Tipográfica, Lda.  
Casais da Serra • 266-305 Milharado

### Produção Gráfica

Rita Correia

### Periodicidade

Publicação Trimestral



---

DIRECÇÃO

---

<b>Presidente</b>	Dr. Domingos Araújo	<b>Tesoureiro</b>		Dr. <sup>a</sup> Maria José Santos
<b>Vice-Presidente</b>	Dr. José Carlos Romeu	<b>Vogal Região</b>	Sul	Dr. Fernando Pimentel
<b>Vice-Presidente</b>	Dr. <sup>a</sup> Helena Canhão		Centro	Dr. <sup>a</sup> Anabela Barcelos
<b>Sec. Geral</b>	Dr. <sup>a</sup> Manuela Costa		Norte	Dr. <sup>a</sup> Iva Brito
<b>Sec. Adjunto</b>	Prof. Dr. João Eurico Fonseca		Ilhas	Dr. Luís Maurício

---

MESA DA ASSEMBLEIA GERAL

---

<b>Presidente</b>	Prof. Dr. Jaime Branco
<b>Secretário</b>	Dr. Jorge Silva
<b>Vogal</b>	Prof. Dr. Carlos Vaz

---

CONSELHO FISCAL

---

<b>Presidente</b>	Dr. <sup>a</sup> Eugénia Simões
<b>Relator</b>	Dr. <sup>a</sup> Carmo Afonso
<b>Vogal</b>	Dr. <sup>a</sup> Paula Valente

---

PRESIDENTE ELEITO

---

Dr. Augusto Faustino

---

CONSELHO CIENTÍFICO

---

ANATOMIA PATOLÓGICA	Prof. <sup>a</sup> Odete Almeida	MEDICINA INTERNA	Dr. Álvaro Carvalho
BIOQUÍMICA	Prof. J. Martins Silva	MEDICINA TRABALHO	Prof. António Sousa Uva
CARDIOLOGIA	Prof. J. Martins Correia	NEFROLOGIA	Prof. José Barbas
DERMATOLOGIA	Prof. Guerra Rodrigo	NEUROCIRURGIA	Prof. António Trindade
ENDOCRINOLOGIA	Prof. A. Galvão Teles	NEUROLOGIA	Prof. <sup>a</sup> Teresa Paiva
FISIOPATOLOGIA	Prof. António Bentes	OFTALMOLOGIA	Prof. Castanheira Diniz
GASTROENTEROLOGIA	Prof. Guilherme Peixe	ORTOPEDIA	Prof. J. Salis Amaral
GINECOL/OBSTETRÍCIA	Prof. Martinez Oliveira	PATOLOGIA CLÍNICA	Prof. J. Germano Sousa
HEMATOLOGIA	Prof. António Parreira	PEDIATRIA	Dr. <sup>a</sup> Maria José Vieira
IMUNOLOGIA	Prof. António Coutinho	PNEUMOLOGIA	Prof. Carlos Robalo Cordeiro
INFECCIOLOGIA	Prof. <sup>a</sup> Emília Valadas	PSIQUIATRIA	Prof. Manuel Quartilho
MEDICINA FAMILIAR	Prof. Luís Rebelo	RADIOLOGIA	Dr. Tiago Saldanha
REABILITAÇÃO	Prof. J. Páscoa Pinheiro	REUMATOLOGIA	Prof. M. Viana de Queiroz

---

ORGANIZAÇÃO

---

SPR – Sociedade Portuguesa de Reumatologia

---

PRESIDENTE

---

Dr. Domingos Araújo

---

COMISSÃO DE HONRA

---

Presidente da República  
Primeiro Ministro  
Ministro da Saúde  
Director-Geral de Saúde  
Bastonário da Ordem dos Médicos  
Presidente do Colégio da Especialidade de Reumatologia  
Presidente da Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas  
Presidente da Década do Osso e da Articulação  
Presidente do Governo Regional dos Açores  
Presidente da Comissão Parlamentar de Saúde dos Açores  
Secretário-Regional dos Assuntos Sociais dos Açores  
Presidente da Câmara de Ponta Delgada  
Associação Portuguesa Médicos de Clínica Geral

---

COMISSÃO ORGANIZADORA

---

Dra. Anabela Barcelos	Prof. Doutor João Eurico Fonseca
Dr. Augusto Faustino	Dr. José Carlos Romeu
Dr. Domingos Araújo (Presidente da SPR)	Dr. Luís Maurício
Dr. Fernando Pimentel	Dra. Manuela Costa
Dra. Helena Canhão	Dra. Maria José Santos
Dra. Iva Brito	

---

COMISSÃO CIENTÍFICA

---

Dr. Alberto Quintal	Prof. Doutor Henrique de Barros
Dra. Ana Assunção Teixeira	Prof. Doutor Jaime C. Branco
Prof. Doutor António Albino Teixeira	Prof. Doutor João Eurico Fonseca
Prof. Doutor António Lopes Vaz	Prof. Doutor José António Silva
Dr. Armando Malcata	Dr. José Canas da Silva
Prof. Doutor Carlos Vaz	Dr. Luís Pisco
Dr. Domingos Araújo	Prof. Doutor Mário Viana Queiroz
Prof. Doutor Francisco Simões Ventura	Dr. Rui André Santos
Dr. Guilherme Figueiredo	

# XIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

## SUMÁRIO

### PROGRAMA

<b>Mensagem do Presidente</b>	<b>5</b>
<b>Programa Científico</b>	<b>17</b>

### LIÇÕES PLENÁRIAS

<b>Biologia das Stem Cells para Clínicos</b>	<b>26</b>
Prof. Doutora Leonor Parreira	
<b>Genética para Clínicos</b>	<b>26</b>
Prof. Doutor Fernando Regateiro	
<b>Células T Reguladoras e Indução de Tolerância Imunitária</b>	<b>26</b>
Prof. Doutor Luís Graça	
<b>A Burocracia Contra a Ciência</b>	<b>27</b>
Prof. Doutor Jaime C. Branco	

### MESAS-REDONDAS

<b>Espondilite Anquilosante: Optimização da Terapêutica e do Seguimento</b>	
• Espondilartropatias Juvenis	<b>30</b>
• Quando Tratar Precocemente a Espondilite Anquilosante com um Anti-TNF $\alpha$ ?	<b>31</b>
• <i>Guidelines</i> Terapêuticas: Propósitos e Limitações.	<b>31</b>
Patrocínio Bial	
<b>Interface Reumatologia / Clínica Geral</b>	
• Terapêutica dos Factores de Risco Cardiovasculares nos Doentes Reumáticos	<b>32</b>
• Técnicas em Reumatologia	<b>32</b>
• Recomendações para a Utilização dos Coxibes e AINE	<b>33</b>
Patrocínio Pfizer	
<b>Estratégia Terapêutica na Artrite Reumatóide</b>	
• Poderá o Tratamento Agressivo e Precoce Alterar Efectivamente a Evolução da Artrite Reumatóide?	<b>33</b>
• Anti-TNF $\alpha$ para Todos?	<b>34</b>
• O Papel dos Factores Genéticos na Terapêutica da Artrite Reumatóide	<b>34</b>
• Tratamento da Artrite: Ver Além das Articulações	<b>35</b>
Patrocínio Schering-Plough	
<b>O que Há de Novo Acerca da Dor?</b>	
• Neurobiologia da Dor	<b>35</b>
• Aspectos Psico-Sociais da Dor	<b>36</b>
• Métodos de Medição de Dor	<b>36</b>
Patrocínio MSD	
<b>Tuberculose e Terapêuticas Inibidoras do TNF<math>\alpha</math></b>	
• Implicações Patogénicas das Terapêuticas Antagonistas do TNF $\alpha$ na Infecção Tuberculosa	<b>36</b>

# XIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

## SUMÁRIO / CONTENTS

### M E S A S - R E D O N D A S

• Estratégias Preventivas da Tuberculose em Doentes sob Terapêuticas Antagonistas do TNF $\alpha$ . A Experiência Espanhola e Internacional	37
• Recomendações da SPR/SPP para o Diagnóstico e Tratamento da Tuberculose Latente em Doentes Candidatos a Terapêutica Anti-TNF $\alpha$	37
<b>Avanços Terapêuticos no Lúpus Eritematoso Sistémico.</b>	
<b>Papel Actual da Ciclofosfamida e suas Alternativas</b>	
• Terapêutica do Lúpus Eritematoso Sistémico: Dados Nacionais	38
• O Estado da Arte no Tratamento da Nefrite Lúpica	39
• Qual o Papel dos Agentes Biológicos no Lúpus Eritematoso Sistémico	39
• Avaliação e Prognóstico no Lúpus Eritematoso Sistémico	40
<b>Osteoartrose</b>	
• Avanços no Diagnóstico da Osteoartrose: Marcadores Biológicos e Imagiologia	40
• O Papel do Osso Subcondral na Evolução da Osteoartrose. Acção de Fármacos Anti-Osteoporóticos na Cartilagem	41
• Avanços na Terapêutica Farmacológica. Medicinas Alternativas na Osteoartrose: Medicina Baseada na Evidência	41
• EPI-Porto: Avaliação Reumatológica de uma População	42
Patrocínio Rotta	
<b>Ponto da Situação em Situações Difíceis</b>	
• Doença de Behçet	42
• Sobreposições entre Síndrome Seco e Síndrome de Sjögren	43
• Canal Lombar Estenótico	44
• Hipertensão Pulmonar	45
• Gravidez e Doenças Reumáticas	45
• Polimialgia Reumática/Arterite Temporal	45
Patrocínio Actelion	
<b>Osteoporose</b>	
• O Conceito de Osteoporose	45
• Tecido Ósseo: Biologia para Clínicos	46
• Novas Terapêuticas na Osteoporose	47
Patrocínio Roche-GSK	

### C O M U N I C A Ç Õ E S L I V R E S

<b>Prevalência de Alterações Radiológicas e Diferenças na Sintomatologia Músculo-Esquelética de Acordo com o Sexo em Adultos portugueses</b>	52
<b>Determinação Laboratorial de N-Terminal Pro-Brain Natriuretic Peptide na Esclerose Sistémica e Correlação com a Hipertensão Pulmonar</b>	52
<b>Deteção Precoce de Hipertensão Pulmonar na Esclerose Sistémica por Ecocardiografia de Esforço</b>	53

# XIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

## SUMÁRIO

### COMUNICAÇÕES LIVRES

<b>Custos da Utilização de Recursos na Artrite Reumatóide (CURAR)</b>	<b>53</b>
<b>Tuberculose em Doentes Reumáticos Tratados com antagonistas do TNF-<math>\alpha</math>: A Experiência Portuguesa</b>	<b>54</b>
<b>Influência do HLA-DRB1 na Susceptibilidade à Artrite Reumatóide e na Produção de Anticorpos Anti Péptido Citrulinado Cíclico na População Portuguesa</b>	<b>55</b>
<b>Estudo dos Polimorfismos Genéticos da Proteína Tirosina Fosfatase de Baixo Peso Molecular (LMW-PTP) e sua Relação com o Fenótipo Enzimático Eritrocitário em Doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES)</b>	<b>55</b>
<b>Papel do Polimorfismo -308 do Promotor do Gene do TNF-<math>\alpha</math> na Susceptibilidade e Padrão de Actividade da Artrite Idiopática Juvenil: Análise Interina</b>	<b>56</b>
<b>Avaliação da Função Cardíaca e Pulmonar numa População de Doentes com Esclerose Sistémica. Correlação da Pressão na Artéria Pulmonar com a Porção N Terminal do Pro-Péptido Natriurético Cerebral (NT Pró-BNP)</b>	<b>57</b>
<b>Consulta Materno-Fetal de Grávidas com Doenças Reumáticas – 2 Anos de Experiência</b>	<b>57</b>
<b>Síndrome de Anticorpos Antifosfolípidos Secundário a Lúpus Eritematoso Sistémico</b>	<b>58</b>
<b>Sequenciação da Região do Promotor do Gene do Factor de Necrose Tumoral Alfa – Contribuição para Novos Marcadores Genéticos de Actividade e Gravidade da Artrite Reumatóide</b>	<b>59</b>
<b>Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) Oligoarticular numa População Ibero-Americana</b>	<b>60</b>
<b>Avaliação do Comportamento dos Anticorpos Anti-Citrulina e do Factor Reumatóide IgM Na Artrite Reumatóide</b>	<b>60</b>
<b>Factores Associados à Fadiga Grave em Adultos Portugueses</b>	<b>61</b>
<b>Doença de Behçet e Ceruloplasmina Linfocitária</b>	<b>61</b>
<b>Influência da Idade de Início da Artrite Reumatóide na Função e Qualidade de Vida dos Doentes</b>	<b>62</b>
<b>RhegulationDB: Construindo uma Imagem Integrada para a Artrite Reumatóide</b>	<b>63</b>
<b>Determinantes da Densidade Mineral Óssea em Adolescentes do Sexo Feminino</b>	<b>63</b>
<b>Falência na Abordagem Terapêutica em Doentes com Fracturas Osteoporóticas</b>	<b>64</b>
<b>Avaliação Radiológica da Artrite Reumatóide na Prática Clínica Diária: Uma Proposta para a Aplicação Unilateral do Método de Sharp/ Van Der Heijde</b>	<b>64</b>
<b>Dactilite na Artrite Psoriática: Factor de Mau Prognóstico?</b>	<b>65</b>
<b>Concordância Entre os Diagnósticos Clínico e Radiológico de Osteoartrose</b>	<b>66</b>
<b>Terapêuticas Biológicas Na Prática Clínica: Motivos de Paragem e Resposta ao Switch nos Doentes Com AR</b>	<b>66</b>

# XIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

## SUMÁRIO

### POSTERS

<b>Caracterização Antropométrica e da Composição Corporal e Risco Cardiovascular Associado em 3.040 Doentes Reumáticos</b>	<b>70</b>
<b>Avaliação da Progressão Radiográfica sob Terapêuticas Biológicas</b>	<b>71</b>
<b>Crioglobulinémia: Análise de uma Série de Doentes do Instituto Português de Reumatologia</b>	<b>71</b>
<b>Achados Laboratoriais no Síndrome de Sjögren – Estudo de uma População Portuguesa</b>	<b>72</b>
<b>Caracterização Clínica de Uma População Portuguesa de Doentes de LES com Ac Anti-Dna Ds</b>	<b>73</b>
<b>Avaliação dos Motivos de Falta às Consultas de Seguimento de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz, S.A.</b>	<b>73</b>
<b>A Espondilite Anquilosante na Perspectiva dos Doentes</b>	<b>74</b>
<b>Associação Clínica Entre Policondrite Recidivante e Polimiosite</b>	<b>75</b>
<b>Caracterização Antropométrica e da Composição Corporal e Risco Cardiovascular Associado em Doentes com Síndrome de Sjögren e Doença de Behçet</b>	<b>75</b>
<b>Caracterização Antropométrica e da Composição Corporal e Risco Cardiovascular Associado em Doentes com Gota</b>	<b>76</b>
<b>Composição Corporal na Osteoporose</b>	<b>77</b>
<b>Caracterização de Uma População com Esclerose Sistémica</b>	<b>78</b>
<b>Artrite Reumatóide – Caracterização dos Doentes da Consulta do Instituto Português de Reumatologia (IPR)</b>	<b>79</b>
<b>Densidade Mineral Óssea nas Espondilartropatias</b>	<b>79</b>
<b>Anti-TNF Alfa na Espondilite Anquilosante. 3 Anos De Experiência</b>	<b>80</b>
<b>Análise Descritiva das Fracturas Osteoporóticas do Fémur Proximal no 1º Semestre de 2005 – Hospital de Aveiro</b>	<b>81</b>
<b>Avaliação da Dor num Grupo de Doentes Seguidos em Consulta de Reumatologia</b>	<b>81</b>
<b>Caracterização Clínico-Terapêutica da Artrite Reumatóide em Portugal</b>	<b>82</b>
<b>Avaliação Antropométrica e Factores de Risco Cardiovascular em Doentes com Artrite Reumatóide</b>	<b>83</b>
<b>Avaliação da Fadiga em Doentes com Artrite Reumatóide sob Terapêutica Anti-TNF<math>\alpha</math></b>	<b>84</b>
<b>Análise de Líquidos Sinoviais na Unidade de Reumatologia do Hospital Central do Funchal</b>	<b>84</b>
<b>Crítérios de Resposta à Terapêutica Anti-TNF<math>\alpha</math> na Espondilite Anquilosante</b>	<b>85</b>
<b>Dermatomiosite – Casuística de um Serviço de Reumatologia</b>	<b>85</b>
<b>Hepatite Auto-Imune e Lúpus Eritematoso Sistémico: Caso Clínico</b>	<b>86</b>
<b>A Importância Relativa do DAS 28 na Artrite Reumatóide</b>	<b>86</b>

# XIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

## SUMÁRIO

### POSTERS

<b>Avaliação da Repercussão do Infiximab em Diferentes Actividades de Vida Diárias, em Doentes com Artrite Reumatóide e Espondilite Anquilosante, Ambiente de Hospital de Dia</b>	<b>87</b>
<b>Avaliação de Qualidade aos Processos Clínicos dos Doentes com Esclerose Sistémica numa Consulta de Reumatologia</b>	<b>87</b>
<b>Alterações Climatéricas, Doença e Dor: A Percepção dos Doentes com AR e OA</b>	<b>88</b>
<b>Associação entre Presença de Factores Reumatóides no Soro e Resposta à Terapêutica Biológica em Doentes com Artrite Reumatóide</b>	<b>89</b>
<b>Artrite Reumatóide e Linfoma: O Elo do Rituximab com a Reumatologia</b>	<b>89</b>
<b>Dislipidemia nas Mulheres em Pós-Menopausa com Osteoporose</b>	<b>90</b>
<b>Artropatia Seronegativa como Apresentação de Adenocarcinoma Gástrico</b>	<b>90</b>
<b>Cervico-Braquialgia Reveladora de uma Neoplasia Oculta: a Propósito de um Caso Clínico</b>	<b>91</b>
<b>Clínica de Artrites Iniciais – Dados Epidemiológicos de uma População Portuguesa</b>	<b>91</b>
<b>Artrite Psoriática e Imunodeficiência Comum Variável: um Caso Clínico</b>	<b>92</b>
<b>Apresentação Atípica de Neoplasia do Pulmão – Caso Clínico</b>	<b>92</b>
<b>Determinantes de Osteopenia e Osteoporose em Mulheres Pós-Menopausicas</b>	<b>92</b>
<b>Algoritmo para o Rastreio da Osteoartrose do Joelho, Coluna, Mão e Anca</b>	<b>93</b>
<b>Avaliação de uma Consulta de Triagem</b>	<b>94</b>
<b>Diabetes Insípida como Apresentação de Histiocitose – Um Caso Clínico</b>	<b>94</b>
<b>Capilaroscopia em Reumatologia: Casuística do HSM</b>	<b>95</b>
<b>Caracterização Clínico-Laboratorial e Prognóstico do LES nos Não Caucásicos</b>	<b>95</b>
<b>Dor e Caracterização da Composição Corporal em Doentes Reumáticos</b>	<b>96</b>
<b>Evolução do Índice de Actividade de Doença (DAS) da Artrite Reumatóide (AR) em Consulta de Reumatologia</b>	<b>97</b>
<b>Envolvimento Extraglandular no Síndrome de Sjögren Primário – Estudo de uma População Portuguesa</b>	<b>97</b>
<b>Lúpus com ANAS Negativos. Caracterização de uma População Portuguesa</b>	<b>98</b>
<b>Manifestações Músculo-Esqueléticas de Doenças Metabólicas Raras: A Propósito de 2 Casos Clínicos</b>	<b>99</b>
<b>Hiperparatiroidismo Coexistindo com Mieloma Múltiplo: Associação e Manifestações Raras</b>	<b>100</b>
<b>Estudo dos Custos da Utilização de Recursos na Artrite Reumatóide (CURAR): Clínica e Sócio-Demografia</b>	<b>100</b>
<b>Evolução da Espondilite Anquilosante em 10 Anos – Estudo Comparativo</b>	<b>101</b>

# XIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

## SUMÁRIO

### POSTERS

<b>Espondiloartropatias e Factores de Risco Cardiovasculares</b>	<b>102</b>
<b>Incapacidade para o Trabalho entre os Doentes com Artrite Reumatóide na Fase Final da Idade Activa em Portugal</b>	<b>102</b>
<b>Infecções Bacterianas Osteo-Articulares – Casuística dos Doentes Internados num Serviço de Reumatologia</b>	<b>106</b>
<b>Dor e Edema Unilateral da Perna em Doente com Artrite Reumatóide</b>	<b>106</b>
<b>Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) e Anemia: A Propósito de um Caso Clínico</b>	<b>107</b>
<b>Estará a Prevenção da Osteoporose Induzida por Corticóides (OPIC) a Ser Cumprida nos Doentes com Artrite Reumatóide (AR)?</b>	<b>107</b>
<b>Esclerodermia – Forma de Apresentação de Recidiva de Carcinoma do Recto</b>	<b>107</b>
<b>Impacto da Terapêutica com Infiximab e Etanercept Sobre a Qualidade de Vida e Situação Profissional nos Doentes com Espondilite Anquilosante</b>	<b>108</b>
<b>Estudo da Qualidade de Vida e da Personalidade em adultos com Artrite Idiopática Juvenil</b>	<b>108</b>
<b>Factores que Influenciam o Aparecimento de Sintomas Depressivos em Doentes Portugueses com Artrite Reumatóide</b>	<b>109</b>
<b>Elaboração de uma Base de Dados para Doentes Portadores da Síndrome de Sjögren</b>	<b>110</b>
<b>Elaboração de uma Base de Dados para a Consulta de Espondiloartropatias</b>	<b>110</b>
<b>Factores Associados a Quedas nas Doenças Reumáticas</b>	<b>111</b>
<b>Espondilartropatias e Osteoartrose – Influência das Alterações Climatéricas</b>	<b>112</b>
<b>Factores Preditivos de Resposta Clínica em Doentes com Espondilite Anquilosante Sob Terapêutica Biológica</b>	<b>112</b>
<b>Endocardite Infecciosa no Diagnóstico Diferencial de Polimialgia Reumática: A Importância do Exame Físico</b>	<b>113</b>
<b>Identificação de Cristais no Líquido Sinovial Por Microscopia Electrónica</b>	<b>114</b>
<b>Neoplasia e Lúpus Eritematoso Sistémico: Uma Associação Fortuita?</b>	<b>114</b>
<b>Fracturas Osteoporóticas no Homem: Um Caso Particular</b>	<b>115</b>
<b>Manifestações Reumáticas como Forma de Apresentação de 3 casos de Amiloidose Primária AL</b>	<b>116</b>
<b>Inquérito Exploratório – Atraso no Diagnóstico e Tratamento das Doenças Reumáticas Juvenis</b>	<b>116</b>
<b>Doença de Behçet: Avaliação das Características Clínicas de Acordo com o Sexo</b>	<b>117</b>
<b>Obesidade e Factores de Risco Cardiovascular em Doentes com Osteoartrose</b>	<b>118</b>

# XIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

## SUMÁRIO

### POSTERS

<b>Obesidade e Parâmetros Antropométricos em Subtipos de Osteoartrose</b>	<b>118</b>
<b>Gota Tofácea com Poliartrite em Pleno Século XXI – Como é Possível?</b>	<b>119</b>
<b>Estudo Epidemiológico Sobre Fracturas Osteoporóticas da Extremidade Proximal Do Fémur</b>	<b>120</b>
<b>Lombociatalgia – Rara Manifestação Clínica de Amiloidose Primária AI</b>	<b>120</b>
<b>Eventos Cardiovasculares em Doentes com LES Seguidos em Reumatologia</b>	<b>121</b>
<b>LES – Um Caso Grave de Envolvimento Cardíaco</b>	<b>122</b>
<b>Doença de Still do Adulto – Um Desafio Diagnóstico</b>	<b>122</b>
<b>Lesões Isquémicas Digitais em Doente com Asma – Caso Clínico</b>	<b>122</b>
<b>Lúpus Eritematoso Sistémico Soronegativo – 3 Casos Clínicos</b>	<b>123</b>
<b>Exequibilidade do Aumento do Intervalo de Tempo Entre as Infusões de Infliximab na EA</b>	<b>123</b>
<b>Prevalência de Osteopenia e de Osteoporose Numa Amostra Não Aleatória de Adultos Portugueses</b>	<b>124</b>
<b>Síndrome Campodactilia-Artropatia-Coxa Vara: Caso Clínico</b>	<b>125</b>
<b>Sarcoidose – Caracterização de Doentes do Instituto Português de Reumatologia</b>	<b>125</b>
<b>Um Caso de Reacção Anafilática ao Ceftriaxone em Doente com Artrite Gonocócica</b>	<b>126</b>
<b>Propriedades Psicométricas da Versão Portuguesa do HAQ</b>	<b>126</b>
<b>Raqualgias Como Primeira Manifestação Clínica de Amiloidose AL: Um Caso Invulgar com Envolvimento Ósseo</b>	<b>127</b>
<b>Sacro-Ileíte e Acne Conglobata: Uma Forma de SAPHO</b>	<b>128</b>
<b>Variáveis Laboratoriais e Massa Óssea – Análise Em Mulheres Jovens e Pós-Menopáusicas</b>	<b>128</b>
<b>Um Caso Raro de Hiperostose Endosteal</b>	<b>129</b>
<b>Percepção Corporal nos Doentes Reumatológicos</b>	<b>129</b>
<b>Capilaroscopia e Envolvimento Pulmonar na Esclerose Sistémica</b>	<b>130</b>
<b>Tratamento da Osteoporose em Portugal: Tendência e Variação Geográfica</b>	<b>131</b>
<b>Terapêutica Biológica e Indução de Auto-Anticorpos: Análise de um Hospital de Dia</b>	<b>132</b>
<b>Prevalência dos Factores de Risco Cardiovasculares e Aterosclerose Carotídea Numa População com LES</b>	<b>132</b>
<b>Variação da Actividade Inflamatória e da Capacidade Funcional dos Doentes com EA Sob Terapêutica Anti-Tnf<math>\alpha</math></b>	<b>133</b>
<b>Caracterização Antropométrica e da Composição Corporal na Fibromialgia</b>	<b>133</b>
<b>Valor Prognóstico da Entesite em Doentes com Artrite Psoriática</b>	<b>134</b>

# XIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

## SUMÁRIO

### POSTERS

<b>Rituximab no Tratamento do Lúpus Eritematoso Sistémico</b>	<b>135</b>
<b>Uma Comparação de Factores de Risco nas Fracturas Osteoporóticas em Mulheres Caucasianas e Sul Asiáticas no Reino Unido</b>	<b>136</b>
<b>RS3PE – Revisão de uma Série Pessoal de 11 Casos Clínicos</b>	<b>136</b>
<b>Artrite Idiopática Juvenil Sistémica (AIJ-S) numa População Ibero-Americana</b>	<b>137</b>
<b>Propriedades Psicométricas da Escala de Gravidade da Fadiga em Adultos Portugueses</b>	<b>138</b>
<b>Sintomas Depressivos numa Amostra Portuguesa de Doentes com Artrite Reumatóide</b>	<b>138</b>
<b>Risco de Infecção por <i>Mycobacterium Tuberculosis</i> na Terapêutica Biológica e Imunosupressora</b>	<b>139</b>
<b>Elaboração de um Questionário para os Principais Sintomas Secos na Síndrome de Sjögren</b>	<b>139</b>
<b>Será o Clima uma Variável Importante na Dor dos Doentes Reumáticos? – A Percepção dos Doentes com Fibromialgia, LES e Síndrome Sjögren.</b>	<b>140</b>
<b>Terapêutica Biológica em Doentes com Artrite Reumatóide e Espondilite Anquilosante: Análise de Eficácia.</b>	<b>141</b>
<b>Síncope numa Doente com Artrite Reumatóide. Caso Clínico</b>	<b>141</b>
<b>Púrpura de Henoch-Schönlein no Adulto: A Propósito de um Caso Clínico</b>	<b>142</b>
<b>Psoríase e Lúpus Eritematoso Sistémico: Uma Associação Rara</b>	<b>143</b>
<b>Síndrome de SAPHO: um Caso Clínico Pediátrico</b>	<b>143</b>
<b>Osteoporose Masculina – Revisão da Casuística de uma Consulta de Doenças Ósseas Metabólicas</b>	<b>144</b>
<b>Zoledronato no Tratamento da Doença Óssea de Paget (DOP) Resistente ao Pamidronato – Resultados Preliminares de uma Avaliação Prospectiva</b>	<b>144</b>
<b>Síndrome de SAPHO – Dois Casos Clínicos</b>	<b>145</b>
<b>Síndrome Unha-Patela – Caso Clínico</b>	<b>145</b>
<b>Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Doentes com Artrite Reumatóide: Estudo CURAR</b>	<b>146</b>
<b>Utilização do Pamidronato Endovenoso em Osteoporose</b>	<b>146</b>
<b>Síndrome de Lemierre – Trombose por Inflamação Vascular e/ou Mediada por Anticorpos Antifosfolípidos?</b>	<b>147</b>
<b>Doença Indiferenciada do Tecido Conjuntivo – Estudo Transversal Multicêntrico</b>	<b>147</b>
<b>Síndrome de Overlap: Polimiosite – Esclerodermia: Um Caso Clínico Grave</b>	<b>148</b>



# XIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

**Teatro Micaelense  
Centro Cultural e de Congressos  
Ponta Delgada  
26 a 29 de Abril de 2006**

**PROGRAMA OFICIAL**



COMISSÃO PORTUGUESA DA DÉCADA



## MENSAGEM DO PRESIDENTE

Domingos Araújo\*

Prezados Colegas

Em nome da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) e da Comissão Organizadora desejo dar as boas vindas a todos os que se deslocaram a Ponta Delgada para participar no XIII Congresso Português de Reumatologia (CPR).

Considerando o enorme e rápido avanço dos conhecimentos nos diversos capítulos das doenças reumáticas, o XIII CPR é uma oportunidade excelente para podermos apreender os mais recentes progressos da Reumatologia apresentados por reconhecidos especialistas nacionais e estrangeiros.

As doenças reumáticas são, como todos sabemos, um dos motivos mais frequentes de Consulta de Medicina Familiar / Clínica Geral.

O Programa Científico do XIII CPR não esqueceu esta realidade. Concomitantemente com as sessões dedicadas ao especialista, decorrerão Mesas-Redondas onde se abordará a interface entre a Reumatologia e a Clínica Geral, para além de outros temas de elevado interesse para a Medicina Familiar / Clínica Geral.

A beleza natural da Ilha de S. Miguel proporcionará o enquadramento propício a uma actividade científica profícua, ao mesmo tempo que os acompanhantes poderão desfrutar de um programa de circuitos turísticos organizados localmente, possibilitando-lhes o conhecimento dos principais pontos de interesse da Ilha.

Bom Congresso e excelente estadia!!!

---

\*Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

XIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA  
26 A 29 DE ABRIL DE 2006  
PROGRAMA DO CONGRESSO

DIA 26 DE ABRIL DE 2006 • 4<sup>^</sup> FEIRA

- 
- 16.00h - 17.30h **MEET THE EXPERT: Células B e Artrite Reumatóide**  
Prof. Doutor JCW Edwards  
(Patrocínio Roche)
- 17.30h - 18.00h **Café**
- 18.00h - 19.30h **Simpósio-Satélite**  
(Patrocínio Servier)

DIA 27 DE ABRIL DE 2006 • 5<sup>^</sup> FEIRA

- 
- 08.00h - 09.00h **Sessão de Posters**  
MODERADORES: Dra. Helena Canhão, Dr. Fernando Pimentel
- 09.00h - 9.30h **LIÇÃO PLENÁRIA: «Biologia das *Stem Cells* para Clínicos»**  
PRESIDENTE: Prof. Doutor Lopes Vaz  
PALESTRANTE: Prof<sup>ta</sup>. Doutora Leonor Parreira
- 09.30h - 10.30h **Cerimónia de Abertura**
- 10.30h - 11.00h **Café**
- 11.00h - 12.30h **MESA-REDONDA – AUDITÓRIO: «Espondilite Anquilosante: Optimização da Terapêutica e do Seguimento»**  
PRESIDENTE: Prof. Doutor Simões Ventura  
MODERADOR: Dr. Armando Malcata  
**Espondilartropatias Juvenis**  
Prof. Doutor Rubén Burgos-Vargas  
**Quando Tratar Precocemente a Espondilite Anquilosante com um Anti-TNF $\alpha$ ?**  
Prof. Doutor Collantes Estévez  
**Guidelines Terapêuticas: Propósitos e Limitações**  
Dra. Anabela Barcelos  
**Discussão**  
(Patrocínio Bial)
- 11.00h - 12.30h **MESA-REDONDA – SALA LAGOA DAS SETE CIDADES: «Interface Reumatologia/ Clínica Geral»**  
PRESIDENTE: Dr. Guilherme Figueiredo  
MODERADOR: Dr. Paulo Coelho  
**Terapêutica dos Factores de Risco Cardiovasculares nos Doentes Reumáticos**  
Dr. João Sequeira Carlos  
**Técnicas em Reumatologia**  
Dr. José Bravo Pimentão  
**Recomendações para a Utilização dos Coxibes e AINES**  
Dra. Teresa Nóvoa  
**Discussão**  
(Patrocínio Pfizer)
- 12.30h - 14.00h **Simpósio-Satélite (Almoço)**  
(Patrocínio Roche)

- 14.00h - 15.30h **MESA-REDONDA: «Estratégia Terapêutica na Artrite Reumatóide»**  
 PRESIDENTE: Prof. Doutor Armando Porto  
 MODERADOR: Dra. Maria José Santos  
**Poderá o Tratamento Agressivo e Precoce Alterar Efectivamente a Evolução da Artrite Reumatóide?**  
 Prof. Doutor John D. Isaacs  
**Anti-TNF para todos?**  
 Prof. Doutor Johannes W. Bijlsma  
**O Papel dos Factores Genéticos na Terapêutica da Artrite Reumatóide**  
 Prof. Doutor João Eurico Fonseca  
**Tratamento da Artrite: Ver Além das Articulações**  
 Prof. Doutor José A. Pereira Silva  
**Discussão**  
 (Patrocínio Schering-Plough)
- 15.30h - 16.00h **Café**
- 16.00h - 16.30h **LIÇÃO PLENÁRIA: «Genética para Clínicos»**  
 PRESIDENTE: Prof. Doutor Albino Teixeira  
 PALESTRANTE: Prof. Doutor Fernando Regateiro
- 16.30h - 18.00h **Comunicações livres**  
 PRESIDENTE: Dr. José Carlos Romeu  
 MODERADOR: Dra. Anabela Barcelos
- 18.00h - 19.30h **Simpósio-Satélite**  
 (Patrocínio Lilly)

DIA 28 DE ABRIL DE 2006 • 6<sup>ª</sup> FEIRA

- 08.00h - 09.00h **Sessão de Posters**  
 MODERADORES: Dra. Maria José Santos, Dra. Iva Brito
- 09.00h - 10.30h **MESA-REDONDA: «O que Há de Novo Acerca da Dor?»**  
 PRESIDENTE: Prof. Doutor Jaime C. Branco  
 MODERADOR: Prof. Doutor Manuel Quartilho  
**Neurobiologia da Dor**  
 Prof. Doutor Armando Almeida  
**Aspectos Psico-Sociais da Dor**  
 Prof. Doutor Manuel Quartilho  
**Métodos de Medição de Dor**  
 Prof. Doutor Richard Gracely  
**Discussão**  
 (Patrocínio MSD)
- 10.30h - 11.00h **Café**
- 11.00h - 12.30h **MESA-REDONDA – AUDITÓRIO: «Tuberculose e Terapêuticas Inibidoras do TNF $\alpha$ »**  
 PRESIDENTE: Dr. Jesus Tomero Molina  
 MODERADOR: Dr. Domingos Araújo  
**Implicações Patogénicas das Terapêuticas Antagonistas do TNF- $\alpha$  na Infecção Tuberculosa**  
 Prof. Doutor Juan Gomez-Reino  
**Estratégias Preventivas da Tuberculose em Doentes sob Terapêuticas Antagonistas do TNF $\alpha$ . A Experiência Espanhola e Internacional**  
 Dra. Loreto Carmona  
**Recomendações da SPR/SPP para o Diagnóstico e Tratamento da Tuberculose Latente em Doentes Candidatos a Terapêutica Anti-TNF $\alpha$**   
 Prof. Doutor João Eurico Fonseca

- Discussão**
- 11.00h - 12.30h MESA-REDONDA – SALA LAGOA DAS SETE CIDADES: «**Avanços Terapêuticos no Lúpus Eritematoso Sistémico. Papel Actual da Ciclofosfamida e suas Alternativas**»  
 PRESIDENTE: Dr. José Canas da Silva  
 MODERADOR: Dr. José Miguel Bernardes  
**Terapêutica do Lúpus Eritematoso Sistémico: Dados Nacionais**  
 Dr. Ricardo Figueira  
**O Estado da Arte no Tratamento da Nefrite Lúpica**  
 Dr. Pedro Ponce  
**Qual o Papel dos Agentes Biológicos no Lúpus Eritematoso Sistémico**  
 Dra. Maria José Leandro  
**Avaliação e Prognóstico do Lúpus Eritematoso Sistémico**  
 Dr. Anisur Rahman
- Discussão**
- 12.30h - 14.00h **Simpósio-Satélite (Almoço)**  
 (Patrocínio Wyeth)
- 14.00h - 15.30h MESA-REDONDA – AUDITÓRIO: «**Osteoartrose**»  
 PRESIDENTE: Dr. Augusto Faustino  
 MODERADOR: Dr. Rui André Santos  
**Avanços no Diagnóstico da Osteoartrose: Marcadores Biológicos e Imagiologia**  
 Prof. Doutor Bernard Mazières  
**O Papel do Osso Subcondral na Evolução da Osteoartrose.**  
**Ação de Fármacos Anti-Osteoporóticos na Cartilagem**  
 Prof. Doutor Gabriel Herrero-Beaumont  
**Avanços na Terapêutica Farmacológica. Medicinas Alternativas na Osteoartrose:**  
**Medicina Baseada na Evidência**  
 Prof. Doutor Bernard Mazières  
**EPI-Porto: Avaliação Reumatológica de uma População**  
 Dr. Rui André, Dra. Lúcia Costa, Prof. Doutor Henrique Barros
- Discussão**  
 (Patrocínio Delta)
- 14.00h - 15.30h MESA-REDONDA – SALA LAGOA DAS SETE CIDADES: «**Ponto da Situação em Situações Dífceis**»  
 PRESIDENTE: Dr. Alberto Quintal  
 MODERADOR: Dra. Ana Assunção Teixeira  
**Doença de Behçet**  
 Dr. J. Vaz Patto, Dra. Sara Cortes  
**Sobreposições entre Síndrome Seco e Síndrome de Sjögren**  
 Dr. Filipe Barcelos, Dr. José Vaz Patto  
**Canal Lombar Estenótico**  
 Dr. Rui Leitão  
**Hipertensão Pulmonar**  
 Dra. Ana Agapito  
**Gravidez e Doenças Reumáticas**  
 Dra. Aurora Marques  
**Polimialgia Reumática/Arterite Temporal**  
 Dr. Herberto Jesus
- Discussão**  
 (Patrocínio Actelion)
- 15.30h - 16.00h **Café**
- 16.00h - 16.30h LIÇÃO PLENÁRIA: «**Células T Reguladoras e Indução de Tolerância Imunitária**»  
 PRESIDENTE: Prof. Doutor José António Pereira da Silva  
 PALESTRANTE: Prof. Doutor Luís Graça

- 16.30h - 18.00h **Comunicações Livres**  
PRESIDENTE: Prof. Doutor José A. Pereira da Silva  
MODERADOR: Dr. Luís Maurício
- 18.00h - 19.30h **Simpósio-Satélite**  
(Patrocínio Novartis)
- 21.00h **Simpósio-Satélite**  
(Patrocínio Roche-GSK)  
**Jantar de Encerramento**

DIA 29 DE ABRIL DE 2006 • SÁBADO

- 08.00h - 09.00h **Sessão de Posters**  
MODERADORES: Dra. Teresa Nóvoa  
Dr. Jorge Silva
- 09.00h - 10.30h **MESA-REDONDA: «Osteoporose»**  
PRESIDENTE: Dr. Aroso Dias  
MODERADOR: Prof. Doutor Carlos Vaz  
**O Conceito de Osteoporose**  
Dra. Viviana Tavares  
**Tecido Ósseo: Biologia para Clínicos**  
Dra. Helena Canhão  
**Novas Terapêuticas na Osteoporose**  
Prof. Doutor Socrates Papapoulos  
**Discussão**  
Patrocínio Roche-GSK
- 10.30h - 11.00h **Café**
- 11.00h - 12.00h **Comunicações Livres**  
PRESIDENTE: Dra. Maria do Carmo Afonso  
MODERADOR: Dra. Manuela Costa
- 12.00h - 12.30h **LIÇÃO DE ENCERRAMENTO: «A Burocracia Contra a Ciência»**  
PRESIDENTE: Prof. Doutor Jaime C. Branco
- 12.30h - 14.00 h **Simpósio-Satélite (Almoço)**  
(Patrocínio MSD)

PROGRAMA SOCIAL

- **Exposição de Fotografia**  
Dr. Guilherme Figueiredo
- **Concerto de Música**  
Maria João e Mário Laginha  
5ª Feira – 27/04 – 22h00
- **Passeios Turísticos** (a concretizar localmente)

**SIMPÓSIOS SATÉLITE**

GSK  
Lilly  
MSD  
Novartis  
Roche  
Servier  
Wyeth

**COLABORAÇÃO**

Comissão da Década do Osso e Articulação  
Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG)  
Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas (LPCDR)

**SECRETARIADO CIENTÍFICO**

Sociedade Portuguesa de Reumatologia  
Rua D. Estefânia nº 177, 1D  
1000-154 Lisboa  
E-mail: [info@spreumatologia.pt](mailto:info@spreumatologia.pt)  
[www.spreumatologia.pt](http://www.spreumatologia.pt)

**AGÊNCIA OFICIAL DO CPR (INSCRIÇÕES E RESERVAS)**

Agência Açoreana de Viagens  
Telf. 296301864  
Fax 296301860  
E-mail: [margarida.cabral@bensaude.pt](mailto:margarida.cabral@bensaude.pt)



## **LIÇÕES PLENÁRIAS**

## LIÇÕES PLENÁRIAS

DIA 27 DE ABRIL DE 2006

**LP1 – BIOLOGIA DAS STEM CELLS PARA CLÍNICOS****Presidente:** Prof. Doutor Lopes Vaz**Palestrante:** Prof. Doutora Leonor Parreira

Instituto de Medicina Molecular

Faculdade de Medicina de Lisboa

Desde o debate sobre as tecnologias de DNA-recombinante, já la vão quase quatro décadas, que nenhuma área das Ciências Biomédicas motivou tanto interesse e controvérsia como a relacionada com células estaminais. Não aquelas que desde há muito se sabia residirem em vários dos nossos tecidos, capazes de se gerarem a si próprias e, ao mesmo tempo, de originar vários tipos de células especializadas que durante toda a vida substituem, com discreta e rigorosa precisão, as que por morte natural ou perda acidental vão desaparecendo, assegurando assim a integridade estrutural e funcional do «seu» órgão. Se dúvidas houvesse sobre a sua eficácia e utilidade médica, bastaria pensar que o sucesso da transplantação de medula óssea no tratamento de muitas doenças do sangue (e outras) se deve, integralmente, à existência de células estaminais hematopoiéticas naquele órgão. A controvérsia científica, social e ética surgiu apenas quando se obtiveram células estaminais a partir de embriões nos seus primeiros dias de vida. Ao contrário das células estaminais do adulto, as células embrionárias podem dividir-se indefinidamente e originar, em laboratório, todos os tipos teciduais do adulto. Surgiu assim a esperança de uma nova terapia celular regenerativa, em que células especializadas obtidas no laboratório a partir de células embrionárias, possam ajudar doentes em que essas células não funcionam ou foram destruídas. Contudo, uma terapia celular baseada em células embrionárias humanas levanta questões de enorme importância - de natureza científica, técnica, de segurança e, acima de tudo, éticas. Recentemente, a descoberta de que células estaminais adultas podem, em circunstâncias específicas, diferenciar-se em tipos celulares distintos dos do seu órgão de re-

sidência não só promete resolver algumas dessas questões, como abre enormes perspectivas quanto à sua utilização em patologia humana.

Neste trabalho os principais dados científicos e tecnológicos sobre células estaminais serão analisados e discutidos em contra-ponto com as importantes questões técnicas e societais levantadas pela sua potencial aplicação médica em seres humanos.

**LP2 – GENÉTICA PARA CLÍNICOS****Presidente:** Prof. Doutor Albino Teixeira**Palestrante:** Prof. Doutor Fernando Regateiro

DIA 28 DE ABRIL DE 2006

**LP3 – CÉLULAS T REGULADORAS E INDUÇÃO DE TOLERÂNCIA IMUNITÁRIA****Presidente:** Prof. Doutor José António Pereira da Silva**Palestrante:** Prof. Doutor Luís Graça

Instituto de Medicina Molecular

Faculdade de Medicina de Lisboa

As doenças autoimunes, bem como as doenças alérgicas e a rejeição de transplantes, são caracterizadas por respostas imunitárias patológicas. Um dos principais objectivos dos imunologistas tem sido o desenvolvimento de métodos terapêuticos para indução de tolerância imunológica nestas doenças. Por exemplo, anticorpos monoclonais que bloqueiam moléculas dos linfócitos T envolvidas na sua activação (co-receptores: CD3, CD4 e CD8; co-estimulação: CTLA4-Ig e CD40L) têm obtido sucesso em modelos animais e em alguns ensaios clínicos conseguindo «reprogramar» o sistema imunitário e induzir tolerância. Estes anticorpos diferem de agentes biológicos rotineiramente utilizados em doentes com artrite reumatóide, nomeadamente moléculas que bloqueiam TNF-alfa e IL-1, cuja acção se limita ao controlo da inflamação mas não ao restabelecimento de tolerância imunitária. Nesta apresentação serão discutidos resultados experimentais da acção de anticorpos

indutores de tolerância imunitária e dos seus mecanismos de acção, nomeadamente a expansão de células T reguladoras capazes de controlar respostas imunitárias deletérias.

**DIA 29 DE ABRIL DE 2006**

#### **LP4 – A BUROCRACIA CONTRA A CIÊNCIA**

**Palestrante:** Jaime C. Branco

Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE/H.E.Moniz e Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa

A evolução científica e o seu enorme desenvolvimento transformaram a ciência num dos verdadeiros motores do progresso e prosperidade das sociedades modernas desenvolvidas. A sua importância reflecte-se não só no desempenho económico-social dos países como nas suas estratégias diplomáticas.

Em Portugal, os assuntos da ciência e tecnologia começaram somente a ter atenção política com a criação da Junta Nacional para a Investigação Científica e Tecnológica (JNICT), em 1967. Trinta anos depois foi criado, pela primeira vez entre nós, o Ministério da Ciência e Tecnologia que passou a gerir todos os assuntos relacionados, desde as bolsas aos projectos de investimento.

O lançamento de Laboratórios e Institutos para a investigação teve o mérito de desenvolver o esforço investigacional e científico do país para níveis nunca vistos mas em consequência reduziu a capacidade de investigação nos hospitais e até nas faculdades de medicina que não possuem aquelas estruturas.

A figura do médico-cientista, que associa a actividade clínica de rotina com a prática de investigação fundamental, e que conheceu o seu apogeu nos anos 50 a 70 do século passado, está, por motivos operacionais, em vias de extinção. Assim, a relação entre a clínica e a investigação básica, tradicionalmente difícil, tem vindo a tornar-se mais colaborante e complementar.

O baixo nível de educação e cultura científicas da nossa população expõem-nos mais ao «sensacionalismo científico» e a tomadas de decisão prejudiciais ao progresso científico e tecnológico.

Na nossa vida hospitalar um dos exemplos mais significativos encontra-se na Portaria 177/97 de 11 de Março – DRI, Série B em que se regulamentam os concursos de habilitação ao Grau de Consultor e de provimento de Chefe de Serviço e a Portaria

43/98 de 26/Janeiro – DRI Série B, respeitante ao concurso de provimento na categoria de assistente, todos da carreira médica hospitalar. Nos três casos numa classificação de 0 a 20 valores a actividade de investigação, somada à docência, está valorizada com apenas 0,5 valores. É evidentemente um desencorajamento para quem quer fazer investigação e uma penalização para quem a realiza de facto. Outro reflexo da nossa iliteracia científica reside na forma como têm sido tratados os ensaios clínicos com fármacos, em qualquer fase de desenvolvimento. As exigências burocráticas, variáveis de instituição para instituição, que adiam as aprovações dos referidos ensaios para prazos em que já não são realizáveis, afastam os investigadores e hospitais das potenciais vantagens científicas, metodológicas, financeiras, de treino e notoriedade. Nem o DL 46/2004 que, por imposição da União Europeia, procura uniformizar os procedimentos parece estar a atingir os objectivos a que se propunha.

Contudo, hoje nem tudo são maus sinais. O Ministério da Saúde voltou, este ano de 2006, depois de já o haver feito em 2001, a reservar, em conjunto com o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, verbas para Formação Avançada em Investigação Clínica.

Também as Administrações Hospitalares, pelo menos em alguns casos, começaram a incluir a «produção científica», nos objectivos dos Serviços, no capítulo da qualidade. Claro que estamos a falar de investigação clínica, mas também a mim me parece que deve ser com este o tipo de pesquisa, e não com a básica, que os hospitais se devem preocupar.

Esta investigação mais prática e orientada para o doente é um verdadeiro controlo de qualidade da nossa prática assistencial diária e contribui decisivamente para o benefício dos doentes reumáticos.

Pela nossa parte temos de assegurar o apoio ao desenvolvimento das pessoas (investigadores), das equipas de investigação e das organizações para que assegurem os conhecimentos, as aptidões, as estruturas e os meios para criar, nuns casos, e melhorar, em outros, a qualidade da investigação reumatológica em Portugal.

Existem várias publicações específicas sobre este assunto, que procuram a motivação e propõem a metodologia para o sucesso nacional e até internacional dessa investigação.

Seguramente serão necessários instrumentos (*p.ex.* fundação?) para o conseguir, mas é sobretudo essencial que cada um de nós altere a sua mentalidade, atitude e comportamento.



## **MESAS-REDONDAS**

## MESAS REDONDAS

DIA 27 DE ABRIL DE 2006

**MR1 – Espondilite Anquilosante: Otimização da Terapêutica e do Seguimento****Presidente:** Prof. Doutor Simões Ventura**Moderador:** Dr. Armado Malcara**MR1.1 – ESPONDILARTROPATIAS JUVENIS**

Prof. Doutor Rubén Burgos-Vargas

Rheumatology Department

Hospital General de México, Dr. Balmis 148

Mexico DF06726, Mexico

**Concept:** The juvenile-onset SpA comprise a group of HLA-B27-associated disorders, that are mainly characterized by enthesitis and arthritis affecting the lower extremities, and, in a variable proportion of cases, the sacroiliac and spinal joints. Additional features include a variety of extra-articular manifestations, and, in some cases, bacterial infections as triggers.

Except for the prevalence of some clinical features at onset and severity throughout the course of the disease, juvenile-onset SpA resemble their adult counterpart in most clinical aspects, strength of HLA-B27 association, and probably the role of arthritogenic bacteria in their pathogenesis.

Enthesitis related arthritis (ERA) is the term designating a subgroup of juvenile idiopathic arthritis (JIA), which inclusion criteria corresponds to juvenile-onset SpA. Nevertheless, juvenile onset SpA and ERA are not conceptually equivalent.

**The juvenile-onset SpA group:** The spectrum of juvenile-onset group includes undifferentiated conditions and syndromes or diseases that either fulfil specific diagnostic criteria or correspond with the clinical picture of diseases already described in adults. Undifferentiated SpA includes children with isolated arthritis, enthesitis, tendinitis, and dactylitis or combined forms such as idiopathic seronegative enthesopathy and arthropathy (SEA) syndrome or ERA. Differentiated disorders have structural changes (eg, radiographic sacroiliitis, spinal

disease, or tarsal ankylosis), extra-articular manifestations (eg, infectious diarrhea, urethritis, cervicitis, psoriasis, and intestinal bowel disease [IBD]), or laboratory findings (eg, bacteriologic or serologic demonstration of infection). This subgroup includes ankylosing spondylitis (AS), reactive arthritis (ReA), and Reiter's syndrome (note that this term is in disuse), a subset of psoriatic arthritis (PsA), the arthropathies associated with IBD, specifically Crohn's disease and ulcerative colitis, and rare forms such as ankylosing tarsitis.

**Epidemiology:** Prevalence and incidence in the general population, in multiplex case families, and in groups of children with juvenile arthritis mostly depends on the prevalence of HLA-B27. Juvenile or adult-onset SpA are seen in approximately 20% of first-degree relatives of patients with juvenile-onset SpA. Incidence ranges from 1.44 and 2.10 per 100,000 Canadian and American children and up to 24.0 per 100,000 children in Alaskan Inupiat and Yupik Amerindians.

Less than 21% of white with AS have juvenile-onset. Percentages among Chinese, Indians, Koreans, Mexicans, Indians, and North Africans are higher.

Frequency of juvenile-onset SpA in pediatric rheumatology clinics has increased through the years. At the end of the 1990s, the juvenile rheumatoid arthritis (JRA) to juvenile-onset SpA ratio ranged from 1.4:1 to 2.6:1. In the period from 1981 to 2004, 360 children had SpA and 326 JRA in the University of Saskatchewan.

66% to 75% of children HLA-B27 JRA/JCA children develop AS or undifferentiated SpA. HLA-B27 increases the risk for radiographic sacroiliitis.

The prevalence rate of juvenile-onset SpA is higher in boys than in girls, particularly in the pre-pubescent years and in children with juvenile-onset AS. Most cases start between the ages of 8 and 12 years.

**Classification and diagnostic criteria:** The term most commonly used is juvenile or juvenile-onset SpA. Although not all children, develop axial disease, the term maintains consistency with adult onset nomenclature and classification.

ERA is becoming widely used, but the concept behind this term does not completely correspond to that of the SpA.

Children with juvenile-onset SpA may be classified according to the European Spondyloarthritis Study Group's (ESSG) and Amor's criteria. Both sets of criteria have been validated in children.

### **MR1.2 – QUANDO TRATAR PRECOCAMENTE A ESPONDILITE ANQUILOSANTE COM UM ANTI-TNF $\alpha$ ?**

Prof. Doutor Collantes Estévez

Hospital Universitario "Reina Sofia".

Universidad de Córdoba. Cordova, Espanha

Los agentes anti-TNF $\alpha$  actualmente disponibles (Infliximab y Etanercept) se presentan como las mejores alternativas terapéuticas para los pacientes con Espondilitis Anquilosante refractarias a tratamientos con AINEs. Las expectativas tras los excelentes resultados publicados de los recientes estudios sobre la eficacia de ambos han hecho vislumbrar, por vez primera, que se pueda contar con una terapéutica, quizá, modificadora de la enfermedad.

Desde los primeros resultados de los estudios clínicos abiertos y controlados se ha demostrado una "dramática" mejoría de los síntomas axiales, junto con el descenso espectacular de los reactantes de fase aguda de la inflamación (VSG y PCR), así como un efecto muy beneficioso sobre la sintomatología articular periférica, también sobre las entesitis e incluso en algunas manifestaciones extraarticulares (pe: uveitis). La eficacia se manifiesta precozmente en la mayoría de los pacientes y se mantiene, como demuestran por ahora los estudios de extensión, al menos durante tres años.

Sin embargo existen algunos factores limitantes del uso generalizado y precoz de estos agentes: su elevado coste, sus efectos secundarios y el desconocimiento de su manejo a medio y largo plazo, que obliga a un uso razonable de los anti-TNF $\alpha$  que incluye inicialmente una selección rigurosa de los pacientes candidatos a estas terapias y la definición de actividad clínica. Las recientes recomendaciones del Grupo ASAS suponen una buena guía para la prescripción de tratamientos biológicos en estos pacientes

La pregunta surgió casi inmediatamente después de conocer estos resultados. ¿El tratamiento con anti-TNF $\alpha$  en las fases iniciales de la enferme-

dad cambiará su curso evolutivo? La respuesta requiere conceptualizar el problema previamente.

¿A qué llamamos espondiloartritis anquilosante reciente o precoz? Por definición, actualmente para poder diagnosticar a un paciente como afecto de EA debe cumplir con los criterios modificados de NYork lo que supone la existencia de una sacroileitis radiográfica grado II bilateral y/o limitación de la movilidad raquídea y disminución de la expansión torácica. Estos fenómenos clínicos precisan de un largo tiempo para establecerse, no menos de 10 años. ¿Se puede llamar precoz o reciente a una enfermedad con 10 años de evolución?. Precisamos por tanto, de unos criterios diagnósticos que identifiquen a un paciente en los primeros momentos de la enfermedad. El concepto de Espondiloartritis preradiológica podrá ayudar sin duda a responder la cuestión.

¿Es la EA una enfermedad continua? Es conocido que durante los primeros años de la enfermedad ésta evoluciona por brotes de actividad y remisión de difícil pronóstico. Es importante por tanto conocer bien la historia natural de la enfermedad, con criterios epidemiológicos rigurosos.

¿Conocemos los factores de mal pronóstico de la EA?. Algunos trabajos con diseño retrospectivo han ayudado a vislumbrar qué elementos clínicos presentes en el paciente durante los primeros años de la enfermedad pueden indicar una mala evolución, pero quedan por demostrar claramente.

¿Conocemos qué pacientes serán buenos respondedores a estas terapias? Es muy importante, en el caso de individuos jóvenes conocer la posible respuesta a la terapia biológica para evitar en la medida de lo posible efectos adversos no deseados.

Estas cuestiones al menos deberían responderse antes de poder emitir un juicio acerca de la idoneidad del uso de agentes anti-TNF $\alpha$  en sujetos jóvenes con Espondiloartritis.

### **MR1.3 – GUIDELINES TERAPÊUTICAS: PROPÓSITOS E LIMITAÇÕES.**

Dra. Anabela Barcelos

Unidade de Reumatologia, Hospital Infante D. Pedro, Aveiro

Avanços recentes no tratamento da Espondilite Anquilosante (EA) como seja a utilização de agentes antagonistas do factor de necrose tumoral alfa (anti-TNF $\alpha$ ), permitiram obter significativas melhorias no controlo da actividade inflamatória da

doença e da capacidade funcional e qualidade de vida destes doentes.

Contudo, questões de eficácia e segurança destes fármacos, a curto e a longo prazo, exigem que se proceda a uma selecção minuciosa dos doentes, sendo para tal útil a elaboração de *guidelines* terapêuticas. À semelhança do que ocorreu noutros países europeus e norte americanos, também entre nós se fez um esforço de consenso, que permitiu a elaboração de *guidelines* nacionais, igualmente baseadas na análise das evidências e opiniões de especialistas.

O objectivo principal é melhorar a qualidade dos cuidados médicos prestados aos nossos doentes, e, assim, diminuir o impacto multidimensional da doença.

Existem, contudo, algumas limitações a estas *guidelines*, como por exemplo os critérios de diagnósticos actualmente aceites, pelo que se impõe, a breve prazo, a sua própria revisão, de acordo com novas evidências, e avaliação da sua exequibilidade prática, na clínica quotidiana.

## MR2 – Interface Reumatologia / Clínica Geral

**Presidente:** Dr. Guilherme Figueiredo

**Moderador:** Dr. Paulo Coelho

### MR2.1 – TERAPÊUTICA DOS FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULARES NOS DOENTES REUMÁTICOS

Dr. João Sequeira Carlos

Unidade de Saúde Familiar Rodrigues Miguéis

Centro de Saúde de Benfica – Lisboa

Direcção Nacional da APMCG

O Médico de Família (MF) gere na sua prática clínica a saúde de uma população estável de pacientes. Para todos terá de dirigir procedimentos preventivos percorrendo os diferentes níveis – prevenção primária, secundária, terciária e quaternária. A promoção da saúde e a prevenção da doença é a actividade nuclear do MF. A importância desta intervenção leva a que se encare actualmente os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como *o local onde se salvam mais vidas*.

As doenças reumáticas têm uma expressão relevante na prática clínica do MF – um elevado número de consultas no contexto da Medicina Geral e Familiar (MGF) é causado por queixas do sistema músculo-esquelético. As doenças reumáticas são

um dos principais problemas de saúde dos pacientes seguidos nos CSP, facto que obriga o MF a estar habilitado para gerir o doente reumático em todas as suas dimensões. Para que os cuidados sejam efectivos é essencial que estejam assentes numa cooperação interdisciplinar resultante na articulação entre a Reumatologia e a MGF.

Uma das dimensões a contemplar nos cuidados ao doente reumático é o risco cardiovascular. Está hoje bem demonstrado que os eventos cardiovasculares constituem uma causa relevante de morbidade e mortalidade nas doenças reumáticas. Diversos estudos evidenciaram que a doença aterosclerótica evolui rapidamente e de forma acentuada nos doentes reumáticos, facto motivado principalmente pelo efeito de fenómenos inflamatórios, da autoimunidade e da disfunção endotelial associados a algumas doenças reumáticas.

O MF tem um importante papel na avaliação do risco cardiovascular destes pacientes identificando factores de risco e adoptando medidas que travem a progressão da aterosclerose e previnam eventos cardiovasculares potencialmente fatais ou incapacitantes. No doente reumático devem ser dirigidos procedimentos preventivos e terapêuticos aos factores de risco *tradicionais*: tabagismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidémia, obesidade e sedentarismo. Em articulação com o reumatologista devem ser abordados factores de risco específicos de doenças reumáticas (como na Artrite Reumatóide): inflamação crónica e hiperhomocisteinemia.

A prevenção de eventos cardiovasculares no decurso das doenças reumáticas exige cuidados partilhados e um diálogo permanente entre o MF e o reumatologista, de forma a proporcionar aos pacientes uma abordagem clínica integral em que se dirijam de forma personalizada as recomendações mais adequadas e a terapêutica mais efectiva para o controlo dos factores de risco cardiovascular. Deste modo poder-se-á melhorar a qualidade de vida do doente reumático e protelar os efeitos major da doença aterosclerótica.

### MR2.2 – TÉCNICAS EM REUMATOLOGIA

Dr. J.M. Bravo Pimentão

Serviço de Reumatologia, Hospital Egas Moniz, Lisboa

As *Técnicas Diagnósticas e Terapêuticas* realizadas pelos reumatologistas visam essencialmente atingir um diagnóstico tão precoce quanto desejável e desta forma iniciar tão cedo quanto possível uma terapêu-

tica, evitando não só a dor, que pode constituir o único sintoma em certas patologias das partes moles, mas também tentar evitar a evolução da eventual lesão articular em certas formas de artropatias inflamatórias, de que são exemplos, a artrite reumatoide, a artrite psoriática, as artropatias por deposição de cristais, entre outras. Os médicos de família/clínica geral são, sem dúvida, os primeiros a ser confrontados com as queixas dos doentes referidas ao aparelho locomotor, dada a dificuldade de acesso a centros especializados por motivos que são, de todos, sobretudo conhecidos. Estes médicos terão portanto que ter conhecimento da existência destas abordagens mais ou menos invasivas. Não se pretende pois que estes clínicos possam realizar grande parte destas técnicas, mas tão só dar-lhes a conhecer a existência das mesmas para que possam de uma forma mais célere encaminhar os seus doentes para os centros onde as mesmas possam ser realizadas.

### **MR2.3 – RECOMENDAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DOS COXIBES E AINE**

Dra. Teresa Nóvoa

Unidade de Reumatologia, Hospital Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Sendo os anti-inflamatórios não esteróides, altamente eficazes no tratamento da dor e inflamação, particularmente na patologia músculo-esquelética, não é de admirar que sejam das drogas mais prescritas em todo o mundo. Para termos uma ideia, só no espaço de um ano (1999) foram prescritos 111 milhões e 18,5 milhões de AINES respectivamente nos EUA e na Inglaterra, o que corresponde a cerca de 3% de todas as prescrições do mercado.

No entanto, os efeitos secundários destes fármacos, particularmente os gastrointestinais, que podem variar de uma simples dispepsia a uma hemorragia digestiva e perfuração, são os responsáveis por mais de 100.000 hospitalizações anuais, 17.000 mortos/ano nos EUA com custos que rondam os 1,6 bilhões de dólares. Na Inglaterra os números apontam para 10.000 hospitalizações e 2.000 mortes/ano.

Estes números tem tendência para aumentar, com a generalização da utilização dos AINES particularmente à medida que a população envelhece e aumenta a comorbilidade associada.

Uma nova classe – inibidores selectivos da COX2 – foi desenvolvida para providenciar uma eficácia semelhante à dos AINES tradicionais, mas com uma segurança gástrica semelhante à do placebo. No

entanto, e após 6 anos de aprovação nos EUA, os resultados de 3 estudos randomizados, evidenciaram um grande aumento de risco cardiovascular com este grupo de fármacos.

A acção dos AINES deve-se à inibição da biosíntese dos prostanóides quer pela COX1, quer pela COX2. Após uma breve revisão sobre os modos de actuação dos inibidores COX1 e COX2, vamos rever os efeitos adversos e comparar as suas eficácias e segurança.

Por fim, abordaremos as melhores opções terapêuticas, que em principio devem ser individualizadas e ter em conta os factores de risco que o doente apresenta, particularmente os relacionados com complicações gastroduodenais e cardiovasculares.

### **MR3 – Estratégia Terapêutica na Artrite Reumatóide**

**Presidente:** Prof. Doutor Armando Porto

**Moderador:** Dra. Maria José Santos

#### **MR3.1 – PODERÁ O TRATAMENTO AGRESSIVO E PRECOCE ALTERAR EFECTIVAMENTE A EVOLUÇÃO DA ARTRITE REUMATÓIDE?**

Prof. Doutor John Isaacs

Professor of Clinical Rheumatology

Newcastle University, UK

There are short-term and long-term management goals for the patient with rheumatoid arthritis (RA). Short-term goals include pain relief, suppression of inflammation, and maintenance of both function and quality of life. These are also important long-term goals but, in addition, prevention of joint damage, osteoporosis and cardiovascular morbidity, and maintenance of good general health require attention.

Traditionally, RA was treated in a 'pyramid' approach, in which less aggressive therapy was only followed by DMARDs and, perhaps, cytotoxic therapies when radiological damage was established. The realisation that, firstly, 'complications' of RA (radiological damage, osteoporosis and cardiovascular morbidity) are difficult or impossible to reverse and, secondly, that RA is a fatal disease, have resulted in the study of more aggressive treatment regimes. These have included so-called 'sawtooth' regimes (consecutive use of single DMARDs), 'step-up' regimes (gradual addition of DMARDs to control disease progression), and 'step-down' regimes

(initial combination therapy followed by gradual reduction of treatment intensity once inflammation is controlled). Recently, the early introduction of biologic therapy has also been investigated. It is now generally accepted that the aim of therapy should be disease remission.

Several of these studies have suggested the existence of a 'window of opportunity' early during the course of RA, when effective treatment has a major effect on long-term disease outcome, even if aggressive therapy is subsequently tapered. This has been likened to the management of a malignant tumour, in which early, aggressive treatment reduces the burden of disease to a level that is relatively easily controlled with less toxic and aggressive therapies. In contrast, similarly aggressive treatment after the window of opportunity has closed can temporarily suppress activity but the disease ultimately progresses relentlessly. As in oncology, to a certain extent treatment then becomes palliative.

Before early, aggressive treatment gains widespread acceptance, several questions must be answered. 1. What is the underlying pathophysiological basis to the window of opportunity? Possibilities include: the spreading of autoreactivity; a transition in disease pathology from immune-driven to fibroblast-driven; a transition in fibroblasts themselves to a quasi-malignant phenotype. 2. How long does the window of opportunity last? Studies suggest anything from 8 months to 2 years from symptom onset. The window may vary between patients, in which case we urgently require a biomarker that marks the transition to progressive disease. 3. Should such a strategy be applied to all patients? Several of the studies alluded to above suggest probably not, because some patients do not have progressive disease even with milder therapies. Therefore it is essential to define generally agreed, sensitive and specific markers(s) of aggressive disease, such as the shared epitope, anti-CCP antibodies and rheumatoid factor. 4. How aggressive is aggressive, how long should such therapy be maintained, and what is adequate maintenance therapy? Importantly, does initial therapy need to include biologic agents and/or corticosteroids? Will even earlier institution of therapy allow less aggressive intervention, perhaps ultimately targeting sub-clinical 'pre-RA'?

Studies of aggressive early intervention are already demonstrating beneficial effects on long-term function, quality of life, morbidity, mortality, and work instability. What is now required are re-

liable markers of early RA along with well-designed, long-term studies of remission induction regimens followed by maintenance therapy. This will be no mean feat but RA trials are becoming increasingly sophisticated and several of the questions posed above are starting to be answered.

### MR3.2 – ANTI-TNF $\alpha$ PARA TODOS?

Prof. Doutor Johannes W.J. Bijlsma

Department of Rheumatology & Clinical Immunology, University Medical Center Utrecht, The Netherlands.

Of course TNF $\alpha$  blockade will not be given to all our rheumatoid arthritis patients. However, to make optimal use of this very potent and effective treatment it is necessary to have a critical look at the data. It is relevant to make a division between early and established RA.

**Early RA:** In the Dutch Best Trial different treatment strategies have been applied in patients with early rheumatoid arthritis. One of these treatment strategies was the start of TNF $\alpha$  blockade directly after diagnosing the disease. It was shown that this is as effective as combination treatment with glucocorticoids, methotrexate and sulphasalazine; in addition in the follow up of these patients it proved to be possible to stop this aggressive treatment in more than half of the patients within 2 years.

However, from that study, and from different other studies in early RA, including a tight control study from Utrecht, it has become clear that optimal use of methotrexate, perhaps in combination with low-dose glucocorticoids, is also able to reduce the severity of the disease adequately. Different treatment strategies that are used nowadays in early rheumatoid arthritis will be discussed.

**Established RA:** Most studies in established RA with TNF $\alpha$  blockade were performed in patients not responding adequately to methotrexate. However, it is interesting to see how different TNF $\alpha$  blockers are now used in daily practice. TNF $\alpha$  blockers are now used as part of a treatment strategy. As far as the literature shows at this moment even in established RA TNF $\alpha$  blockade, mostly in combination with methotrexate, is able to stop further progression. Different aspects will be evaluated.

### MR3.3 – O PAPEL DOS FACTORES GENÉTICOS NA TERAPÊUTICA DA ARTRITE REUMATÓIDE

Prof. Doutor João Eurico Cabral da Fonseca

Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria e Unidade de Artrite Reumatóide, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa

A genética da Artrite Reumatóide (AR) é complexa, envolvendo pelo menos 10 regiões distintas que contribuem de diferentes formas quer para a susceptibilidade à doença, quer para a sua evolução. No decurso das últimas duas décadas têm sido realizados diversos estudos com o intuito de melhor compreender as várias regiões genéticas envolvidas na susceptibilidade à AR, estimando-se que a contribuição genética total para a predisposição à doença ronda os 50%.

Observa-se hoje uma procura sistemática de variações funcionalmente relevantes na sequência de genes que possam influenciar os efeitos de vários fármacos. Assiste-se à crescente evolução da farmacogenética, na busca do fármaco e dose indicadas para cada doente, caminhando-se para uma terapêutica cada vez mais dirigida e personalizada. Devido à considerável variação individual de resposta aos vários tratamentos usados na AR, a capacidade de prever a ausência de resposta seria de grande interesse clínico. As recentes abordagens biotecnológicas ao tratamento da AR, embora extremamente eficazes na maioria dos casos, não se traduzem em qualquer benefício clínico em cerca de 20-30% dos doentes, existindo uma necessidade premente de compreender os mecanismos moleculares que estão na base desta ausência de resposta.

Apesar de já existirem vários trabalhos publicados sugerindo um papel relevante de algumas áreas do genoma sobre a resposta à terapêutica da AR (nomeadamente a região do promotor do Factor de Necrose Tumoral alfa e o HLA DRB1), permanece por comprovar o valor real da genotipagem na determinação do prognóstico de doentes com AR e na previsão da eficácia do tratamento. Existe, por isso, uma necessidade crescente de investigação centrada na genética da AR, que forneça dados que melhorem o seguimento clínico dos doentes e que contribuam para uma melhor compreensão dos mecanismos fisiopatológicos desta doença.

### **MR3.4 – TRATAMENTO DA ARTRITE: VER ALÉM DAS ARTICULAÇÕES**

Prof. Doutor José António Pereira da Silva  
Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra e Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra

As doenças reumáticas inflamatórias têm, para as suas vítimas, consequências que ultrapassam, em muito, os limites estritos das articulações em que se centra o processo inflamatório. Incluem-se, nesta perspectiva, e antes de mais, as manifestações extra-articulares destas doenças, frequentemente ignoradas pelos instrumentos validados de metrologia. Importa considerar também as complicações sistémicas, inespecíficas, do próprio processo inflamatório com destaque para a fadiga, a depressão e outros factores decisivos na qualidade de vida, bem como a doença coronária e a amiloidose entre outros. O impacto das doenças reumáticas inflamatórias é ainda reforçado pelos efeitos secundários das terapêuticas e pelo seu custo.

Nesta apresentação acentuamos a necessidade da abordagem holística do doente reumático e ensaiamos uma análise crítica do valor e impacto dos avanços terapêuticos recentes na perspectiva global do doente, visto para além das suas articulações

**DIA 28 DE ABRIL DE 2006**

### **MR4 – O que Há de Novo Acerca da Dor?**

**Presidente:** Prof. Doutor Jaime C. Branco  
**Moderador:** Prof. Doutor Manuel Quartilho

#### **MR4.1 – NEUROBIOLOGIA DA DOR**

Prof. Doutor Armando Almeida  
Grupo de Neurociências, Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Braga

Uma lesão aguda periférica e o processo inflamatório associado desencadeia a activação do sistema nociceptivo, um mecanismo essencial de defesa do organismo na manutenção da sua integridade. O sistema nociceptivo tem a capacidade de activar fibras aferente primárias (nociceptores) A $\delta$ (delta) e C, as quais libertam glutamato que se liga a receptores AMPA de «transmissão rápida», activando os neurónios nociceptivos da medula espinhal. Estes podem transmitir informação nociceptiva para o encéfalo ou modular localmente a transmissão da informação nociceptiva espinhal. A nocicepção ascendente atinge diversas áreas da formação reticular do tronco cerebral, tálamo medial (processamento afectivo-volitivo da dor) e o tálamo lateral (processamento sensitivo-discriminativo da dor). Em casos de dor crónica nociceptiva ou neuropática a activação continuada das fibras periféri-

cas ou a sua lesão induz uma barreira constante de informação nociceptiva sobre o corno dorsal da medula espinhal que origina alterações profundas na modulação da transmissão nociceptiva espinhal. Estas resultam em sensibilização periférica e sensibilização central associadas a hiperalgesia e alodínia, que envolvem a ligação do glutamato a receptores NMDA, de que resulta um enorme influxo de cálcio e uma despolarização dramática dos neurónios nociceptivos. Esta plasticidade neuronal ao nível dos aferentes primários, neurónios nociceptivos espinhais e neurónios do encéfalo implicados no processamento supraspinal da dor e na modulação descendente da dor acaba por originar alterações no genótipo das células nociceptivas, cuja reversão constitui ainda um objectivo utópico da ciência actual. O bloqueio de mediadores inflamatórios periféricos e centrais, o reforço da actividade do sistema interneuronal inibidor da medula espinhal e o reforço do sistema antinociceptivo descendente de áreas do tronco cerebral que inibem a transmissão nociceptiva espinhal são áreas primordiais de investigação no controlo da dor. Resultados experimentais promissores ocorreram recentemente, por exemplo no âmbito da manipulação dos sistemas endógenos por terapia génica, bloqueio espinhal dos receptores de glucocorticóides e bloqueio ou facilitação de canais iónicos.

#### MR4.2 – ASPECTOS PSICO-SOCIAIS DA DOR

Prof. Doutor Manuel Quartilho

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra

Esta apresentação pretende salientar a importância dos aspectos psicológicos da dor crónica. De uma forma esquemática, faz uma revisão dos vários modelos de percepção da dor, da importância da atenção, das emoções, das cognições, e das aptidões de lidar com a dor. Estes aspectos são depois relacionados com a prática clínica, com o objectivo de valorizar a necessidade de avaliação e intervenção psicológicas, no contexto da dor crónica.

#### MR4.3 – MÉTODOS DE MEDIÇÃO DE DOR

Prof. Doutor Richard H. Gracely, Ph.D.

Professor, Medicine-Rheumatology and Neurology  
Director of Mechanistic Studies, Chronic Pain and Fatigue Research Program University of Michigan Health System, VAMC – Ann Arbor

Fibromyalgia is defined by widespread pain and tenderness at 11 or more of 18 defined tender points. Current evidence indicates that tender points are not unique to fibromyalgia, and are simply regions in the body where all people are more tender. Using the number of painful tender points as a measure of tenderness is clinically expedient, but theoretically vulnerable to bias and influenced by subjective distress.

Other means of assessing tenderness (e.g., pressure dolorimeter devices, or more elaborate psychophysical methods) demonstrate the same increased pain sensitivity in fibromyalgia that is noted with tender point assessments, but these measures are relatively independent of biasing factors or distress. Standard psychophysical procedures show that the level of blunt pressure needed to evoke a moderate level of pain in fibromyalgia patients is about half the level needed in healthy control subjects. When these levels of pressure, calibrated to produce moderate pain in each person, are delivered in an fMRI scanner, both patients and control subjects show similar levels of increased activity in a number of brain regions known to be involved in pain processing. When the lower pressures delivered to patients are delivered to control subjects, there is minimal activation, and a statistical comparison shows greater activity in patients in the same group of brain regions activated by moderately painful stimulation in each group. These regions include primary and secondary somatosensory cortex, insula, inferior parietal lobule, and cerebellum. These results using psychophysical and fMRI methods are consistent with a general centralized augmentation of mechanical pain sensitivity in fibromyalgia, and this augmentation may be a common feature of other pain syndromes such as idiopathic low back pain and temporomandibular disorders.

#### MR5 – Tuberculose e Terapêutica Inibidoras do TNF $\alpha$

**Presidente:** Dr. Jesus Tomero Molina

**Moderador:** Dr. Domingos Araújo

#### MR5.1 – IMPLICAÇÕES PATOGÉNICAS DAS TERAPÊUTICAS ANTAGONISTAS DO TNF $\alpha$ NA INFECÇÃO TUBERCULOSA

Prof. Doutor Juan Gomez-Reino

**MR5.2 – ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS DA TUBERCULOSE EM DOENTES SOB TERAPÊUTICAS ANTAGONISTAS DO TNF $\alpha$ . A EXPERIÊNCIA ESPANHOLA E INTERNACIONAL**

Dra. Loreto Carmona

Unidad de Investigacion, Sociedad Española de Reumatología, Madrid, Espanha

In animal models, TNF $\alpha$  contains latent tuberculosis (TB) infection. TNF $\alpha$  inhibition leads to fatal reactivation and TNF $\alpha$  deficient mice are susceptible to *Mycobacterium tuberculosis*. During the clinical trials of the first TNF antagonists, TB was not an important issue. The first general warning on infections came from the FDA in November 2000 and the first action against TB infection was taken by the EMEA, in December of that year, adding a warning label to the SPC of Remicade®, by which 1) If active TB is suspected, infliximab treatment should be stopped until the diagnosis is ruled out or the infection is treated in accordance with current guidelines; 2) Before starting treatment with infliximab, patients should be evaluated for both active and inactive («latent») tuberculosis, by way of detailed medical history that includes personal history of TB or possible previous contact with TB, and consideration of appropriate screening tests (chest x-ray, tuberculin tests). Prescribers were reminded that the tuberculin test may give false negative results in patients who are severely ill or immunosuppressed. And 3) If inactive or «latent» TB is diagnosed, measures should be taken to prevent the activation of TB and the risk/benefit for the patient should be considered before starting infliximab therapy. In November, 2001, at the ACR meeting in San Francisco, data from a US study showed an undetermined result regarding increase of TB while on biologics but with a trend towards no increase and a Spanish study showed a clear increase of TB in RA patients on biologics compared to patients under other treatments. Most of the rheumatologists did not trust the relationship. The question at that time was whether RA by itself was a predisposing factor for TB infection. Our group found an incidence rate ratio (IRR) of 4.13 (95% CI 2.59-6.83) in RA compared to the general population (25 per 100,000) in year 2001 (the study was published one year later). But when we compared TB rates in RA patients on biologics and on other DMARDs, the difference was as high as an IRR of 5.4 [2.4 - 14.3], showing a clearly added effect of TNF inhibition. The rates were over 400 cases per 100,000 inhabitants, way over the range of TB in AIDS. That was the reason why the Spanish Society of Rheumatology (SER) and the Spa-

nish Medicines Agency adopted very strict measures regarding prevention of reactivation of latent TB infection (LTBI), actually overlapping those recommended by the American Thoracic Society for AIDS patients. These were: 1) Should a patient receive a TNF antagonist he must be screened for LTBI by means of a) history of infections or close contacts, b) a PPD test, considered positive if equal or greater than 5 mm, c) a booster PPD 7-10 days later if first PPD was negative, and d) a chest X-ray in search of granulomas or any lesion suggestive of past TB; 2) If a PPD is positive or the chest X-ray shows past TB, or the patients refers close contact to active TB, prophylaxis with isoniazide for 9 months (5 mg/kg daily up to a maximum of 300 mg) is recommended and treatment with the TNF antagonist delayed at least one month. Other international and national guidelines have not been as strict as ours, probably taking into account the lower background rates of the national populations. However, so far, our recommendations are the only ones being tested and the effectiveness has been sound: a reduction from 20 times the rate in general population down to 8 times, and no difference with RA background rates. Moreover, we have analyzed the reduction depending on the adherence to the recommendations and we have found no cases of TB in RA patients in whom recommendations were strictly followed (2,595 RA patient-years of exposure) versus 11 cases if these were incompletely followed (2,614 RA patient-years of exposure). There have been only two cases of TB in non-RA patients, yielding a rate that overlaps with that of the general population in Spain.

TB reactivation has been seen with all TNF antagonists, with no statistical difference, so we recommend screening before treatment with any of them. We have shown that screening dramatically reduces the incidence of active TB and we vehemently recommend it, but always adapted to local circumstances, specially background rates and BCG exposure.

**MR5.3 – RECOMENDAÇÕES DA SPR/SPP PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE LATENTE EM DOENTES CANDIDATOS A TERAPÊUTICA ANTI-TNF $\alpha$**

Prof. Doutor João Eurico Cabral da Fonseca

Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria e Unidade de Artrite Reumatóide, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa

A utilização de fármacos inibidores do Factor de

Necrose Tumoral Alfa (anti-TNF $\alpha$ ) em populações com prevalência elevada de tuberculose, como acontece em Espanha e em Portugal, revelou um aumento dos casos de tuberculose nos doentes sob estas terapêuticas. A tuberculose que surge em doentes sob terapêutica anti-TNF $\alpha$  resulta, na maioria das vezes, da reactivação de uma infecção latente, tem início geralmente nos primeiros meses de tratamento e exibe frequentemente um comportamento atípico, por vezes difícil de diagnosticar. O TNF $\alpha$  é fundamental para a defesa imunológica contra o *Mycobacterium tuberculosis*, particularmente para a formação e manutenção dos granulomas, e em modelo animal é possível documentar a reactivação da tuberculose após administração de anticorpos anti-TNF $\alpha$ .

Actualmente existem recomendações específicas para a realização de radiografia de tórax e prova de tuberculina, antes do início da terapêutica anti-TNF $\alpha$ , que são seguidas em Portugal desde 2002. Se o doente apresentar tuberculose activa, está contraindicada a utilização de anti-TNF $\alpha$ . Se apresentar uma prova de mantoux superior a 5mm deve ser instituída terapêutica com isoniazida 300mg/dia durante 9 meses. O fármaco é habitualmente iniciado após o doente completar pelo menos 1 mês de tratamento com isoniazida. No entanto, apesar destas medidas, continuam a ocorrer casos de tuberculose em Portugal, particularmente nos doentes tratados com anticorpos anti-TNF $\alpha$ , conforme é reportado pelo Grupo de Estudos de Artrite Reumatóide da Sociedade Portuguesa de Reumatologia neste congresso. As especificidades da realidade epidemiológica da tuberculose em Portugal poderão explicar, pelo menos parcialmente, este problema.

Pretende-se, com estas recomendações sobre o diagnóstico e tratamento da tuberculose latente em doentes com Artrite Reumatóide e com outras doenças inflamatórias articulares tratados com fármacos inibidores do TNF $\alpha$ , reduzir o número de casos de reactivação de tuberculose latente e de infecções de novo neste grupo de doentes através da adaptação das recomendações internacionais à realidade Portuguesa.

## MR6 – Avanços Terapêuticos no Lúpus Eritematoso Sistémico. Papel Actual da Ciclofosfamida e suas Alternativas

**Presidente:** Dr. José Canas da Silva

**Moderador:** Dr. José Miguel Bernardes

## MR6.1 – TERAPÊUTICA DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DADOS NACIONAIS

Dr. Ricardo Figueira

Colaboração dos Serviços de Reumatologia do

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

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

3. Hospital Egas Moniz, Director J. Branco

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

**Objectivo:** Apresentar os dados referentes à terapêutica do Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) numa população de doentes portugueses, com particular destaque para a utilização de fármacos imunossuppressores.

**Métodos:** Os autores analisaram variáveis sócio-demográficas, comportamentais, clínicas, imunológicas, co-morbilidade e terapêuticas utilizadas em 524 doentes com LES seguidos nas consultas externas de Reumatologia dos Hospitais de Santa Maria, Garcia de Orta, Egas Moniz e Instituto Português de Reumatologia entre 1976 e 2005. Os dados foram obtidos retrospectivamente, por consulta dos processos individuais e, sempre que possível, confirmados por contacto directo com os doentes.

**Resultados:** Quatrocentos e oitenta e sete doentes (92,9%) era do sexo feminino e 37 (7,1%) do sexo masculino, 88,7% caucásicos, 7,8% de raça negra, 0,2% de raça oriental e em 17 casos (3,2%) não foi possível obter essa informação. A idade média à data do diagnóstico era de  $35,1 \pm 15,5$  anos, a duração média da doença era de  $8,6 \pm 7,5$  anos e o tempo médio de seguimento foi de  $6,7 \pm 5,9$  anos.

Apresentaram envolvimento articular 469 doentes (89,5%), cutâneo 423 doentes (80,7%), hematológico 297 doentes (56,7%), renal 196 doentes (37,4%), das serosas 134 doentes (25,6%) e neurológico 94 doentes (17,9%).

Verificámos que os corticosteróides foram utilizados em 93,5% dos doentes e os antipalúdicos de síntese em 73,3%. A proporção de doentes medicados com imunossuppressores foi a seguinte: azatioprina em 28,0%, ciclofosfamida em 9,3%, metotrexato em 9,3%, micofenolato de mofetil em 2,1%, ciclosporina A em 0,6% e Rituximab em 0,2%.

As principais indicações clínicas em que os imunossuppressores foram prescritos foram o envolvimento renal (44,8 % fizeram terapêutica com azatioprina, 20,4% com ciclofosfamida e 5,6 % com micofenolato de mofetil), o envolvimento neurológico (40,4% fizeram azatioprina, 19,1% ciclofosfamida e 2,1% micofenolato de mofetil) e o envol-

vimento hematológico (30,9% fizeram azatioprina, 10,7 % ciclofosfamida e 1% micofenolato de mofetil).

**Discussão/Conclusão:** Os corticosteróides e antipalúdicos de síntese foram os fármacos mais frequentemente utilizados. Os imunossupressores foram usados principalmente nos doentes com envolvimento renal, neurológico e hematológico, tal como seria de esperar. A azatioprina foi o imunossupressor mais utilizado. Estes resultados têm sobretudo um valor histórico, uma vez que traduzem as atitudes terapêuticas ao longo de 30 anos.

### MR6.2 – O ESTADO DA ARTE NO TRATAMENTO DA NEFRITE LÚPICA

Dr. Pedro Ponce

Serviço de Nefrologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

Uma procura incessante de melhores terapêuticas para a nefrite lúpica impõe-se: 1) Para controlar doença refractária; 2) Para prevenir recaídas; 3) Para evitar esclerose glomerular / intersticial; 4) Evitar efeitos adversos da terapêutica.

A terapêutica da nefrite lúpica tem duas vertentes paralelas e concomitantes:

- **Terapêutica Imunossupressora:**

Remissão das manifestações renais, extra-renais e serológicas → Resolução da hematúria, cilindruária, estabilização da creatinina e da proteinúria

- **Terapêutica da Insuficiência Renal Crónica e Cardiovascular:**

IECAs / ARAs tendo como alvo T.A. < 130/80 mmHg, Estatinas para LDL col < 100 mg/dl, controlo da obesidade e tabagismo...

As ARMAS TERAPÊUTICAS ao nosso dispor incluem, entre outras:

- Ciclofosfamida oral ou E.V.
- Prednisona ou Metilprednisolona
- Micofenolato Mofetil (MMF)
- Ciclosporina
- Rituximab
- Sirolimus
- CTLA4IG
- Anticorpos antiC5
- Campath
- LJP 394
- Terapêutica imunoablativa

### Recomendações Possíveis para Terapêutica de Indução:

(apesar da literatura mais recente)

- 6 pulsos mensais de Ciclofosfamida E.V. de 500 a 750mg para um nadir de leucocitos > 3500/mm<sup>3</sup>, associada a
- 6 pulsos mensais de 500 mg de Metilprednisolona
- Prednisona oral início 1 mg/kg no máximo 8 semanas, desmame 5 a 10mg/dia/sem até ao mínimo que controla manifestações extra-renais
- MMF até 2 gr/dia é alternativa em doença menos agressiva ou quando haja contraindicação para Ciclofosfamida

### Recomendações Possíveis Paraterapêutica de Manutenção:

- MMF 1 a 2gr/dia oferece os melhores resultados em termos de recaídas (20%) ou mortalidade (NEJM 04, 350:971)
- Manutenção deve prolongar-se > 18 a 24M com desmame lento
- Prevê recaída uma subida dos níveis de anti-DNAs, uma queda do C3/C4 mais do que o valor absoluto, ou cilindruária de novo (West. AJKD 91, 18:686)

### MR6.3 – QUAL O PAPEL DOS AGENTES BIOLÓGICOS NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Dra. Maria José Leandro

University College London, Londres, Reino Unido

No tratamento do Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) continua a haver necessidade de novas abordagens terapêuticas que possibilitem uma maior eficácia e menor toxicidade do que as terapêuticas imunossupressoras habituais. Nos últimos anos surgiram vários agentes biológicos para o tratamento das doenças reumáticas autoimunes incluindo o LES. Entre as novas terapêuticas contam-se a depleção de Linfócitos B com base no rituximab (anticorpo monoclonal anti-CD20), um anticorpo monoclonal anti-CD22 (epratuzumab), um anticorpo anti-receptor da IL-6, estratégias de bloqueio do BlyS/BAFF e APRIL (anti-BlyS/BAFF, TACI-Ig, BR3-Ig, BCMA-Ig), estratégias dirigidas a antigénios específicos como o péptido LJP 394 e o edratide (TV4710) e estratégias que visam inibir a activação dos Linfócitos T como o abatacept (CTLA-4Ig).

Para vários destes agentes biológicos existem já dados de ensaios clínicos de fase I ou II. Os dados disponíveis dizem sobretudo respeito a segurança e efeitos biológicos mas existem já dados sobre a eficácia de alguns deles. No caso da depleção de

Linfócitos B com base no rituximab, o facto deste fármaco existir no Mercado para o tratamento do linfoma de células B permitiu a sua utilização em doentes refractários as terapêuticas habituais. Dados referentes a pequenas séries de doentes com LES refractário sugerem que esta terapêutica pode conduzir a uma melhoria clínica significativa com uma boa tolerância. Um ensaio de fase II/III está em curso.

#### MR6.4 – AVALIAÇÃO E PROGNÓSTICO NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Dr. Anisur Rahman PhD, FRCP  
Senior Lecturer in Rheumatology  
University College London, Londres, Reino Unido

Mortality from SLE has fallen considerably over the last fifty years. This is partially due to the use of immunosuppressive regimes in life-threatening forms of SLE such as lupus nephritis. Assessment of these severe forms can be expressed in terms of hard end-points such as renal failure or death. Most patients with SLE, however, suffer milder manifestations of disease and it is harder to define outcome measures in these cases - especially as different patients have widely different symptoms.

To solve this problem, many groups have developed disease activity measures. These involve listing the patient's symptoms, signs and results of laboratory tests and converting this information into a numerical score. Some measures weight the score so that symptoms in some systems (e.g. kidney) are scored higher than others (e.g. joints). Most measures produce a global score representing the whole disease process. The British Isles Lupus Assessment Group (BILAG) index scores each system separately. There are advantages to both the global and system-specific methods which will be discussed in this talk.

It is increasingly recognized that many patients with SLE die not from the disease itself but from cardiovascular problems such as myocardial infarction and stroke. The risk of these problems is significantly higher in patients with SLE than in age and sex matched controls. The reasons for this are not understood fully but involve both traditional risk factors such as tobacco and lipid levels, and more SLE-specific factors such as chronic inflammation and antiphospholipid antibodies. Cardiovascular outcomes in SLE will be discussed.

## MR7 – Osteoartrose

**Presidente:** Dr. Augusto Faustino  
**Moderador:** Dr. Rui André Santos

### MR7.1 – AVANÇOS NO DIAGNÓSTICO DA OSTEOARTROSE: MARCADORES BIOLÓGICOS E IMAGIOLOGIA

Prof. Doutor Bernard Mazières  
Service de Rhumatologie  
CHU Rangueil – Toulouse – France

L'arthrose est une maladie du cartilage d'abord, qui touche ensuite l'os sous-chondral et la synoviale, au moins lors de poussées de la maladie. Le seul outil usuel dont nous disposons actuellement pour évaluer l'évolution structurale de l'arthrose est la radiographie standard. Elle est un reflet lent et imparfait de cette progression.

D'ou la recherche de marqueurs biologiques de l'arthrose qui seraient plus sensibles au changement arthrosique de l'articulation (intérêt diagnostique), plus sensibles aux changements structuraux de la maladie (intérêt pronostique).

**Quels marqueurs?** La recherche d'un marqueur unique paraît illusoire et c'est probablement d'étude de plusieurs marqueurs qui permettra de progresser : marqueurs des différents tissus de l'articulation, marqueurs de la synthèse et de la dégradation des constituants de ces différents tissus (Tableau I).

**Où les doser?** Dans le liquide synovial qui est le meilleur reflet de l'articulation malade, mais l'épanchement est inconstant, parfois difficile à obtenir et le volume de diffusion est variable.

Dans le sang, le dosage échappe à ces critiques, mais le marqueur est le reflet de la totalité des cartilages (et pas seulement articulaires). La standardisation n'est pas toujours au point, la reproductibilité variable, les normes mal définies.

Dans les urines, les taux deviennent faibles, nécessitant des techniques au seuil de détection très bas.

**Facteurs de variations physiologiques.** Plusieurs de ces marqueurs varient en fonction de l'âge, du sexe, de l'indice de masse corporelle, de l'heure du recueil (rythme circadien), de l'effort physique.

**Dans l'arthrose.** La corrélation de certains marqueurs avec les paramètres cliniques de la maladie (douleur, indices algo-fonctionnels) est variable dans la littérature, peu convaincant.

**Tableau I. Quelques Marqueurs Potentiels de l'Arthrose**

<b>Synthèse</b>	<b>Dégradation</b>
Os	Ostéocalcine Phosphatases alcalines osseuses Fractions N et C terminales du propeptide du collagène de type I
Cartilage	Fractions N et C terminales du propeptide du collagène de type 2 Chondroïtine sulfatée (épitopes 846, 3B3, 7D4) YKL-40
Synoviale	Acide hyaluronique YKL-40 COMP Matrix metalloproteinases (MMPs) Tissue inhibitor of metalloproteinases (TIMP)
Inflammation	CRP

La corrélation avec des paramètres structuraux est plus nette (avec le degré d'ostéophytose, de pincement, en fonction du stage de Kellgren et Lawrence, ou en fonction de l'importance de l'œdème osseux sous-chondral observé en IRTM)

**Les questions en suspens.** Un (ou des) marqueur(s) permettrait-il de dépister précocement une arthrose, infra-radiologique dans des populations à risque (après ménisectomie ou traumatisme articulaire)?

Des taux anormaux d'un (ou plusieurs) marqueur permettrait-il de différencier les malades rapidement progressifs des progressifs lents (à l'extrême, dépistage des arthroses destructrices rapides)?

Un changement de valeur d'un marqueur sous l'effet d'un traitement à visée chondroprotectrice permettrait-il de dépister un tel effet de façon plus précoce que la simple radio standard?

**MR7.2 – O PAPEL DO OSSO SUBCONDAL NA EVOLUÇÃO DA OSTEOARTROSE. ACÇÃO DE FÁRMACOS ANTI-OSTEOPORÓTICOS NA CARTILAGEM**  
Prof. Doutor Gabriel Herrero-Beaumont  
Fundacion Jimenez Diaz, Madrid, Espanha

A arthrose, osteoartrite (OA) ou doença degenerativa da cartilagem articular, é um processo de evolução irreversível que resulta de um desequilíbrio na homeostasia condrocitária. Como consequência,

existe desigualdade entre degradação e síntese dos distintos componentes da matriz extracelular (MEC), com claro predomínio dos processos catabólicos. Se bem que o condrocito seja o elemento central na manutenção da referida homeostasia, outras estruturas participam também no início e progressão da artrose. De facto, fala-se hoje da OA como uma falência ou insuficiência articular global – em comparação com outras estruturas orgânicas – em que participam todas as estruturas articulares, desde a cartilagem até aos tendões, cápsula e ligamentos, tendo especial importância a interacção entre três elementos: cartilagem hialina normal, osso subcondral e membrana sinovial, esta última especialmente nas fases mais avançadas. Nesta revisão vamos-nos centrar no papel que o osso subcondral desempenha na patogénia da OA, assim como as suas possíveis implicações terapêuticas.

**MR7.3 – AVANÇOS NA TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA. MEDICINAS ALTERNATIVAS NA OSTEOARTROSE: MEDICINA BASEADA NA EVIDÊNCIA**  
Prof. Doutor Bernard Mazières  
Service de Rhumatologie  
CHU Rangueil  
Toulouse – France

Dans le domaine des médecines «parallèles», encore appelées par les anglo-saxons « adjuvantes et

complémentaires » l'arthrose est à l'honneur. Quelques articles de bonne tenue scientifique, dans des revues généralistes de la plus haute importance internationale, ont été publiés récemment donnant un éclairage neuf et sérieux sur des modalités thérapeutiques très controversées.

Trois articles rapportent des essais randomisés, contre comparateurs variés (acupuncture factice, AINS, série témoin simple), de l'**acupuncture** dans le traitement de la gonarthrose. Les conclusions sont concordantes : ça marche ! Reste à savoir pendant combien de temps, selon quelle périodicité des séances, etc... Mais on soulage significativement la douleur et on améliore la fonction de ces malades douloureux chroniques.

Un essai randomisé montre que les bonnes vieilles **sangsues** de nos grand-mères soulagent aussi le gonarthrosique. Au dire des auteurs, l'acceptabilité de la méthode est excellente!

Mais le plus étrange est un article du British Medical Journal démontrant qu'un **bracelet magnétique** au poignet soulage les douleurs d'arthrose du genou et de la hanche. Le plus intéressant est la lecture du volumineux courrier que cet article a suscité: comment ça marche (on n'en sait rien), est-ce un effet placebo (mais comment expliquer que les animaux soient, eux aussi, améliorés?), comment un journal réputé sérieux peut-il publier de telles inepties (un mandarin de la médecine anglaise)?

Bref, tout cela est réjouissant, en attendant le vrai chondroprotecteur de demain!

#### MR7.4 – EPI-PORTO: AVALIAÇÃO REUMATOLÓGICA DE UMA POPULAÇÃO

Dr. Rui André<sup>1</sup>, Dra. Lúcia Costa<sup>2</sup>, Prof. Doutor Henrique Barros<sup>3</sup>

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

A osteoartrose é a doença reumática mais prevalente e uma das doenças crónicas com maior impacto no ser humano. Contudo, a atenção que lhe é dada pelos prestadores de cuidados de saúde, pelas escolas que os formam e até por vezes pelos próprios doentes parece desproporcionadamente reduzida.

Entre as explicações para esse facto podem estar o pouco mediatismo da doença, a escassa formação em reumatologia da generalidade dos médicos e, sobretudo, a muito forte associação ao processo de envelhecimento, originando um falso conceito de inevitabilidade.

Um grupo de investigadores do Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina do Porto vem seguindo há vários anos uma coorte de cerca de 4.000 indivíduos denominada EPI-Porto. Têm sido estudados aspectos tão diversificados como as doenças cardiovasculares, a nutrição e a massa óssea. Na avaliação iniciada em 2005 foi decidido incluir uma série de questões sobre queixas relativas ao aparelho locomotor e proceder à realização de radiografias simples dos segmentos do corpo mais frequentemente envolvidos pela osteoartrose. Os indivíduos com queixas sugestivas de doença reumática são avaliados por reumatologistas e é preenchido um inquérito estruturado.

Os resultados desta avaliação vão decerto constituir uma das mais importantes bases de dados sobre doenças reumáticas em Portugal e avaliar as características clínicas, imagiológicas e o impacto das doenças mais prevalentes na população, em particular a osteoartrose.

#### MR8 – Ponto da Situação em Situações Díficeis

**Presidente:** Dr. Alberto Quintal

**Moderador:** Dra. Ana Assunção Teixeira

#### MR8.1 – DOENÇA DE BEHÇET

Dr. José Vaz Patto, Dra. Sara Cortes  
Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

A Doença de Behçet (DB) é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida que é classificada no Grupo das Vasculites. Pode envolver pequenos, médios e grandes vasos.

As suas manifestações mais frequentes e menos graves são a aftose oral e genital e as lesões cutâneas.

A artrite também pouco grave e com boa resposta à terapêutica caracteristicamente é uma mono/oligoartrite recorrente e não erosiva.

O envolvimento ocular em particular a uveíte posterior e a vasculite retiniana, tem que ser tratado urgentemente devido ao risco de lesões irreversíveis e evolução mesmo para a cegueira. Muitas vezes responde á utilização de corticóides, azatiopri-

na e ciclosporina (podem ser associados), mas quando se torna refractária pode ser necessário o recurso a terapêuticas biológicas ( $\alpha$  interferon ou anti-TNF $\alpha$ ) por vezes com bons resultados.

O envolvimento neurológico continua a representar um grande desafio tanto no diagnóstico diferencial tanto quanto ao tipo de lesão neurológica. Tal facto tem especial importância se surgir antes da doença possuir critérios suficientes para um diagnóstico definitivo de DB. A melhor terapêutica a instituir no envolvimento do SNC nem sempre está definida e a resposta terapêutica é muitas vezes insatisfatória.

As flebotromboses que podem ir desde tromboflebitis superficiais até síndromes de obstrução da veia cava superior não põem em geral a vida do doente em perigo (o risco de embolia é pequeno). A sua terapêutica nos casos mais graves é controversa (anticoagulação versus imunossupressão).

Os aneurismas arteriais das grandes artérias (ex. aorta) podem constituir uma emergência cirúrgica que representa ainda complicações frequentes. Já o aneurisma pulmonar (em geral de pequenas dimensões) que representam uma das raras causas de mortalidade na DB, constitui uma emergência médica. A resposta à terapêutica com pulsos de ciclofosfamida pode ser excelente, apresentando a cirurgia destes aneurismas em caso de ruptura (manifestando-se por hemoptises) ter por vezes resultados catastróficos.

O envolvimento intestinal na DB frequente no Japão é raro na maioria dos países nos quais se incluem o nosso, coloca dificuldades de diagnóstico diferencial uma vez que as Doenças Inflamatórias Intestinais (D) podem ser acompanhadas de aftose, lesões cutâneas e uveíte.

#### MR8.2 – SOBREPOSIÇÕES ENTRE SÍNDROMA SECO E SÍNDROMA DE SJÖGREN

Dr. Filipe Barcelos, Dr. José Vaz Patto  
Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

O Síndrome de Sjögren (SS) é uma doença auto-imune crónica caracterizada essencialmente pela infiltração linfocitária das glândulas exócrinas. As suas queixas secas constituem a sua manifestação clínica principal. Sendo importante que o diagnóstico seja efectuado o mais precoce possível, sabe-se no entanto que quanto mais cedo, mais difícil se torna alcançar o diagnóstico de SS.

No que se refere ao diagnóstico diferencial en-

tre síndrome seco «indefinido» (ou síndrome seca não SS) e o SS (primário ou secundário) vários pontos têm que ser discutidos:

1. São inúmeras as causas de síndrome seca que podem ocorrer em doentes que tem ou não alguma manifestação imunológica (quer seja doença ou manifestação laboratorial). São comuns as causas de sintomas secos desde as mais frequentes que são muitos medicamentos, passando pela diabetes mellitus, infecções (hepatite), esclerose múltipla, até causas locais a nível das glândulas salivares ou alterações oculares (Síndrome de Stevens-Johnson, conjuntivite crónica, hipovitaminose A).
2. A história natural da instalação dum SS com os critérios suficientes para ser classificado como tal por vezes leva vários anos como foi demonstrado em estudos de seguimento de doentes com sintomas secos. A xerostomia pode mesmo ser precedida por outros sintomas como sejam edema das parótidas, perda precoce dos dentes ou sialorreia. Nas fases iniciais de doença por vezes apenas podemos colocar a hipótese de «provável» SS. Estudos sobre o balanço Th1/Th2 no sangue periférico e na biopsia das glândulas salivares mostram que há uma sobreposição entre doentes com SS e doentes com «síndrome seca não SS» podendo um sub-grupo destes corresponder a uma pré-fase de SS.
3. A biópsia das glândulas salivares é com certeza o exame que mais contribui para um diagnóstico definitivo do SS. No entanto a sua leitura anatomo-patológica exige experiência e assistimos a resultados variáveis de centro para centro. Como se trata de um exame «cruento» não se pode repetir como se repetem algumas análises laboratoriais. Para melhorar a sensibilidade do método foi proposta a técnica de exame de leitura em «cortes a múltiplos níveis» das glândulas salivares *minor*.
4. Embora o *score* do focus de infiltração linfocitária > 1 se associe fortemente ao SS, vários trabalhos tem mostrado que pode encontrar-se em doentes sem SS (AR, LES, CBP, sida, CBP, miastnia gravis, doença do enxerto versus hospedeiro) e mesmo em pessoas normais. Nos fumadores a biópsia poderá não ser um auxiliar útil para o diagnóstico de SS porque o tabaco parece diminuir o infiltrado focal das glândulas salivares. Também a terapêutica com corticosteróides parece diminuir o infiltrado linfocitário focal das glândulas salivares no SS, podendo diminuir a sensibilidade

- da biopsia para o diagnóstico do SS.
5. As alterações imunológicas associadas ao SS, nomeadamente os ANA e anti-SSA e anti-SSB embora muito importantes, por vezes ajudam pouco no diagnóstico diferencial porque estão presentes noutras conectivites, sendo muito frequentes no LES. Novos métodos têm sido ensaiados com a finalidade de melhorar a sensibilidade e especificidade dos métodos clássicos.
  6. Nalguns doentes em que pode coexistir um SS com outras patologias (ex. Sarcoidose) o diagnóstico de SS deve ser muito bem fundamentado, pois na maioria das vezes estamos apenas na presença de um síndrome seco associado. Os critérios do *American-European Consensus Group* excluem mesmo doentes com Hepatite C, não só devido à sobreposição de algumas manifestações mas também porque a Hepatite C pode estar implicada no desenvolvimento de SS («secundário») num subgrupo de doentes.

### MR8.3 – CANAL LOMBAR ESTENÓTICO

Dr. Rui Leitão

Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

«O canal lombar estenótico é cirúrgico» é uma frase demasiado pequena para albergar toda a verdade acerca desta entidade. Com efeito, com taxas de sucesso que variam entre os 26% e os 100%, dependendo do tempo de *follow-up* (muito variável entre os diferentes estudos) e dos critérios de avaliação utilizados, nomeadamente da definição de melhoria e muito também das expectativas dos doentes e médicos, que diferem com frequência, a capacidade de a cirurgia conseguir a descompressão da zona afectada e, sobretudo, restaurar a função nervosa e fazer regredir a dor, é por alguns considerada quase imprevisível. Além disso, a morbidade associada à agressão cirúrgica nos doentes mais idosos, particularmente na presença de comorbidade (cardiopatia, pneumopatia crónica, artropatia inflamatória ou degenerativa, osteoporose, etc), uma mortalidade operatória rondando os 0,6% (o dobro da da discectomia lombar) e descrições de não progressão da sintomatologia e da incapacidade, mesmo após períodos de seguimento relativamente prolongados, leva muitos a adotar uma atitude expectante antes de uma eventual decisão cirúrgica. Além do mais, continua a haver grande dificuldade em consensualizar factores prognósticos, não apenas em relação aos já referi-

dos riscos operatórios mas, sobretudo, em relação à eficácia da cirurgia. A realização de uma laminectomia unilateral com o conseqüente risco de instabilidade e necessidade futura de reintervenção, a presença de co-morbidade «pesada» e uma idade muito avançada (> 80 anos?), parecem posicionar-se como factores de risco de sinal contrário ao de uma constrição pré-operatória grave do canal medular (< 6mm de diâmetro), a qual parece associada a uma evolução mais favorável, logo que resolvida a obstrução. Um diâmetro reduzido a esta dimensão, está abaixo do calibre crítico da cauda equina, pressupondo uma verdadeira compressão mecânica das raízes nervosas, susceptível de ser resolvida com a descompressão.

Apesar de o panorama cirúrgico não ser brilhante, o número de intervenções nos EUA, em pessoas com mais de 65 anos, aumentou de 7,6 para 61 por 1.000.000 habitantes (!), entre 1979 e 1992. Este fenómeno deve-se à reduzida eficácia da terapêutica conservadora mesmo que limitada às formas ligeiras a moderadas da afecção. As terapêuticas podem incluir repouso, analgésicos, anti-inflamatórios e corticosteróides (incluindo em injeção epidural), medidas de reabilitação física, reeducação ergonómica e postural, exercícios de estabilização lombar e uso de ortóteses. O carácter periférico da estenose lombar (recesso lateral e foramen) e a presença de uma dor unilateral, podem sustentar a opção terapêutica por uma injeção peridural de corticosteróides. A melhoria e manutenção de uma boa mobilidade intervertebral, recorrendo à resolução de adesões cutâneas, espasmos musculares e retracções musculares adaptativas e a remobilização das estruturas neurais, contribuem para a melhoria da vascularização do tecido nervoso, um desiderato a alcançar nestes doentes. Um plano de fortalecimento muscular dos glúteos e músculos da parede abdominal inferior, um programa de estabilização lombar em flexão e o uso de uma ortótese lombar correctora da lordose, permitem aumentar o diâmetro do canal lombar a assim reduzir os sintomas.

Diâmetros ântero-posteriores do canal medular inferiores a 11,5 mm (TAC) são patológicos e implicam a ponderação do canal lombar estenótico como causa de uma lombalgia, mas os critérios para considerar estreitos os canais de saída dos nervos espinhais, outra localização de compressão nervosa, não estão bem definidos, pelo que é frequente a discrepância entre clínica e imagens. Para alguns, a dimensão do espaço «vazio» envolvente

do saco tecal, é o que melhor define a presença ou não de estenose canalar, sem recorrer à invasividade da mielografia, na qual a obstrução do contraste simultaneamente a vários níveis parece correlacionar-se melhor com a clínica e uma resposta favorável à descompressão. A validação do EMG como auxiliar diagnóstico da estenose lombar começa finalmente a estar sustentada em estudos de qualidade.

Apesar da maior disponibilidade de métodos complementares de diagnóstico, e da qualidade destes, nunca é demais enfatizar a importância de uma história de claudicação neurogénica, despertada com a marcha e aliviada com a extensão da região lombar e o repouso. No entanto, esta dor pode ser uni ou bilateral, apresentar ou não irradiação descendente e ser de distinção difícil da sua homónima vascular. A característica diminuição dos reflexos ósteo-tendinosos, pode faltar nos doentes mais jovens.

O «*estreitamento do canal medular, recessos laterais e/ou forâmens intervertebrais, potencialmente causador de compressão de estruturas nervosas*» é conhecido por *canal lombar estenótico*. Congénito ou adquirido, o subtipo degenerativo é o mais frequente.

Descrito há 51 anos por Henk Verbiest, continua a constituir um grande desafio.

#### MR8.4 – HIPERTENSÃO PULMONAR

Dra. Ana Agapito

Serviço de Cardiologia do Hospital de Sta. Marta, Lisboa

#### MR8.5 – GRAVIDEZ E DOENÇAS REUMÁTICAS

Dra. Aurora Marques

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

Algumas doenças reumáticas apresentam exacerbação durante a gravidez. Por vezes ocorrem situações difíceis, quer de agudização da doença materna, quer de riscos importantes para o feto, ou mesmo para ambos.

É frequente a necessidade de ajustar a terapêutica, sendo, por vezes, indispensável suspender a medicação realizada anteriormente. Pontualmente ocorrem situações complexas, em que se torna difícil manter a saúde materna, sem colocar em risco a fetal.

Na presente comunicação serão abordados alguns casos difíceis de grávidas com doenças reumáticas, seguidas na consulta de Medicina Mater-

no-Fetal do Hospital de Santa Maria, em colaboração com o Serviço de Ginecologia-Obstetrícia. Será dado particular ênfase às seguintes situações difíceis: Lúpus Eritematoso Sistémico, trombocitopenia no contexto de Síndrome de Anticorpos Anti-Fosfolípidos e bloqueio cardíaco congénito fetal diagnosticado durante a gravidez.

#### MR8.6 – POLIMIALGIA REUMÁTICA/ARTERITE TEMPORAL

Dr. Herberto Jesus

Unidade de Reumatologia, Hospital Central do Funchal, Funchal

O diagnóstico destas entidades, a sua terapêutica e o seu prognóstico constituem um desafio constante de suspeição e de oportunidades.

A dificuldade intrínseca reside na gestão ponderada e eficaz destes factores.

As novas terapêuticas, as fugas aos critérios instituídos e a gestão das patologias associadas são factores essenciais para a obtenção de um bom resultado.

DIA 29 DE ABRIL DE 2006

#### MR9 – Osteoporose

**Presidente:** Dr. Aroso Dias

**Moderador:** Prof. Doutor Carlos Vaz

#### MR9.1 – O CONCEITO DE OSTEOPOROSE

Dra. Viviana Tavares

Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

Ao longo dos anos a definição de OP tem sido alterada de forma a reflectir o estado do conhecimento sobre a doença. O termo osteoporose utilizado no princípio do sec. XIX representava apenas a descrição de um estado patológico do osso (osteoporose = menos osso). Quase 100 anos depois, o endocrinologista Fuller Albright descreve a osteoporose pós-menopausica associando a diminuição da formação óssea à falência de produção estrogénica. Posteriormente foi definida outra forma de osteoporose, a osteoporose senil, associada à deficiência de cálcio e ao envelhecimento do esqueleto.

No início da década de 90 surge a definição hoje utilizada: a osteoporose é uma doença sistémica

que se caracteriza pela diminuição da quantidade de osso e por uma alteração da microarquitetura óssea, levando a um aumento da fragilidade do osso e a um conseqüente aumento do risco de fractura. Com esta definição conseguia-se chamar a atenção para as conseqüências clínicas (osteoporose = fracturas) dos fenómenos patogénicos que ocorriam no osso.

Os avanços nos meios de diagnóstico, que permitiram medir a massa óssea, e os estudos epidemiológicos (em mulheres caucásicas pós-menopausicas), que relacionaram os valores de massa óssea com o risco de fractura, levaram a uma nova definição de osteoporose pela OMS, que com base no índice T (número de desvios padrão relativamente ao pico de massa óssea de uma população da mesma raça e sexo) criou vários «patamares» de massa óssea (normal, baixa massa óssea e osteoporose). Esta definição operacional teve o mérito de permitir um enorme avanço no reconhecimento da osteoporose e na investigação de fármacos que comprovadamente reduzem o risco de fracturas.

No entanto, a definição operacional colocou um peso excessivo na baixa de massa óssea (e conseqüentemente na sua determinação) como factor de risco para fracturas. Os ensaios clínicos com fármacos, em que a redução do risco fracturário era muito superior ao aumento de massa óssea e os estudos epidemiológicos, que demonstraram um elevado número de fracturas em indivíduos sem osteoporose, vieram chamar a atenção para a existência de outros factores, independentes da massa óssea, que aumentam significativamente o risco fracturário, como a idade, a existência de fracturas prévias, a história familiar de fracturas, o tabagismo, um índice de massa corporal baixo ou a corticoterapia.

A capacidade de um osso resistir a uma fractura (resistência óssea) depende da quantidade de osso (massa óssea), da distribuição espacial da sua massa (isto é, forma e microarquitetura) e das propriedades intrínsecas dos materiais que o constituem (p. ex. matriz, colagéneo, microdano acumulado). O processo biológico responsável pelas alterações nestes vários factores é a remodelação óssea, especificamente o equilíbrio entre a formação e a reabsorção. Na prática clínica diária a nossa capacidade de avaliar a resistência óssea está limitada à medição da massa óssea e à avaliação da remodelação óssea. Embora todos os outros factores influenciem a resistência óssea a sua avaliação ainda só é possível em estudos clínicos.

Pelo que foi exposto acima torna-se evidente que a simples medição da massa óssea não é a estratégia perfeita para identificar os indivíduos que vão fracturar, uma vez que representa apenas um dos componentes dum mecanismo causal multifactorial.

O objectivo clínico da intervenção na osteoporose é evitar as fracturas. As estratégias de prevenção populacionais poderão contribuir para uma modificação futura do risco para a comunidade. No entanto a estratégia mais eficaz será a identificação dos casos com elevado risco de fractura no curto prazo, que beneficiarão com uma intervenção terapêutica. Foi o reconhecimento desta realidade que levou a OMS a recomendar que o risco de fractura seja expresso como probabilidade de fractura a 10 anos. Para a determinação desta probabilidade absoluta é fundamental a ponderação dos vários factores clínicos independentes da massa óssea através de algoritmos, trabalho que a OMS vem a desenvolver. Assistiremos assim, se não a uma modificação do conceito de osteoporose, a uma importante e necessária modificação na sua abordagem. Até à integração desses algoritmos na prática clínica teremos de fazer um uso mais eficaz das únicas armas que possuímos, o conhecimento médico e o senso clínico, de forma a dirigir a nossa intervenção aos que mais necessitam, evitando procedimentos desnecessários aos indivíduos com baixo risco.

#### MR9.2 – TECIDO ÓSSEO: BIOLOGIA PARA CLÍNICOS

Dra. Helena Canhão

Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas  
Metabólicas do Hospital de Santa Maria e Faculdade  
de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa

O osso é um tecido complexo constituído por uma matriz proteica, onde predomina o colagéneo tipo I e um componente mineral, essencial para o desempenho das funções do sistema esquelético.

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.

Nos últimos anos registaram-se avanços muito importantes no conhecimento da fisiologia e regulação das células implicadas na formação e reabsorção ósseas. 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 reumatóide.

A biologia específica do osso determina as suas propriedades mecânicas, que lhe conferem resistência suficiente para sofrer cargas, mas elasticidade suficiente para absorver forças.

As fracturas osteoporóticas são as complicações associadas a ossos frágeis e acarretam aumento da morbidade e da mortalidade. Compreender a biologia do osso e intervir no sentido de a manter em equilíbrio poderá contribuir para a manutenção de ossos saudáveis.

### MR9.3 – NOVAS TERAPÊUTICAS NA OSTEOPOROSE

Prof. Doutor Socrates E Papapoulos

Department of Endocrinology and Metabolic Diseases, Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands.

During the past few years there have been significant developments in the pharmacotherapy of osteoporosis and effective treatments have become available to physicians (e.g. alendronate, risedronate, raloxifene, PTH). These developments were paralleled by improved understanding of the pharmacology of existing classes of compounds and of the

determinants of bone strength as well as by significant advances in bone biology. These, in turn, have made possible the development of more convenient or specific treatments.

In general, improvement of treatment of chronic diseases involves several approaches. These include, further development of existing classes of interventions (e.g.  $\beta$ -blockers, statins), new regimens of drug administration (e.g. long-acting somatostatin analogs), combination therapies (e.g. hypertension) or identification of new therapeutic targets. Such approaches are also being explored in the treatment of osteoporosis. For example, new bisphosphonates and SERMs have completed or are in phase 3 clinical development. New regimens of bisphosphonate administration have been shown to be effective (e.g. once-monthly oral or 3-monthly injectable ibandronate) or are currently tested (e.g. once-yearly intravenous zoledronate). Combination therapies are being explored (e.g. PTH with antiresorptives) whereas effects of known molecules on bone strength have been recognized or established (e.g. strontium). In addition, new targets in osteoclasts are explored therapeutically (e.g. RANKL, Cathepsin K,  $\alpha_v\beta_3$  integrin) while increased understanding of the molecular pathways regulating bone formation can lead to the development of new bone forming agents. These developments will allow tailoring pharmacotherapy to the specific needs of the individual patient with osteoporosis.



**COMUNICAÇÕES  
LIVRES**

## COMUNICAÇÕES LIVRES

DIA 27 DE ABRIL

**CL1 – PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES RADIOLÓGICAS E DIFERENÇAS NA SINTOMATOLOGIA MÚSCULO-ESQUELÉTICA DE ACORDO COM O SEXO EM ADULTOS PORTUGUESES**Anabela Barcelos<sup>1,2</sup>, Rui André Santos<sup>1,3</sup>, Lúcia Costa<sup>1,4</sup>, Raquel Lucas<sup>1</sup>, Henrique Barros<sup>1</sup>

1. Serviço de Higiene e Epidemiologia, Faculdade de Medicina do Porto, Porto.
2. Hospital Infante D. Pedro, Aveiro.
3. Serviço de Reumatologia, Hospital Militar Principal, Lisboa.
4. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar do Alto Minho, Ponte de Lima.

**Introdução:** Os questionários de sintomas têm sido frequentemente usados em estudos de prevalência da osteoartrose, sem considerar diferenças entre sexos.

**Objectivos:** Estimar a prevalência de alterações radiológicas do joelho, da anca, da mão e da coluna lombar e determinar a proporção de indivíduos sintomáticos por sexo.

**Métodos:** No período de reavaliação de uma coorte de adultos residentes no Porto, foram avaliados 192 indivíduos consecutivos (57% mulheres, média de idades (desvio-padrão) 64,9 (9,3), âmbito 48-91) através de uma entrevista pessoal. Cada participante respondeu a perguntas sobre a história de sintomas no joelho, na anca, na mão e na coluna lombar, sendo considerado sintomático, e seleccionado para posterior avaliação por reumatologista, se preenchesse pelo menos um dos seguintes critérios: 1) ter consultado o médico devido a essa dor no ano anterior, tendo-lhe sido prescritos exames ou tratamento; 2) ter tido mais de 3 episódios dolorosos no ano anterior e assinalar um valor igual ou superior a 60mm na escala visual analógica de intensidade média da dor no ano anterior; 3) ter tido pelo menos um episódio doloroso com duração superior a uma semana nos 6 meses anteriores ou 4) ter tido dor no mês anterior e assinalar um valor igual ou superior a 60mm na escala visual

analógica de intensidade média da dor no mês anterior. Foram feitas radiografias aos joelhos, às ancas, às mãos e à coluna lombar de todos os participantes, nas quais foram consideradas presentes alterações se a pontuação atribuída na escala de Kellgren-Lawrence para alterações degenerativas fosse igual ou superior a um.

**Resultados:** No joelho 79,7% dos indivíduos tiveram alterações radiológicas. Destes, foram sintomáticos 45,9% das mulheres e 22,1% dos homens ( $p<0,01$ ). Na anca 51,6% dos participantes tiveram alterações degenerativas, dos quais foram sintomáticos 40,7% das mulheres e 17,5% dos homens ( $p=0,015$ ). As alterações radiológicas da mão foram encontradas em 75,5% dos indivíduos, dos quais foram sintomáticos 35,3% das mulheres e 18,3% dos homens ( $p=0,026$ ). Dos 83,9% de participantes com alterações radiológicas na coluna lombar foram referidos sintomas por 54,8% das mulheres e 19,4% dos homens com alterações ( $p<0,001$ ). Não se verificaram diferenças por sexo na prevalência de alterações para nenhuma das localizações.

**Conclusão:** Os questionários de sintomas têm propriedades diferenciais na selecção de indivíduos para avaliação posterior. O seu uso em estudos populacionais deverá ter em conta esta limitação.

**CL2 – DETERMINAÇÃO LABORATORIAL DE N-TERMINIAL PRO-BRAIN NATRIURETIC PEPTIDE NA ESCLEROSE SISTÉMICA E CORRELAÇÃO COM A HIPERTENSÃO PULMONAR**A Cordeiro<sup>1,2</sup>, MJ Santos<sup>1,2</sup>, MJ Loureiro<sup>1,3</sup>, C Cotrim<sup>1,3</sup>, C Marques<sup>4</sup>, J Canas da Silva<sup>2</sup>

1. Unidade de Hipertensão Pulmonar
2. Serviço de Reumatologia
3. Serviço de Cardiologia
4. Laboratório de Bioquímica  
Hospital Garcia de Orta, Almada

**Introdução:** Valores elevados de *N-terminal pro-brain natriuretic peptide* (NT-proBNP) plasmático têm sido descritos em várias entidades clínicas, nomeadamente no síndrome coronário agudo e na insuficiência cardíaca congestiva. Neste contexto tem

sido apontado como factor preditivo de morte e de morbilidade cardiovasculares. Na hipertensão arterial pulmonar (HAP) os níveis de NT-proBNP aumentam proporcionalmente ao grau de disfunção ventricular direita e são um factor prognóstico independente.

**Objectivos:** Determinação de NT-proBNP em doentes com Esclerose Sistémica e sua relação com a presença de HAP.

**Métodos:** Foram avaliados transversalmente vinte e um doentes com Esclerose Sistémica (5 com forma difusa, 10 com forma limitada e 6 com Esclerodermia em contexto de síndromes de sobreposição) segundo o mesmo protocolo. A média de idades dos doentes era de  $55,7 \pm 12,4$  anos com duração média de doença de  $8,7 \pm 13,4$  anos. O NT-proBNP foi determinado laboratorialmente em repouso e imediatamente após a realização de ecocardiograma de sobrecarga com esforço, segundo protocolo de Bruce. Os valores de referência para o NT-proBNP foram os definidos pelo *Kit Elecsys Roche Diagnostics*. Os valores considerados para diagnóstico de HAP foram os de Pressão Sistólica na Arteria Pulmonar (PSAP)  $\geq 35$ mmHg em repouso e  $\geq 40$ mmHg em esforço.

**Resultados:** O valor médio do NT-proBNP em repouso foi de  $272,6 \pm 339,2$ pg/ml e o seu valor médio aumentou na medição após esforço ( $301 \pm 381$ pg/ml). Verificou-se uma correlação positiva ( $r^2=0,275$ ) entre o valor de NT-proBNP em esforço com os valores de PSAP ao esforço ( $p=0,01$ ).

**Conclusão:** O NT-proBNP poderá ser um marcador bioquímico útil no diagnóstico precoce de respostas vasculares alteradas na Esclerose sistémica em contexto de HAP.

### CL3 – DETECÇÃO PRECOCE DE HIPERTENSÃO PULMONAR NA ESCLEROSE SISTÉMICA POR ECOCARDIOGRAFIA DE ESFORÇO

A Cordeiro<sup>1,2</sup>, MJ Santos<sup>1,2</sup>, MJ Loureiro<sup>1,3</sup>, C Cotrim<sup>1,3</sup>, J Canas da Silva<sup>2</sup>

1. Unidade de Hipertensão Pulmonar
2. Serviço de Reumatologia
3. Serviço de Cardiologia

Hospital Garcia de Orta, Almada

**Introdução:** A prevalência de Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) nos doentes com Esclerose Sistémica é de cerca de 10 a 15% e é uma complicação que contribui de forma significativa para a morbilidade e mortalidade da doença. O ecocardiograma

em repouso é aceite como método de *screening*, apesar de não ser suficientemente sensível para a HAP precoce. A confirmação do diagnóstico de HAP é assim efectuada por cateterismo direito, um método invasivo e nem sempre acessível.

**Objectivos:** Determinar o valor da ecocardiografia de esforço para o diagnóstico precoce de HAP nos doentes com Esclerose Sistémica.

**Métodos:** Vinte e dois doentes com Esclerose Sistémica foram avaliados transversalmente segundo o mesmo protocolo clínico, laboratorial e cardíaco. Cinco doentes tinham Esclerose Sistémica difusa (SSc), 11 tinham Esclerodermia forma limitada (SSL) e 6 apresentavam síndromes de sobreposição. A média de idades era de  $55,2 \pm 12,3$  anos e a duração média da doença de  $8,7 \pm 13$  anos. Todos os doentes realizaram ecocardiograma de repouso e em esforço, segundo protocolo de Bruce. Os doentes com determinação de Pressão Sistólica na Arteria Pulmonar (PSAP) superior a 35mmHg em repouso, ou a 40 mmHg em esforço foram submetidos a cateterismo cardíaco direito para confirmação de HAP.

**Resultados:** Dos 22 doentes avaliados, 5 apresentavam valores de PSAP em repouso ( $r \geq 35$ mmHg (média  $40,2 \pm 4,7$ mmHg) e 16 doentes apresentavam valores de PSAP no esforço ( $e \geq 40$ mmHg (média  $58,8 \pm 11,5$ mmHg)). Todos os doentes com PSAP(r) anormais também apresentaram PSAP(e) acima de 40mmHg. Dos 16 doentes com valores de PSAP acima do normal, 13 foram submetidos a cateterismo direito, sendo que em 10 deles se confirmou HAP (77%), 2 deles em repouso e 8 durante o esforço com *hand grip*. O ecocardiograma de esforço permitiu detectar elevação da PSAP em 11 doentes com valores normais em repouso e em 6 dos quais o cateterismo direito confirmou HAP (54,5%).

**Conclusão:** O ecocardiograma realizado com prova de esforço permitiu detectar em 68% dos doentes elevação da PSAP não detectada no ecocardiograma basal. O ecocardiograma de esforço é uma ferramenta importante na detecção de respostas pulmonares anormais ao esforço em indivíduos em risco de desenvolverem HAP.

### CL4 – CUSTOS DA UTILIZAÇÃO DE RECURSOS NA ARTRITE REUMATÓIDE (CURAR)

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

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

**Objectivo:** Determinar os custos anuais da utilização de recursos em doentes com artrite reumatóide (AR) seguidos em centros de reumatologia em Portugal.

**Métodos:** Por inquérito aos serviços de saúde e aos doentes, realizado entre Novembro de 2004 e Dezembro de 2005, recolheu-se informação sobre a frequência de utilização de recursos na AR. Os custos directos foram calculados através da multiplicação da frequência de utilização pelos custos unitários dos procedimentos do seio do Serviço Nacional de Saúde (custos públicos) ou pelo valor declarado pelos doentes (custos privados). Os custos reflectem a perspectiva da sociedade.

**Resultados:** Os 237 doentes recrutados em 12 centros de reumatologia nacionais tinham em média 53,9 (dp=13,2) anos e eram maioritariamente mulheres (80,3%). O custo anual médio por doente foi de 2.966,66 euros (dp=4.752,87€). A distribuição dos CURAR apresenta uma cauda direita muito longa com 21% dos doentes com custos superiores a 5.000€ (coeficiente de achatamento=6,15, coeficiente de assimetria=2,0). Em média, 197,40€ (6,7%) dos CURAR foram de consultas de especialidade ou de clínica geral, 325,03€ (11,0%) de internamentos e hospital de dia, 143,01€ (4,8%) de meios complementares de diagnóstico (MCD), 2 080,25€ (70,12%) de medicamentos, dos quais 1 598,28€ em DMARD, e o restantes 220,97€ (7,4%) em cirurgias, assistência especializada e fisioterapia. Globalmente, 88,7% dos CURAR foram financiados pelos sistemas de saúde (SNS=78%, ADSE=15%, outros=7%) e 11,3% pelos doentes (média=334,76€, dp=463,27€). Os custos anuais dos doentes foram maioritariamente com os medicamentos (60%), com consultas e MCD (18%) e assis-

tência especializada (10%).

**Conclusões:** Os custos directos da utilização de recursos na artrite reumatóide da amostra estudada são elevados, maioritariamente financiados pelo sector público sendo os medicamentos a rubrica com maior peso.

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

#### CL5 – TUBERCULOSE EM DOENTES REUMÁTICOS TRATADOS COM ANTAGONISTAS DO TNF- $\alpha$ :

##### A EXPERIÊNCIA PORTUGUESA

Grupo de Estudos de Artrite Reumatóide da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

**Introdução:** O aumento da incidência de tuberculose (TB) foi documentado em doentes tratados com antagonistas do factor de necrose tumoral (TNF)  $\alpha$ , que são utilizados com eficácia no tratamento de doenças reumáticas (artrite reumatóide (AR), espondilite anquilosante (EA), artrite psoriática (AP) e artrite idiopática juvenil (AIJ) refractárias à terapêutica convencional. Desde 2002 que se procede à detecção e tratamento sistemático de TB activa ou latente nos doentes candidatos a terapêutica anti-TNF. No entanto, as particularidades epidemiológicas da TB em Portugal poderão determinar que a estratégia até agora definida não seja a ideal.

**Objectivos:** Caracterizar todos os casos de TB que ocorreram em doentes reumáticos expostos a antagonistas do TNF  $\alpha$  nos Centros de Reumatologia do Continente e Ilhas

**Métodos:** Inquérito enviado em Novembro de 2005 a todos os Centros para recolha de informação sobre os doentes que desenvolveram TB sob terapêutica anti-TNF. A informação foi centralizada e analisada pelo Grupo de Estudos de Artrite Reumatóide (GEAR) da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR).

**Resultados:** Todos os Centros de Reumatologia existentes no Continente e Ilhas participaram neste trabalho. Registaram-se 13 casos de tuberculose (num universo de 960 doentes expostos, 1,35%), 8 do sexo feminino e 5 do sexo masculino. A idade média era de 46,7 $\pm$ 13,8 anos. Dos 13 casos, 9 (1 com critérios actuais de AR, embora com início juvenil) tinham o diagnóstico de AR (num universo de 639 doentes expostos, 1,4%), 3 EA (num universo de 200 doentes

expostos, 1,5%), 1 AP (num universo de 101 doentes expostos, 1%). O biológico instituído foi em 7 casos o infliximab (num universo de 456 doentes expostos, 1,5%), em 4 o adalimumab (num universo de 171 doentes expostos, 2,3%) e em 1 o etanercept (num universo de 333 doentes expostos, 0,3%). O biológico estava instituído há  $11,1 \pm 8,7$  meses (min 3 e máx 50), quando se desenvolveu a TB. Dez doentes estavam medicados com DMARD concomitante, em 9 deles o metotrexato em dose superior a 10mg/sem. Foi efectuada prova de Mantoux em 9 dos 13 doentes (os 4 doentes que não efectuaram Mantoux prévio iniciaram terapêutica biológica antes de 2002). Em 3 casos o resultado foi 0 mm, em 3 inferior a 10 mm, em um 14 mm e em dois 20mm. Nos três casos em que o resultado foi superior a 10 mm, foi prescrita isoniazida (INZ) 300mg durante 9 meses (há dúvidas se um destes doentes cumpriu a terapêutica). Apenas num dos casos havia história prévia de TB aos 3 anos de idade. O intervalo entre o início dos sintomas e o diagnóstico de TB foi de  $2,6 \pm 2,9$  meses. A localização da TB foi pulmonar em 6 casos, ganglionar em 2, peritoneal e pulmonar em 2 e casos isolados nas seguintes localizações: ganglionar e esplênica, osteoarticular e miliar. Registrou-se um óbito e nos outros casos a evolução foi favorável com a instituição de antibióticos. Num dos casos ocorreu reacção paradoxal ao tratamento. Nenhum doente reiniciou a terapêutica biológica após o tratamento da TB.

**Discussão:** Da análise dos casos de TB associados à terapêutica anti TNF em Portugal destaca-se que a incidência é superior à população geral. O número de casos em número absoluto e relativo parece ser superior para o adalimumab e infliximab face ao etanercept. Para além disso o esquema de detecção e tratamento da TB latente em vigor não parece ser o ideal uma vez que três doentes que desenvolveram TB tinham apresentado uma reacção nula à tuberculina e noutros 3 doentes a TB desenvolveu-se após tratamento com INZ durante 9 meses.

**CL6 – INFLUÊNCIA DO HLA-DRB1 NA SUSCEPTIBILIDADE À ARTRITE REUMATÓIDE E NA PRODUÇÃO DE ANTICORPOS ANTI PÉPTIDO CITRULINADO CÍCLICO NA POPULAÇÃO PORTUGUESA**

D. Ligeiro<sup>1</sup>, J. E. Fonseca<sup>2,3</sup>, O. Abade<sup>1</sup>, I. Abreu<sup>4</sup>, M. Cruz<sup>3</sup>, P. Nero<sup>3</sup>, J. Cavaleiro<sup>2</sup>, J. Teles<sup>2</sup>, H. Trindade<sup>1</sup>, J. M. Caetano<sup>4</sup>, J. Branco<sup>3</sup>

1. Laboratório de Imunogenética, Centro de Histocompatibilidade do Sul

2. Unidade de Artrite Reumatóide, Instituto de Medicina Molecular

3. Serviço de Reumatologia, Hospital Egas Moniz

4. Departamento de Imunologia, Faculdade de Ciências Médicas; Lisboa, Portugal

**Objectivos:** Clarificar a influência do locus HLA-DRB1 na susceptibilidade à Artrite Reumatóide (AR) e na produção de anticorpos anti péptido citrulinado cíclico (anti-CCP) na população Portuguesa.

**Métodos:** 141 doentes que cumpriam os critérios de diagnóstico revistos de 1987 do *American College of Rheumatology* foram comparados com 150 controlos saudáveis. A genotipagem do locus HLA-DRB1 foi realizada por PCR. Os anticorpos anti-CCP foram quantificados por ELISA nos doentes com AR. A comparação de frequências entre grupos foi avaliada pelo teste exacto de Fisher (*two-sided*) e foi considerado como significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** O grupo HLA-DRB1\*04 e o HLA-DRB1\*10 estavam fortemente associados à AR (respectivamente  $p < 0,0001$  e  $p = 0,031$ ). Títulos elevados de anticorpos anti-CCP estavam significativamente associados com a presença do HLA-DRB1\*04/10.

**Conclusão:** Os alelos clássicos de susceptibilidade à AR, HLA-DRB1\*04, estão associados à AR em doentes Portugueses. O relativamente raro HLA-DRB1\*10 está também associado à AR em Portugal, tal como foi previamente descrito noutros países do Sul da Europa. Ambos os grupos estão associados a títulos elevados de anticorpos anti-CCP reforçando a sua relevância para o desencadear da doença.

**CL7 – ESTUDO DOS POLIMORFISMOS GENÉTICOS DA PROTEÍNA TIROSINA FOSFATASE DE BAIXO PESO MOLECULAR (LMW-PTP) E SUA RELAÇÃO COM O FENÓTIPO ENZIMÁTICO ERITROCITÁRIO EM DOENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)**

Martins F<sup>1</sup>, Carvalho R<sup>2</sup>, Alves M.<sup>3</sup>, Ferreira C.<sup>3</sup>, Bicho M<sup>2</sup>.

1. INSA, Lisboa.

2. Laboratório de Genética, FML

3. Serviço de Medicina II, HSM - FML

**Objectivos:** Caracterização dos polimorfismos genéticos da ACP1 e respectivas actividades enzimáticas no eritrócito em dois grupos (grupo indivíduos com Lúpus/grupo controlo).

Avaliação da possível relação genótipo-fenótipo afim de esclarecer o mecanismo da ACP1 no SLE.

**Materiais e Métodos:** Foram estudados, aleatoria-

mente, 50 indivíduos (48M, 2H) com diagnóstico estabelecido de SLE da consulta de Medicina II do HSM – Lisboa. O grupo controlo foi composto por 127 indivíduos saudáveis (122M e 5H). A caracterização genética foi efectuada por PCR-RFLP. As actividades enzimáticas da ACP1 no eritrócito foram determinadas por método espectrofotométrico. O tratamento estatístico foi realizado pelo *Primer of Biostatistics* versão 3.02. Os testes utilizados foram o *t-student* e o  $\chi^2$ . Os valores foram considerados estatisticamente significativos quando  $p < 0,050$ .

**Resultados:** No grupo SLE verificou-se a predominância dos genótipos AA (n=8) e AB (n=21) que correspondem àqueles que dão origem às formas enzimáticas com menor actividade e actividade intermédia.

No grupo controlo a predominância foi para os genótipos AB (n=52) e BB (n=36) que originam, formas enzimáticas de actividade mais elevada. Encontraram-se também os genótipos BC (n=10), AC (n=9) e AA (n=9). A diferença entre os dois grupos foi estatisticamente significativa ( $p=0,04$  no teste do  $\chi^2$  p/4 graus de liberdade).

A média das actividades enzimáticas da ACP1 para o grupo de doentes foi menor ( $261,99 \pm 95,95$ ) (mmol p-nitrofenolato/gHb/h) do que a encontrada para o grupo controlo ( $339,84 \pm 113,78$ ) sendo a diferença entre os dois grupos estatisticamente significativa ( $p=0,000$ ). Estes resultados concordam com os genótipos encontrados nos dois grupos.

**Conclusões:** Os indivíduos com SLE apresentaram baixas actividades enzimáticas e genótipos concordantes com as mesmas. Estes resultados sugerem um papel importante para a ACP1 no contexto do SLE nomeadamente ao nível da proliferação celular e do stresse oxidante.

#### CL8 – PAPEL DO POLIMORFISMO -308 DO PROMOTOR DO GENE DO TNF $\alpha$ NA SUSCEPTIBILIDADE E PADRÃO DE ACTIVIDADE DA ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL: ANÁLISE INTERINA

Ana Filipa Mourão<sup>1,2</sup>, João Cavaleiro<sup>1</sup>, José Teles<sup>1</sup>, Artur Sousa<sup>3</sup>, Paula Costa<sup>3</sup>, Helena Canhão<sup>1,4</sup>, Marta Sobral<sup>1</sup>, J. Teixeira da Costa<sup>4</sup>, J. Gomes Pedro<sup>3</sup>, M. Viana de Queiroz<sup>4</sup>, João Eurico Fonseca<sup>1,4,\*</sup>

1. Unidade de Artrite Reumatóide do Instituto de Medicina Molecular
2. Serviço de Reumatologia do Hospital Egas Moniz
3. Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria
4. Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, Lisboa.

\*Bolsa de Investigação AstraZeneca/Faculdade de Medicina de Lisboa.

**Introdução:** A etiologia da artrite idiopática juvenil (AIJ) é desconhecida. Factores ambientais e genéticos parecem ter um papel relevante no desenvolvimento da doença. Dada a importância do factor de necrose tumoral alfa (TNF $\alpha$ ) na fisiopatologia da AIJ, é provável que alguns polimorfismos deste gene possam ser relevantes na susceptibilidade e padrão de actividade da doença.

**Objectivos:** 1- Analisar a possível existência de uma associação entre polimorfismos na posição -308 do promotor do gene do TNF $\alpha$  e a susceptibilidade à AIJ, 2- Analisar a possível existência de uma associação entre polimorfismos na posição -308 do promotor do gene do TNF $\alpha$  e o padrão de actividade da doença.

**Material e Métodos:** Este estudo teve início em Março de 2005 e está planeado terminar em Março de 2007. Recrutaram-se de forma consecutiva doentes com o diagnóstico de AIJ seguidos na consulta de Reumatologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria. Foi aplicado de forma transversal um protocolo que incluía dados demográficos e avaliação clínica, contagem do número de articulações com doença activa e do número de articulações com movimentos limitados e avaliação do estado funcional, utilizando a versão portuguesa do *Childhood Health Assessment Questionnaire* (CHAQ). Foi colhida uma amostra sanguínea, procedendo-se à determinação de alguns parâmetros laboratoriais nomeadamente a velocidade de sedimentação. Efectuou-se a extracção do DNA com o *kit* comercial *QIAmp® DNA Blood Minikit* (QIAGEN), e determinou-se o genótipo da posição -308 por RFLP. Foi igualmente efectuada a genotipagem do mesmo polimorfismo a partir de 40 amostras de sangue de controlos saudáveis.

**Resultados:** Quarenta e três doentes avaliados até ao momento, 32 doentes do sexo feminino e 11 do sexo masculino, com idade média de  $10,7 \pm 4,64$  anos (mínimo: 3; máximo: 17 anos). O tempo médio de duração da doença era de  $5,5 \pm 4,44$  anos e o tempo médio de seguimento era de  $4,63 \pm 4,24$  anos. Trinta doentes apresentavam a forma oligoarticular, 10 a forma poliarticular, 2 a forma sistémica e 1 apresentava artrite relacionada com entesite. No grupo de estudo, 33 (76,7%) doentes apresentavam o genótipo -308 GG e 10 (23,3%) os genótipos -308 GA/AA e no grupo controlo 30 indivíduos (75,0%) apresentavam o genótipo -308 GG e 10 (25,0%) os

genótipos -308 GA/AA. Os doentes com o subtipo poliarticular apresentavam uma frequência mais elevada do genótipo -308GA/AA (50%) do que os doentes com a forma oligoarticular (12%) da doença. Os doentes com o genótipo -308 GA/AA apresentavam menor capacidade funcional quando comparados com os doentes com o genótipo GG (CHAQ=0,64±0,79 *vs* 0,17±0,28,  $p<0,05$ ). Apresentavam ainda tendência para valor mais elevado de velocidade de sedimentação (29,9±29,4 *vs* 14,4±10,8) e maior valor na escala visual analógica da actividade da doença (31,5±30,5 *vs* 15,7±20,1).

**Discussão:** Estes resultados sugerem que os polimorfismos na posição -308 do gene do TNF $\alpha$  influenciam o padrão de actividade da doença, uma vez que os genótipos -308 GA/AA estão associados a menor capacidade funcional, maior envolvimento articular e maior actividade inflamatória. Contudo, parecem não ter um papel relevante na susceptibilidade à AIJ.

**CL9 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO CARDÍACA E PULMONAR NUMA POPULAÇÃO DE DOENTES COM ESCLEROSE SISTÉMICA. CORRELAÇÃO DA PRESSÃO ARTÉRIA PULMONAR COM A PORÇÃO N TERMINAL DO PRO-PEPTÍDEO NATRIURÉTICO CEREBRAL (NT PRÓ-BNP)**

Patrícia Pinto<sup>1</sup>, Filipe Brandão<sup>1</sup>, Elisabete Martins<sup>2</sup>, Francisco Simões Ventura<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia

2. Serviço de Cardiologia, Hospital de São João, Porto, Portugal

**Introdução:** A Esclerose Sistémica (ES) é uma doença do tecido conjuntivo caracterizada pelo envolvimento vascular, em particular da microcirculação. As manifestações cardíacas e pulmonares são as principais causas de morte que necessitam de diagnóstico precoce.

O Pró-BNP está aumentado em doentes com enfarte do miocárdio e insuficiência cardíaca e é um marcador de diagnóstico da hipertensão arterial pulmonar.

**Objectivos:** Avaliar a função cardíaca e pulmonar numa população de doentes com Esclerose Sistémica; correlacionar a pressão da artéria pulmonar com o doseamento do Pró-BNP e a sua variabilidade após a instituição de terapêutica com inibidores de endotelina.

**Métodos:** Avaliamos 38 doentes com ES que foram internados no serviço de Reumatologia. Todos os doentes realizaram ecocardiograma transtorácico

com determinação da pressão média da artéria pulmonar e doseamento da fracção N terminal do Pro-Peptideo Natriurético Cerebral (NT Pró-BNP)

Considerou-se existir disfunção sistólica se fracção de ejeção <50%. Foi definida hipertensão pulmonar se PSAP > 35mmHg.

Na avaliação da função pulmonar foram realizadas provas funcionais respiratórias com determinação da capacidade de difusão de CO e tomografia axial computadorizada de alta resolução.

**Resultados:** Os 38 doentes com Esclerose Sistémica apresentavam idade média de 42 ± 12 e tempo médio de evolução de 12±5 anos; forma limitada em 30 doentes e forma difusa em 8 doentes. Doze doentes apresentavam disfunção sistólica. Dez doentes tinham hipertensão pulmonar (3 formas difusas e 6 formas localizadas), classe II em três, classe III em quatro e classe IV em três doentes. Apresentavam pró-BNP superior a população sem hipertensão pulmonar (322±98 *vs* 124±32,  $p<0,05$ ).

Em 12 doentes foi detectada elevação do Pró-BNP e estes doentes apresentavam PSAP superiores a dos doentes com Pró-BNP normal (40± 12 *vs* 26± 10,  $p<0,05$ ).

Foi detectada fibrose pulmonar em 11 doentes e alveolite pulmonar em cinco doentes. A capacidade de difusão de CO foi 71% do valor normal e nos doentes com hipertensão pulmonar o valor de difusão de CO foi significativamente mais baixa (54% *vs* 71%,  $p<0,05$ ).

Nos cinco doentes com Hipertensão Pulmonar classe III e IV submetidos a terapêutica com Bosentan verificou-se redução do Pró-BNP.

**Conclusão:** A prevalência de envolvimento cardíaco e pulmonar na nossa amostra foi sobreponível as séries publicadas e a presença de hipertensão pulmonar em 24% dos doentes alerta para a necessidade de vigilância periódica desta patologia.

O pró BNP pode ser um marcador útil no estudo da função cardíaca e pulmonar e na detecção precoce de hipertensão pulmonar.

**DIA 28 DE ABRIL**

**CL10 – CONSULTA MATERNO-FETAL DE GRÁVIDAS COM DOENÇAS REUMÁTICAS – 2 ANOS DE EXPERIÊNCIA**

S. Capela<sup>1</sup>, R. Figueira<sup>1</sup>, M. Centeno<sup>2</sup>, P. Gonçalves<sup>2</sup>, M. Tuna<sup>2</sup>, L. Pinto<sup>2</sup>, A. Marques<sup>1</sup>, C. Cardoso<sup>2</sup>, M. Viana de Queiroz<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital de Santa Maria
2. Serviço de Ginecologia-Obstetrícia do Hospital de Santa Maria

**Objectivo:** Apresentar a experiência de 2 anos de Consulta Materno-Fetal de grávidas com doença reumática. Os objectivos desta consulta visam reduzir a gravidade e frequência das agudizações da patologia de base e, em simultâneo, reduzir o número e a gravidade das lesões fetais.

**Métodos:** Nesta Consulta as doentes são observadas com uma periodicidade variável, consoante a situação clínica. Em situações estáveis, no intervalo das 0 às 28 semanas a consulta é efectuada de 4 em 4 semanas. Desde essa data até às 32 semanas a consulta ocorre a cada 2 semanas, e após as 32 semanas semanalmente. São registados os principais índices de actividade da doença de base, havendo um protocolo de seguimento. Nesta consulta são também observadas doentes enviadas por abortos de repetição para estudo, ou com gravidezes de alto risco por outros motivos, com queixas sugestivas de doença reumática mas ainda sem diagnóstico conhecido. Foram avaliadas variáveis sócio-demográficas, antecedentes obstétricos, patologias reumáticas, co-morbilidade, antecedentes familiares, complicações fetais e evolução durante a gravidez em doentes seguidas na Consulta Materno-Fetal do Hospital de Santa Maria em 2004 e 2005. Os dados foram obtidos retrospectivamente, por consulta dos processos individuais.

**Resultados:** Foram observadas 65 doentes, 60 de raça caucásica e 5 de raça negra. O número médio de consultas por doente foi de 5. A idade média das grávidas era de 30,7 anos. Foram seguidas doentes com as seguintes patologias reumáticas: 33 doenças difusas do tecido conjuntivo, 8 espondilartropatias sero-negativas, 4 vasculites e 5 com outras patologias reumáticas. Das 15 doentes sem patologia reumática seguidas, destacam-se outras doenças do foro auto-imune (ex: doença da tiróide) e patologias da coagulação. Relativamente a antecedentes obstétricos, 10 doentes tinham história de abortos espontâneos ou mortes fetais prévias (predomínio relativo de abortos espontâneos). As doenças predominantes na família foram a hipertensão arterial, diabetes mellitus e patologia tiroideia.

No que respeita a complicações fetais, verificou-se um aborto espontâneo no primeiro trimestre, uma morte fetal tardia e um caso de lúpus neonatal, (bloqueio cardíaco congénito). No que respei-

ta à evolução durante a gravidez, uma doente desenvolveu diabetes gestacional e outra pré-eclâmpsia, com necessidade de indução do parto.

**Discussão/Conclusão:** A realização desta consulta de Reumatologia num centro especializado em gravidezes de alto risco tem permitido uma estreita colaboração com a Obstetrícia. Desta colaboração tem resultado uma redução significativa das complicações maternas e fetais num conjunto de doentes com patologia de base frequentemente grave e/ou com antecedentes obstétricos relevantes.

#### CL11 – SÍNDROME DE ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS SECUNDÁRIO A LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

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

Colaboração dos Serviços de Reumatologia do

1. Hospital Santa Maria, Director M. Viana de Queiroz
2. Hospital Garcia de Orta, Director J. Canas da Silva
3. Hospital Egas Moniz, Director J. Branco
4. Instituto Português de Reumatologia, Directora Clínica A. Assunção Teixeira

**Objectivos:** Apresentar os dados referentes à sub-população de doentes com presença de Síndrome de Anticorpos Antifosfolípidos (SAAF) numa população de doentes portugueses com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), com particular destaque para as manifestações clínicas, co-morbilidades e perfis imunológicos.

**Métodos:** Os autores analisaram variáveis sócio-demográficas, clínicas, imunológicas e de co-morbilidade em 524 doentes com LES seguidos nas consultas externas de Reumatologia dos Hospitais de Santa Maria, Garcia de Orta, Egas Moniz e Instituto Português de Reumatologia, entre 1976 e 2005. Os dados foram obtidos retrospectivamente, por consulta dos processos individuais e, sempre que possível, confirmados por contacto directo com os doentes.

**Resultados:** Dos 524 doentes analisados, 487 (92,9%) eram do sexo feminino e 37 (7,1%) do sexo masculino, 88,7% caucásicos, 7,8% de raça negra, 0,2% de raça oriental e em 17 casos (3,2%) não foi possível obter essa informação. A idade média à data do diagnóstico era de  $35,1 \pm 15,5$  anos, a duração média da doença era de  $8,6 \pm 7,5$  anos e o tempo médio de seguimento foi de  $6,7 \pm 5,9$  anos.

Verificámos que 53 (10,1%) dos doentes cumpriam critérios de Sapporo para SAAF, tendo sido analisado este sub-grupo. Comparativamente aos

471 doentes sem SAAF, constatou-se um aumento relativo de fenómeno de Raynaud (41,5 *vs* 34,4%) e de vasculite cutânea (35,8% *vs* 16,1%) com igual prevalência das restantes manifestações cutâneas (80,9% *vs* 82,0%). As manifestações articulares, de miopatia e de envolvimento das serosas foram sobreponíveis em ambos os grupos (88,7% *vs* 90,0%, 3,8% *vs* 3,8% e 28,3% *vs* 25,3%, respectivamente) e as manifestações do SNC ocorreram mais no primeiro (26,4% *vs* 17,0%). Como expectável, o envolvimento hematológico foi mais prevalente nos doentes com SAAF (64,2% *vs* 55,8%), não apenas devido ao número relativo de casos de trombocitopenia (32,1% *vs* 19,3%) como também de leucopenia (45,3% *vs* 34,6%). Relativamente ao perfil imunológico, a proporção de doentes com ANA, Anti-DNAs, Anti-SSA, Anti-SSB, Anti-RNP e anti-Sm foi a seguinte: 98,1% *vs* 95,8%, 81,7% *vs* 65,4%, 20,8% *vs* 27,0%, 7,5% *vs* 12,7%, 15,1% *vs* 16,1% e 7,5% *vs* 13,4%. O número de doentes internados foi superior no grupo com SAAF (66,0% *vs* 42,7%), assim como a prevalência de patologias associadas, com destaque para a hipertensão arterial (HTA) e dislipidemia (60,4% *vs* 41,6% e 35,8% *vs* 21,4% respectivamente).

**Discussão/Conclusão:** Os doentes com SAAF apresentaram um número superior de casos de vasculite cutânea, fenómeno de Raynaud, envolvimento hematológico (leucopenia e trombocitopenia), renal e de SNC, assim como alterações em termos de perfil imunológico. Tal contribuiu para o pior prognóstico destes doentes, com aumento do número de internamentos. De salientar, em termos de co-morbilidade, a elevada prevalência de HTA, superior à dos doentes com LES isolado.

#### CL12 – SEQUENCIAÇÃO DA REGIÃO DO PROMOTOR DO GENE DO FACTOR DE NECROSE TUMORAL ALFA – CONTRIBUIÇÃO PARA NOVOS MARCADORES GENÉTICOS DE ACTIVIDADE E GRAVIDADE DA ARTRITE REUMATÓIDE

J Cavaleiro<sup>1</sup>, J Teles<sup>1</sup>, E Sousa<sup>1,2</sup>, H Canhão<sup>1,2</sup>, AF Mourão<sup>1,3</sup>, M Sobral<sup>1</sup>, P Nero<sup>3</sup>, MJ Saavedra<sup>4</sup>, A Malcata<sup>4</sup>, M Cruz<sup>5</sup>, R Melo<sup>6</sup>, A Braña<sup>7</sup>, L Miranda<sup>8</sup>, JV Patto<sup>8</sup>, A Barcelos<sup>9</sup>, JC Silva<sup>10</sup>, LM Santos<sup>11</sup>, G Figueiredo<sup>11</sup>, M Rodrigues<sup>12</sup>, H Jesus<sup>12</sup>, A Quintal<sup>12</sup>, T Carvalho<sup>13</sup>, MA Amaral-Turkman<sup>14</sup>, VL Andreozzi<sup>14</sup>, M Antunes<sup>14</sup>, JAP Silva<sup>2</sup>, J Branco<sup>3</sup>, MV Queiroz<sup>2</sup>, JE Fonseca<sup>1,2</sup>

1. Unidade de Artrite Reumatóide, Instituto de Medicina Molecular (IMM)

2. Hospital Santa Maria
  3. Hospital Egas Moniz
  4. Hospitais da Universidade de Coimbra
  5. Hospital Faro
  6. Hospital Nossa Senhora da Assunção
  7. Hospital Caldas da Rainha
  8. Instituto Português de Reumatologia
  9. Hospital Infante D. Pedro
  10. Hospital Garcia de Orta
  11. Hospital Divino Espírito Santo
  12. Hospital Central Funchal
  13. Unidade de Biologia Celular, IMM
  14. Centro de Estatística e Aplicações UL
- Projectos POCTI/SAU-ESP/59111/2004 e POCTI/MAT/44082/2002 da FCT

**Objectivos:** Avaliar a existência de associação entre a actividade e gravidade da Artrite Reumatóide (AR) e padrões genotípicos ou haplotípicos da região do promotor do gene do factor de necrose tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ).

**Métodos:** Este trabalho resulta de um estudo multicêntrico de âmbito nacional. A actividade da doença foi avaliada com o *Disease Activity Score* (DAS28) e a capacidade funcional com o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ). Manifestações sistémicas, uso de DMARDs, cirurgias articulares e incapacidade laboral foram também avaliados. A região promotora do gene do TNF- $\alpha$  entre os nucleótidos -1318 e +49 foi amplificada por *polymerase chain reaction* (PCR) e sequenciada através de uma plataforma automatizada. Foram incluídos no total 554 doentes, tendo sido genotipados 10 *single nucleotide polymorphisms* (SNPs), dos quais 5 foram excluídos do estudo devido a desequilíbrio de Hardy-Weinberg ou monomorfismo. Para os restantes 5 marcadores, foram estimados haplotipos através do algoritmo EM acelerado, implementado no programa *Haploview*. Foram utilizados modelos de regressão linear para avaliar a associação entre os vários polimorfismos e o DAS28 e HAQ. Para manifestações sistémicas, incapacidade laboral, cirurgias articulares e factor reumatóide (FR), foram utilizados modelos de regressão logística. Todas as análises foram ajustadas para os efeitos de co-variáveis sócio-demográficas e clínicas. Todos os modelos foram estratificados por duração da doença (DD), excepto para o FR.

**Resultados:** Da amostra inicial, foram incluídos 491 doentes na análise estatística (84,1% do sexo feminino). Na análise individual dos SNPs, em doentes com mais de 10 anos de DD, foram detectadas as-

sociações significativas entre o genótipo -857CC e as manifestações sistémicas ( $p < 0.05$ ), bem como as cirurgias articulares ( $p < 0.01$ ). Foram também encontradas associações entre o genótipo -308GG e a incapacidade laboral em doentes com 2 a 10 ( $p < 0.05$ ) e mais de 10 anos ( $p < 0.01$ ) de DD. Finalmente, detectaram-se valores no limiar do significado estatístico na associação entre o genótipo -238GG e o HAQ em doentes com 2 a 10 anos de DD ( $p = 0.056$ ), bem como entre os genótipos -863CC ( $p = 0.066$ ), -857CC ( $p = 0.077$ ) e -238GG ( $p = 0.059$ ) e o FR. Não foi encontrada qualquer associação entre os haplotipos e as variáveis em estudo.

**Conclusão:** Foi observada uma associação entre alguns genótipos específicos e as manifestações sistémicas, incapacidade laboral e cirurgia articular, e, de forma menos expressiva, com o HAQ e FR, particularmente em determinadas classes de DD. No entanto, os resultados globais sugerem que as covariáveis clínicas são mais relevantes para o prognóstico da AR do que os polimorfismos da região promotora do TNF- $\alpha$ .

**CL13 – ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ) – OLIGOARTICULAR NUMA POPULAÇÃO IBERO-AMERICANA**  
José Melo-Gomes<sup>1</sup>, Marta Conde<sup>2</sup>, M.O. Hilário<sup>3</sup>, Blanca Bica<sup>3</sup>, Sheila Oliveira<sup>3</sup>, Breno Pereira<sup>3</sup>, for the *Pediatric Rheumatology Iberoamerican Study Group of CIAR*.

1. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa
2. Serviço de Pediatria Hospital Fernando Fonseca
3. Vários centros brasileiros de Reumatologia Pediátrica

**Introdução e Objectivos:** A AIJ compreende um grupo heterogéneo de doenças que incluem diferentes subgrupos de doentes com diferentes evoluções, características clínicas e laboratoriais e possivelmente diferentes patogénese imunogenéticas. A forma Oligoarticular (AIJ-O) é a mais frequente constituindo uma entidade distinta composta por crianças de baixa idade, predominantemente do sexo feminino, frequentemente com ANA positivo e com risco elevado para uveíte crónica. Este estudo teve como objectivo caracterizar a clínica, alterações laboratoriais, evolução e características associadas como a uveíte numa população ibero-americana.

**Métodos:** Analisaram-se os doentes inscritos na base de dados da CIAR que cumpriam os critérios da ILAR para o diagnóstico de AIJ-O e com doença há mais de 6 meses, relativamente à clínica, alterações laboratoriais e evolução.

**Resultados:** Dos 610 doentes inscritos na base de AIJ da CIAR, 301 apresentavam um início oligoarticular (49%). Destes, 236 (38.7%) cumpriam os critérios da ILAR para a AIJ-O com uma duração média de doença de  $5.0 \pm 5.9$  (mediana 3.4) anos(A). A idade de apresentação da doença foi de  $6.4 \pm 4$  A e 144 (61%) eram meninas; 50/190 (27.9%) eram ANA+. A presença de ANA+ esteve associada de forma independente com uma idade mais jovem ( $4.3 \pm 3.2$  vs  $7.2 \pm 4.1$  A) e com o sexo feminino (84.9% vs 60.4%). 29 doentes (13.2%) evoluíram para uma forma oligoextendida e 23 (9.7%) apresentaram uveíte crónica. A uveíte crónica esteve associada de forma independente com início da doença em idade mais jovem ( $4.3 \pm 3.2$  vs  $6.7 \pm 4.1$  A) e com a presença de ANA+, mas não com o sexo. 36 doentes (15.5%) apresentaram erosões.

**Discussão:** Na nossa população a idade de início da doença foi mais elevada e a evolução para forma oligoextendida foi mais frequente que o descrito na literatura, mas a presença de ANA+ e de uveíte foi menos frequente. A uveíte esteve associada de forma independente com ANA+ e com idades mais baixas de início da doença, mas não com o sexo feminino. Estas diferenças estão provavelmente relacionadas com diferentes bases genéticas da nossa população.

A doença caracterizada pela associação de uveíte crónica e oligoartrite em crianças com ANA+ é particularmente distinta e representa uma entidade médica sem correspondente na idade adulta, quer na nossa experiência, quer na literatura.

**CL14 – AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO DOS ANTICORPOS ANTI-CITRULINA E DO FACTOR REUMATÓIDE IGM NA ARTRITE REUMATÓIDE**

Ana Lemos<sup>1</sup>, M Piedade Ramos<sup>1</sup>, MJ Furtado<sup>1</sup>, C Carvalho<sup>1</sup>, MJ Santos<sup>2</sup>, J Canas da Silva<sup>2</sup>, Humberto Ventura<sup>1</sup>

1. Serviço de Patologia Clínica
2. Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada.

**Objectivos:** Comparar a sensibilidade e especificidade de dois marcadores serológicos em doentes portugueses com artrite reumatóide (AR): os anticorpos anti-citrulina de 2ª geração (anti-CCP2) e o factor reumatóide de classe IgM (FR-M).

**Material e Métodos:** Foram avaliados 56 doentes com AR estabelecida (44 mulheres e 12 homens; duração média da doença  $9,4 \pm 7$  anos) e comparados com um grupo controlo composto por 93 indivíduos com ca-

	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN	Eficiência	Área sob ROC
<b>FR-M</b>						
Cut-off > 20 UI/ml	60,7%	90,7%	89,5%	63,9%	73,7%	0,787
<b>Anti-CCP2</b>						
Cut-off > 10 UA/ml	71,4%	100%	100%	72,9%	83,8%	0,866

VPP: Valor preditivo positivo; VPN: valor preditivo negativo; ROC: Receiver Operating Curve

racterísticas demográficas idênticas (43 doentes com espondilartropatias e 50 dadores de sangue). A determinação dos anticorpos anti-CCP2 foi efectuada por fluoroensaio enzimático e a determinação do FR-M foi efectuada por microElisa.

**Resultados:** Os anticorpos anti-CCP2 foram positivos em 40 doentes com AR (71,4%) num título médio de 350,5 UA/ml (11-1670 UA/ml) e negativos em todos os indivíduos do grupo controlo. O FR-M foi positivo em 34 doentes com AR (60,7%), em 4 doentes com espondilartropatias (9,3%) e num dador de sangue (2%).

As características comparativas dos testes foram as seguintes:

**Conclusões:** A presença de FR-M no soro é um dos critérios do ACR para classificação de AR, no entanto é um teste menos específico e pode ser negativo numa fase inicial da doença. A determinação dos anticorpos anti-CCP2 mostrou ter uma excelente especificidade e uma performance global claramente superior ao FR-M nos doentes com AR estabelecida.

#### CL15 – FACTORES ASSOCIADOS À FADIGA GRAVE EM ADULTOS PORTUGUESES

Raquel Lucas<sup>1</sup>, Ana Azevedo<sup>1</sup>, Lúcia Costa<sup>2</sup>, Henrique Barros<sup>1</sup>

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

2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar do Alto Minho, Ponte de Lima.

**Introdução:** A fadiga é um sintoma inespecífico mas frequente em várias doenças. Os factores que lhe estão associados não estão completamente estabelecidos.

**Objectivo:** Estimar os factores sócio-demográficos e clínicos que associados à fadiga grave.

**Métodos:** Foram avaliados 563 participantes, integrados na reavaliação de uma coorte de adultos portugueses, residentes no Porto. Foi colhida informa-

ção sobre as características sócio-demográficas e clínicas através de entrevista pessoal por inquiridores treinados. Foi inquirida a história clínica de diagnóstico de doenças crónicas (depressão, cancro, patologias cardiovasculares, reumática e respiratória), além da colheita de

dados antropométricos e da determinação da hemoglobina. A todos os participantes foi aplicada a Escala de Gravidade da Fadiga de Krupp com 9 itens, tendo fadiga grave sido definida como uma pontuação final média superior a 4. A média de idades (desvio-padrão) na amostra foi 62,3 anos (9,9) e 55,8% dos participantes eram mulheres. O cálculo das estimativas de risco (*odds ratios*) ajustadas foi feito por regressão logística e as fracções atribuíveis foram estimadas usando a fórmula  $AR=1-\Sigma(p_j/OR_j)$ .

**Resultados:** Após ajuste para a idade e co-morbilidades, o sexo feminino esteve associado à fadiga grave (OR=1,56; IC95%: 1,08 – 2,26), assim como a escolaridade igual ou inferior a 4 anos (OR=1,61; IC95%: 1,10 – 2,34). A obesidade (OR=1,87; IC95%: 1,21 – 2,90) e a história de diagnóstico de patologia cardiovascular (OR=2,23; IC95%: 1,28 – 3,90) estiveram também associadas a maior fadiga. As fracções da fadiga grave atribuíveis às variáveis estudadas foram: 21,1% para o sexo, 14,2% para a escolaridade, 9,8% para a obesidade e 10,9% para a patologia cardiovascular.

**Conclusão:** O sexo e a escolaridade têm um impacto importante na fadiga grave e, em menor extensão, também a obesidade e as doenças cardiovasculares.

#### CL16 – DOENÇA DE BEHÇET E CERULOPLASMINA LINFOCITÁRIA

Oliveira R.<sup>1</sup>, Banha J.<sup>1</sup>, Martins F.<sup>1</sup>, Pereira D.<sup>2</sup>, Barcelos F.<sup>3</sup>, Teixeira A.<sup>3</sup>, Vaz Patto J.<sup>3</sup> and Costa L.<sup>1</sup>

1. Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge, Lisboa, Portugal.

2. Serviço Imuno-terapia, Hospital Reynaldo dos Santos, Vila Franca de Xira.

3. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa, Portugal.

A Doença de Behçet (DB) é uma doença crónica rara de natureza inflamatória. Embora a sua etiologia ainda seja desconhecida, um desequilíbrio no balanço pró-oxidante/antioxidante parece ser importante para a sua patogénese. A ceruloplasmina (CP)

é uma proteína de cobre (Cu) com um papel relevante no metabolismo do ferro (Fe) devido principalmente à sua actividade ferroxidásica. A demonstração da capacidade de síntese da CP por linfócitos de sangue periférico de humanos e a expressão desta proteína à sua superfície (PBLCP) apontam para a existência de uma relação estreita entre Sistema Imunológico (SI), a homeostasia do Cu/ Fe e o stress oxidativo. De modo a investigar um possível papel da CP na patogénese da DB, estudou-se por citometria de fluxo a expressão da PBLCP em indivíduos com DB de ambos os sexos (n=10) e em controlos saudáveis (n=10) do mesmo sexo dos doentes e com idades aproximadas. Marcadores hematológicos (hemograma) e bioquímicos do metabolismo do Fe (CP, Fe, ferritina, transferrina séricas; capacidade total de fixação do Fe, saturação de transferrina) bem como marcadores inespecíficos de inflamação (PCR) foram medidos em todos os indivíduos participantes neste estudo. Tal como esperado, os níveis de PCR nos indivíduos com DB mostraram-se significativamente aumentados comparativamente com os medidos nos controlos (p=0,01). Apesar da ausência de diferenças significativas entre os dois grupos de estudo relativamente à quantificação da CP no soro, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa na PBLCP (p=0,005) medida nos doentes comparativamente com os respectivos controlos (48±24 UA *vs* 78±34 UA). Em particular, estes resultados traduziram o decréscimo significativo da expressão de CP à superfície de linfócitos CD56+ dos doentes comparativamente aos controlos (164±118 UA *vs* 324±173 UA). De acordo com estes dados, sugere-se que a defesa antioxidante associada à diminuição da expressão da PBLCP poderá estar comprometida na DB. Funções particulares da resposta imune directamente ligadas a subpopulações de linfócitos específicas (como os linfócitos CD56+) poderão ter um papel importante na fisiopatologia desta doença.

#### CL17 – INFLUÊNCIA DA IDADE DE INÍCIO DA ARTRITE REUMATÓIDE NA FUNÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES

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

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

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

3. National Databank for Rheumatic Diseases, Wichita, Kansas, US

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

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

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

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

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

início precoce relativamente à abordagem da AR de início tardio.

#### CL18 – RHEUGULATIONDB: CONSTRUINDO UMA IMAGEM INTEGRADA PARA A ARTRITE REUMATÓIDE

J. Teles<sup>1</sup>, J. Cavaleiro<sup>1</sup>, P. Weinman<sup>1</sup>, A.O. Falcão<sup>2</sup>, P. L. Fernandes<sup>3</sup>, J.E. Fonseca<sup>1</sup>

1. Unidade de Artrite Reumatóide, Instituto de Medicina Molecular

2. Departamento de Informática, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa

3. Instituto Gulbenkian de Ciência

**Objectivos:** Criação de uma plataforma dinâmica de conhecimento actualizado sobre a AR, através da integração lógica de toda a informação molecular relevante para o estudo da susceptibilidade, prognóstico e resposta às mais recentes terapêuticas da doença, numa fonte online de acesso livre destinada a clínicos, investigadores e estudantes.

**Métodos:** A primeira fase do projecto envolveu a criação de uma base de dados relacional extensiva, resultante da centralização de toda a informação relevante proveniente essencialmente da literatura e fontes online externas. O desenho da base de dados residiu numa arquitectura hierárquica em que a informação foi categorizada em quatro classes essenciais: «Processos», «Células», «Proteínas» e «Genes», com atributos que as diferenciam entre si. A segunda fase consistiu na integração lógica da informação, construindo a imagem global da rede de interacções moleculares subjacentes à patologia e tendo em atenção as escalas temporal e espacial dos fenómenos. Finalmente elaborou-se uma plataforma online de acesso livre ao utilizador baseada num interface gráfico intuitivo, permitindo a fácil navegação pela informação armazenada na base de dados.

**Resultados e Conclusão:** A *RheugulationDB* constituirá uma fonte centralizada, *online*, de informação sobre as bases moleculares da AR, representada graficamente em esquemas intuitivos e de fácil interpretação. Pretendemos que esta ferramenta de apoio ao estudo da doença permita alargar o espectro das análises efectuadas actualmente, contribuindo para a compreensão das interacções entre as múltiplas variáveis em jogo. A partir desta análise global, será possível uma investigação mais precisa e orientada dos fenómenos moleculares que influenciam a susceptibilidade, o prognóstico e a resposta às terapêuticas na AR.

#### DIA 29 DE ABRIL

#### CL19 – DETERMINANTES DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA EM ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO

Lúcia Costa<sup>1,2</sup>, Elisabete Ramos<sup>1</sup>, Raquel Lucas<sup>1</sup>, Henrique Barros<sup>1</sup>

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

2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar do Alto Minho, Ponte de Lima.

**Introdução:** A prevenção primária da osteoporose visa a obtenção de um bom pico de massa óssea e por isso envolve a identificação e a correcção precoce de factores de risco modificáveis na adolescência. Como base científica destas estratégias são essenciais os estudos da saúde óssea em amostras populacionais de adolescentes, até agora escassos em Portugal.

**Objectivo:** Avaliar os determinantes da densidade mineral óssea em adolescentes portuguesas.

**Métodos:** Foram avaliadas 904 raparigas durante a constituição de uma coorte de adolescentes nascidos em 1990 a frequentar as escolas públicas e privadas da cidade do Porto (o estudo EPITeen). Na avaliação inicial foi recolhida informação sobre variáveis demográficas, sociais, comportamentais e clínicas da adolescente e da família (através de questionários auto-aplicados à adolescente e aos pais). As adolescentes fizeram um exame clínico que incluiu avaliação antropométrica, medição da pressão arterial, avaliação da função respiratória e colheita de uma amostra de sangue venoso. A densidade mineral óssea (DMO) no antebraço não dominante foi determinada por densitometria óssea com raios X de feixe duplo num aparelho Lunar® PIXI (*Peripheral Instantaneous X-ray Image*).

**Resultados:** O valor médio (desvio-padrão) de DMO ( $\text{g}/\text{cm}^2$ ) no grupo pré-menarca ( $n=143$ ) foi 0,311 (0,043), no intervalo 0,222 a 0,425  $\text{g}/\text{cm}^2$ . No grupo pós-menarca ( $n=761$ ) este valor foi 0,368 (0,055), no intervalo de 0,206 a 0,569  $\text{g}/\text{cm}^2$ . A diferença significativa entre estes grupos ( $p<0,0001$ ) justificou a análise estratificada. A classificação pelo tipo de escola (privada ou pública), tal como pela escolaridade dos pais, não mostrou diferenças na média da DMO em nenhum dos dois estratos. Foram encontradas médias de DMO significativamente maiores nas raparigas do grupo pós-menarca cujos pais reportaram valores de peso e altura correspondentes a excesso de peso ou obesidade ( $p<0,01$ ). A DMO

mostrou diferenças significativas de acordo com a idade à menarca ( $p < 0,001$ ) e, nos dois estratos, com os quartis de percentagem de massa gorda ( $p < 0,001$ ). Adicionalmente, no grupo pré-menarca, a DMO foi significativamente diferente de acordo com os quartis de altura. As raparigas com excesso de peso ou obesas, tiveram DMO significativamente maior que as normoponderais nos dois estratos ( $p < 0,01$ ). No grupo pós menarca, a densidade mineral óssea foi significativamente maior nas raparigas que não usaram suplementos de vitaminas ou minerais ( $p < 0,05$ ). Não houve diferenças na DMO, em nenhum dos estratos, de acordo com o peso da adolescente ao nascimento reportado pelos pais nem com a escolaridade destes. Não houve diferenças significativas na densidade óssea, em qualquer dos estratos, para a ingestão de cálcio, a ingestão de vitamina D, o uso de medicação crónica para a asma e os hábitos tabágicos.

**Conclusão:** Mais do que as características comportamentais, o desenvolvimento pubertário e as características antropométricas foram os determinantes mais importantes da massa óssea na amostra.

#### CL20 – FALÊNCIA NA ABORDAGEM TERAPÊUTICA EM DOENTES COM FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS

Garces S, Cravo AR, Tavares V, Canas Silva J  
Hospital Garcia de Orta, Almada

**Introdução:** As fracturas do colo do fémur são uma das principais consequências da osteoporose. Estão associadas a elevada morbidade e mortalidade, representando, por isso, um importante problema de saúde pública. Os doentes com fracturas do colo do fémur constituem uma população de alto risco, em que a intervenção terapêutica é mandatória.

**Objectivo:** Avaliar a estratégia terapêutica adoptada em doentes de elevado risco após uma fractura do colo do fémur.

**Material e Métodos:** Foram seleccionados todos os doentes com fracturas transcervicais do colo do fémur internados no Serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta, no período de 1 ano (Setembro de 2004 a Agosto de 2005). Foi realizado um questionário, via telefónica, aos doentes, familiares directos ou aos seus prestadores de cuidados, no sentido de avaliar a medicação prescrita à data da alta ou posteriormente, bem como a existência de fracturas prévias e a associação estabelecida entre a fractura e osteoporose por parte da população estudada.

**Resultados:** Durante o período de um ano estiveram

internados no Serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta um total de 140 doentes com fracturas transcervicais do colo do fémur (82 do sexo feminino), com idade média de  $77 \pm 17$  anos. Vinte e um por cento dos doentes faleceram durante a estadia no hospital ou no ano subsequente e 14 foram perdidos do *follow-up*. Dos 97 doentes entrevistados apenas 14,4% receberam terapêutica para a osteoporose, à data da alta. Uma pequena minoria recebeu posteriormente terapêutica, através do seu Médico de Família ou Fisiatra, estando actualmente medicados para a osteoporose cerca de 16,6% dos doentes. Em 18,5% havia história prévia de fractura não vertebral. Apenas 13,4% dos entrevistados estabeleceram relação entre a fractura e osteoporose.

**Conclusões:** Os doentes com fracturas osteoporóticas representam uma população de alto risco com indicação terapêutica bem definida a fim de impedir futuras complicações. Apesar disso, diversos estudos apontam para uma falência interventiva por parte dos Ortopedistas, que não reconhecem a importância de uma estratégia terapêutica contra a osteoporose nestes doentes. Os nossos resultados estão em concordância com esses trabalhos. O mesmo problema se verifica ao nível dos cuidados de saúde primários, onde por vezes a terapêutica é prescrita a doentes de baixo risco e esquecida nesta população idosa de elevado risco, em que a intervenção apresenta uma melhor relação custo-eficácia e um maior impacto na sua qualidade de vida.

#### CL21 – AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA DA ARTRITE REUMATÓIDE NA PRÁTICA CLÍNICA DIÁRIA: UMA PROPOSTA PARA A APLICAÇÃO UNILATERAL DO MÉTODO DE SHARP/VAN DER HEIJDE

Lopes J.<sup>1</sup>, Machado D.<sup>1</sup>, Sousa E.<sup>1,2</sup>, Cavaleiro J.<sup>1</sup>, Teles J.<sup>1</sup>, Mourão A.F.<sup>1,3</sup>, Canhão H.<sup>1,2</sup>, Branco J.<sup>3</sup>, Viana Queiroz M.<sup>2</sup>, Fonseca J.E.<sup>1,2</sup>

1. Unidade de Artrite Reumatóide, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa, Portugal
2. Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal
3. Serviço de Reumatologia, Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal

**Introdução:** A Artrite Reumatóide (AR) é classicamente considerada uma doença inflamatória com envolvimento articular simétrico. As radiografias detêm um papel central no diagnóstico, orientação clínica e prognóstico da AR. O método de avaliação radiológica de Sharp/van der Heijde (SH) é o mais

sensível para detectar alterações ao longo do tempo e é actualmente o método escolhido para avaliação da destruição articular em ensaios clínicos. No entanto, e principalmente devido à sua complexidade, este método é raramente utilizado na prática clínica.

**Objectivos:** Verificar se a utilização unilateral do método SH pode substituir a avaliação bilateral convencional, sem condicionar perda de informação relevante.

**Métodos:** Foram sistematicamente avaliadas, pelo método de SH, radiografias de mãos e pés de 129 doentes com o diagnóstico de AR, segundo os critérios do *American College of Rheumatology* de 1987. Os resultados foram analisados através dos seguintes subtotaís: diminuição do espaço articular do pé esquerdo (DEAPE), diminuição do espaço articular do pé direito (DEAPD), diminuição do espaço articular da mão esquerda (DEAME), diminuição do espaço articular da mão direita (DEAMD), erosões do pé esquerdo (EPE), erosões do pé direito (EPD), erosões da mão esquerda (EME), erosões da mão direita (EMD). Para testar a hipótese da presença de simetria radiográfica, os subtotaís das extremidades esquerda e direita foram comparados usando o teste de t-student. O nível de rejeição foi estabelecido em  $p < 0.01$ . Considerou-se 5,0 pontos como a diferença mínima clinicamente relevante (DMCR) para o método SH. Na avaliação do significado clínico dos resultados, o intervalo de confiança das diferenças foi de 99%.

**Resultados:** Os valores obtidos no método de SH para os pares de sutotaís foram os seguintes: DEAPE-DEAPD: (9,48±6,04 vs. 9,34±5,86, NS); DEAME-DEAMD: (23,70±11,59 vs. 23,94±12,01, NS); EPE-EPD: (13,38±14,67 vs. 12,53±13,82, NS); EME-EMD: (22,70±15,61 vs. 24,18±15,15, NS). Os intervalos das diferenças existentes para cada par foram as seguintes: DEAPE-DEAPD: [-0,53;+0,81]; DEAME-DEAMD: [-1,33;+0,85]; EPE-EPD: [-0,59;+2,29]; EME-EMD: [-2,97;0,00556].

**Discussão:** A análise estatística mostrou que a hipótese de simetria para os valores de erosão e diminuição do espaço articular entre as extremidades esquerda e direita é verdadeira. Quando existiam diferenças inter-extremidades, estas eram inferiores à DMCR, ou seja não apresentavam significado clínico. Isto leva-nos a sugerir que radiografias apenas de uma mão e de um pé podem ser usadas aquando da aplicação do método de SH, sem perda de informação clinicamente relevante, o que pode ser muito útil para facilitar a aplicação do método na prática clínica diária. Para confirma-

ção destes resultados, devem ser efectuados estudos com amostras de maiores dimensões e em populações diferentes.

#### CL22 – DACTILITE NA ARTRITE PSORIÁTICA: FACTOR DE MAU PROGNÓSTICO?

Ramos F, Figueira R., Rosa C.M., Costa J.T., Queiroz M.V.

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

**Introdução:** A Artrite Psoriática (AP) é uma artropatia inflamatória associada a psoríase, que frequentemente cursa de forma crónica e progressiva, podendo provocar graves limitações funcionais nestes doentes. A dactilite é uma característica classicamente associada a esta patologia não estando ainda definida a possibilidade de apresentar relevância prognóstica.

**Objectivos:** Avaliar e comparar as características clínicas de acordo com a presença ou ausência de dactilite numa população portuguesa de doentes com AP.

**Material e Métodos:** Um total de 117 doentes com AP, seguidos na Consulta de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, entre 1984 e 2005, foram divididos em 2 grupos de acordo com a presença ou ausência de dactilite durante o curso da doença. Para a análise da população foram usados métodos estatísticos descritivos e testes chi-quadrado para a comparação entre grupos, de forma a determinar a significância estatística.

**Resultados:** Dos 117 doentes, verificou-se em 70 (61,4%) a presença de um ou mais episódios de dactilite durante a evolução da doença. A idade média de aparecimento da doença cutânea e articular foi semelhante nos doentes com e sem dactilite, assim como a duração média da doença, que foi  $12,8 \pm 10,0$  anos no grupo com dactilite e  $10,9 \pm 8,2$  anos no grupo sem dactilite. Não foram encontradas diferenças entre o sexo masculino e feminino nos dois grupos. Verificou-se uma maior incidência do tipo poliarticular ( $p < 0,05$ ) no grupo de doentes com dactilite. Estes apresentaram também significativamente maior frequência de erosões (67,4% vs 26,5%;  $p < 0,001$ ), maior frequência de entesite (53,5% vs 28,6%;  $p < 0,01$ ) e uma maior incidência de artrite mutilante (15,9% vs 28,6%;  $p < 0,001$ ). Não foi encontrada relação entre a presença de dactilite e o tipo de psoríase, a presença de história familiar, nem com a forma inicial de

apresentação da doença.

**Conclusão:** A presença de dactilite, no início ou durante a evolução da AP, está associada ao desenvolvimento de erosões e de artrite mutilante. Assim os doentes com AP e dactilite podem representar um subgrupo em que a doença adquire características mais agressivas e consequentemente pior prognóstico.

### CL23 – CONCORDÂNCIA ENTRE OS DIAGNÓSTICOS CLÍNICO E RADIOLÓGICO DE OSTEOARTROSE

Rui André Santos<sup>1,2</sup>, Lúcia Costa<sup>1,3</sup>,  
Anabela Barcelos<sup>1,4</sup>, Raquel Lucas<sup>1</sup>,  
Henrique Barros<sup>1</sup>

1. Serviço de Higiene e Epidemiologia, Faculdade de Medicina do Porto, Porto.
2. Serviço de Reumatologia, Hospital Militar Principal, Lisboa.
3. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar do Alto Minho, Ponte de Lima.
4. Hospital Infante D. Pedro, Aveiro.

**Introdução:** Os estudos de prevalência da osteoartrite são frequentemente baseados apenas na avaliação radiológica das populações. A avaliação clínica dos indivíduos permite averiguar da legitimidade do uso de radiografias com este propósito.

**Métodos:** No período de reavaliação de uma coorte de adultos residentes no Porto, foram avaliados 192 indivíduos consecutivos (57% mulheres, média de idades (desvio-padrão) 64,9 (9,3), âmbito 48-91) através de uma entrevista pessoal. Cada participante respondeu a perguntas sobre a história de sintomas no joelho, na anca, na mão e na coluna lombar, sendo considerado sintomático, e selecionado para posterior avaliação por reumatologista, se preenchesse pelo menos um dos seguintes critérios: 1) ter consultado o médico devido a essa dor no ano anterior, tendo-lhe sido prescritos exames ou tratamento; 2) ter tido mais de 3 episódios dolorosos no ano anterior e assinalar um va-

lor igual ou superior a 60mm na escala visual analógica de intensidade média da dor no ano anterior; 3) ter tido pelo menos um episódio doloroso com duração superior a uma semana nos 6 meses anteriores ou 4) ter tido dor no mês anterior e assinalar um valor igual ou superior a 60mm na escala visual analógica de intensidade média da dor no mês anterior. Foram feitas radiografias aos joelhos, às ancas, às mãos e à coluna lombar de todos os participantes, nas quais foram consideradas presentes alterações se a pontuação atribuída na escala de Kellgren-Lawrence para alterações degenerativas fosse igual ou superior a um. A concordância foi avaliada usando o kappa.

**Resultados:** A prevalência de alterações radiológicas em pelo menos uma articulação em qualquer das quatro localizações foi 98,2% nas mulheres e 98,8% nos homens. A proporção de mulheres com diagnóstico clínico de artrose em pelo menos uma articulação em qualquer das quatro localizações foi 52,7% nas mulheres e 25,6% nos homens ( $p < 0,001$ ). A tabela apresenta as prevalências de osteoartrite de acordo com o método de diagnóstico e com a localização anatómica.

**Conclusão:** Os estudos de prevalência de osteoartrite nos quais o diagnóstico é apenas radiológico fornecem uma sobreestimativa do verdadeiro peso da patologia nas populações.

### CL24 – TERAPÊUTICAS BIOLÓGICAS NA PRÁTICA CLÍNICA: MOTIVOS DE PARAGEM E RESPOSTA AO SWITCH NOS DOENTES COM AR

Fátima Godinho, Maria José Santos,  
Eufémia Calmeiro, Ana Cordeiro, Sandra Garcês,  
Filipe Vinagre, José Canas da Silva.  
Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta.  
Almada

**Objectivos:** Avaliar os motivos de paragem das terapêuticas biológicas nos doentes com Artrite Reumatóide (AR) na prática clínica e verificar que factores se associam à paragem por ineficácia. Determinar a eficácia de um segundo fármaco biológico quando há ineficácia ou desenvolvimento de efeitos adversos ao primeiro.

**Métodos:** Foram avaliados de forma protocolada, os doentes submetidos a terapêuticas biológicas com Infliximab, Etanercept, Anakinra ou Adalimumab, no Serviço de Reumatologia do HGO entre 1999 e 2005. Os dados relativos às características da doença, DMARDs efectuados, dose de corticoesteróides, duração da terapêutica biológica, respos-

Osteoartrite	Joelho	Anca	Mão	Coluna lombar
Clínica e radiológica (%)	17,7	6,8	18,2	27,1
Clínica (%)	18,2	10,4	20,3	29,7
Radiológica (%)	79,7	51,6	75,5	83,9
Concordância	k=0,09 (p=0,033)	k=0,05 (p=0,043)	k=0,09 (p=0,038)	k=0,07 (p=0,038)

ta ao tratamento de acordo com os critérios de resposta DAS28/EULAR e os consensos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), causa de paragem e resposta ao novo biológico foram recolhidos de forma retrospectiva.

**Resultados:** De um total de 75 doentes com AR, houve 96 exposições a terapêuticas biológicas. Em metade dos doentes o fármaco biológico foi parado.

Numa análise univariada, os factores que se associaram de forma significativa à paragem dos fármacos por ineficácia foram a idade, as manifestações extra-articulares, e o DAS inicial. Na análise multivariada a idade dos doentes e as manifestações extra-articulares mantiveram associação sig-

nificativa com a paragem do tratamento.

Dos 21 doentes que efectuaram *switch* para um segundo biológico, apenas 24% responderam de acordo com os consensos SPR em comparação a 67% de respostas de acordo com os critérios DAS28/EULAR.

Do total dos doentes que fizeram *switch* por reacção adversa, apenas um teve reacção adversa ao novo biológico.

**Conclusões:** Na prática clínica um elevado número de doentes (50%) parou a terapêutica, após uma duração média de exposição ao fármaco de 20±16 meses, a maioria por resposta insuficiente. Os doentes que não tiveram resposta adequada, eram mais velhos, tinham mais manifestações extra-articulares e DAS inicial mais elevado. A

probabilidade de resposta ao segundo biológico de acordo com os critérios EULAR/DAS28 é grande, o mesmo não sucede quando aplicados os consensos da SPR.

Motivos Paragem	Biológico			
	Infliximab (n=29)	Etanercept (n=39)	Anakinra (n=12)	Adalimumab (n=16)
Ineficácia	7	12	6	1
Efeito adverso	5	5	1	1
Outras	3	2	2	3
Total	15 (52%)	19 (49%)	9 (75%)	5 (31%)



## **POSTERS**

## POSTERS

DIA 27 DE ABRIL DE 2006

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

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

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

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

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

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

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

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

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

**P2 – AVALIAÇÃO DA PROGRESSÃO RADIOGRÁFICA SOB TERAPÊUTICAS BIOLÓGICAS**

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

1. Serviço de Reumatologia H. Egas Moniz

2. Instituto Português de Reumatologia

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

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

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

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

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

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

F Barcelos, J. V. Patto, M. Parente, M. J. Mediavilla, L. Miranda, E. Simões, C. Silva, A. Faustino, M. Micaelo, H. Madeira, A. Teixeira  
Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

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

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

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

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

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

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

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

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

Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## P7 – A ESPONDILITE ANQUILOSANTE NA PERSPECTIVA DOS DOENTES

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

1. Hospital Santa Maria

2. Hospital Garcia Orta

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Posteriormente, começou a referir toracalgia e

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

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

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

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

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

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

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

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

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

### Resultados:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### P11 – COMPOSIÇÃO CORPORAL NA OSTEOPOROSE

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

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Lab. Imunologia

5. S. Pneumologia

Hospital Garcia de Orta, Almada

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**P14 – DENSIDADE MINERAL ÓSSEA NAS ESPONDILARTROPATIAS**

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

Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

profilaxia tuberculostática.

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

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

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

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Unidade de Reumatologia do Hospital Infante D. Pedro

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

de doentes à consulta de reumatologia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

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

**Objectivos:** Caracterizar uma população de doen-

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

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

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

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

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

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

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

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

Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital Santa Maria

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

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

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

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

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

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

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

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

Ricardo Ornelas Figueira, Herberto Jesus, Alberto Quintal.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

S. Garcês, A. R. Cravo, F. Vinagre, M. J. Santos, J. Canas da Silva  
Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta

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

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

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

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

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

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

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

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

J. Garcia, P. Monteiro, M. J. Saavedra, I. Cunha, M. J. Salvador, M. Alexandre, L. Inês, J. A. Pereira da Silva, J. Silva, A. Malcata  
Serviço de Reumatologia  
Hospitais da Universidade de Coimbra

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Unidade de Reumatologia

2. Consulta Externa

3. Centro Dr. Agostinho Cardoso

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M. Mateus, A.C. Alves de Matos, J.C. Branco  
Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (Hospital Egas Moniz)

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

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

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

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

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

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

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

1. Instituto Português de Reumatologia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

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

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

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

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

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

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

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

Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, EPE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

e osteoporose.

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

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

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

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

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

Serviço de Medicina Interna  
Hospital de São Sebastião – Feira

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

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

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

Os AA propõe o caso pela forma invulgar de apresentação.

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

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

1. Serviço de Reumatologia, Hospital São João, Porto
2. Serviço de Cirurgia A, Hospital São João, Porto
3. Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Hospital São João, Porto

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

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

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

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

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

*Grupo de Estudos das Artrites Iniciais do IPR*

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

1. Assistente de Reumatologia do IPR

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

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

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

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

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

### P35 – ARTRITE PSORIÁTICA E IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL: UM CASO CLÍNICO

Patrícia Pinto, Daniela Malheiro,  
Francisco Simões Ventura

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

baço, consumo de álcool, actividade física e aleitamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

e 0,82 (IC95%=[0,74-0,89], naive Bayes) para a anca.  
**Conclusão:** Os resultados mostraram que se pode aplicar, como um primeiro passo, um algoritmo de rastreio simples para o diagnóstico de osteoartrose.

### P39 – AVALIAÇÃO DE UMA CONSULTA DE TRIAGEM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

demarcação de áreas sãs».

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Colaboração dos Serviços de Reumatologia do

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

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

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

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

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

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

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

DIA 28 DE ABRIL DE 2006

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Interno Complementar 3º ano  
Serviço de Reumatologia – HUC
2. Interno Complementar 2º ano  
Serviço de Reumatologia – HUC
3. Assistente Graduado Hospitalar  
Serviço de Reumatologia – HUC
4. Director do Serviço de Reumatologia – HUC

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Discussão:** Na nossa série, as manifestações extraglandulares foram muito frequentes, mas merece

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M. Bogas, M. C. Afonso, D. Araújo  
Serviço Reumatologia, Centro Hospitalar do Alto Minho

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Hospital Santa Maria
2. Hospital Garcia da Orta

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

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

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

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

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

### P51 – ESPONDILOARTROPATIAS E FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULARES

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

1. Instituto Português de Reumatologia (IPR)

2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. National Databank for Rheumatic Diseases, Wichita, KS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Unidade de Reumatologia

1. Serviço de Medicina

Hospital Infante D. Pedro, Director: J Crespo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

J. Garcia<sup>1</sup>, M. J. Saavedra<sup>1</sup>, R. Lebre<sup>2</sup>,

M. J. Salvador<sup>1</sup>, A. Sá<sup>2</sup>, J. Nascimento Costa<sup>2</sup>,

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

1. Serviço de Reumatologia

2. Serviço de Oncologia

Hospitais da Universidade de Coimbra

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabela 1

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

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

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

Rui Melo

Assistente hospitalar de Reumatologia

Hospital de Nossa Senhora da Assunção – Seia

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

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

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

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

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

Rui Melo

Assistente Hospitalar de Reumatologia

Hospital de Nossa Senhora da Assunção – Seia

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

res de espondiloatropatias.

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

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

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

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

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

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

1. Instituto Português de Reumatologia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Instituto Português de Reumatologia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da  
Universidade de Coimbra

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

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

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

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

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

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

**Resultados:** (Ver Quadro)

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

#### P66 – ENDOCARDITE INFECCIOSA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE POLIMIALGIA REUMÁTICA:

##### A IMPORTÂNCIA DO EXAME FÍSICO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

publicado que aborde este tema relativamente à população portuguesa.

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

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

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

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

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

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

#### P69 – FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS NO HOMEM:

##### UM CASO PARTICULAR

S. Pimenta<sup>1</sup>, P. Pinto<sup>1</sup>, T. Videira<sup>1</sup>, M. Bernardes<sup>1</sup>, F. Brandão<sup>1</sup>, J. Pinto<sup>1</sup>, J. Brito<sup>1</sup>, F. Simões-Ventura<sup>1</sup>  
1. Serviço de Reumatologia do Hospital São João, Porto, Portugal

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

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

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

#### Tabela

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

J.C. Branco

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

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

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

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

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

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

Colaboração dos Serviços de Reumatologia do

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

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

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

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

**Resultados:** Dos 524 doentes avaliados encontramos 12 (2.3%) com cardiopatia isquémica e 37 (7%) com doença cerebrovascular documentadas, com 4 doentes a apresentarem ambas. A presença destes eventos correlacionou-se com a idade (40.28 anos *vs* 34.5 anos;  $p=0,02$ ); associação a hipertensão arterial (71.1% *vs* 47.5%) diabetes mellitus e trombozes arteriais ( $p<0,0005$ ) e presença de Síndrome anti-fosfolipídico secundário (SAF) (44.4% *vs* 7.0%;  $p<0,0005$ ) e quase significativamente com a presença de anticorpos anticardiolipina IgM ( $p=0,056$ ) e com a dislipidémia ( $p=0,07$ ). A presença de anticorpos anti SSA e SSB, foi significativamente inferior no grupo com doença ( $p=0,013$  e  $p=0,027$ ), assim como a toma actual de anti-palúdicos de síntese ( $p=0,02$ ). Não existiu correlação com a toma de outros fármacos.

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

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

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

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

Serviço de Reumatologia, Hospital de S. João, Porto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Foi instituída corticoterapia com boa evolução clínica do quadro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## P82 – LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

### SORONEGATIVO – 3 CASOS CLÍNICOS

Nuno Bernardino Vieira, Luísa Arez.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta.

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

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

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

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

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

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

#### DIA 29 DE ABRIL DE 2006

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

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

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

2. Associação Portuguesa de Osteoporose (APO)

**Introdução:** A prevenção das fracturas osteoporóticas

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

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

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

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

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

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

poderá ter risco elevado de fracturas osteoporóticas.

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

#### **VARA: CASO CLÍNICO**

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

1. Serviço de Reumatologia H. Egas Moniz
2. Serviço de Genética H. Santa Maria

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

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

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

F Barcelos, J Vaz Patto, E Simões, M Mediavilla, M Micaelo, P Araújo, A Teixeira  
Instituto Português de Reumatologia (IPR), Lisboa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Elizabeth Benito-Garcia<sup>1,2</sup>, MJ Santos<sup>2</sup>,

Sofia Ramiro<sup>1,3</sup>, Susana Medeiros<sup>2</sup>,

Rute Cordeiro<sup>1,3</sup>, J.A.Canas da Silva<sup>2</sup>,

Frederick Wolfe<sup>4</sup>

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

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

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

4. National Databank for Rheumatic Diseases

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M. Bogas, M. C. Afonso, D. Araújo

Serviço Reumatologia, Centro Hospitalar do Alto Minho

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

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

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

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

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

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

1. Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria

2. Unidade de Artrite Reumatoide, Instituto de Medicina Molecular

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

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

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

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

ria (grupo C) com idade média de 64,5±11 anos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### P93 – PERCEPÇÃO CORPORAL NOS DOENTES REUMATOLÓGICOS

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

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

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Interna do Internato Complementar de

Reumatologia do Instituto Português de Reumatologia

2. Assistente de Reumatologia do Instituto Português

de Reumatologia, responsável pela Consulta de

Fenómeno de Raynaud e Esclerose Sistémica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Serviço de Higiene e Epidemiologia – FMUP.

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

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

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

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

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

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

**P96 – TERAPÊUTICA BIOLÓGICA E INDUÇÃO DE AUTO-ANTICORPOS: ANÁLISE DE UM HOSPITAL DE DIA**  
M. Couto, C. Ambrósio, A. Barcelos, M.J. Salvador, I. Cunha, M.J. Saavedra, J. Garcia, P. Abreu, C. Duarte, C. Vaz, P. Monteiro, P. Machado, J. Silva, A. Malcata  
Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Resultados:** Os doentes tinham uma idade média de 41,6±14,8 anos, 86,1% eram do sexo feminino e 13,9% do sexo masculino, com predomínio da raça caucasiana (80,5%) e uma duração média de doença de 6,09±7,47 anos. Dezanove por cento dos doentes eram hipertensos, 5,5% eram diabéticos, 30,5% tinham hiperlipidémia e 33,3% tinham excesso de peso, 11,1% tinham hábitos tabágicos e cerca de 75% levavam uma vida sedentária. Oiten-

ta e um por cento dos doentes estavam sob corticoterapia (dose média diária 7,8±10,6mg de prednisolona) e 72% faziam antipalúdicos. Nenhum dos doentes tinha tido evento CV prévio. O SLEDAI médio na última avaliação foi 2,5±3,25 e o SLICC médio foi 0,4±0,87. Apenas três mulheres (8,3%) tinham placas carotídeas. A espessura média íntima/média carotídea foi 0,7±0,1 mm. Não foram encontradas estenoses significativas e o fluxo sanguíneo foi normal em todos os doentes. A EIM correlacionou-se com a idade dos doentes e com a presença de hipertensão.

**Conclusões:** Encontrámos uma prevalência baixa de aterosclerose carotídea, que pode ser explicada por se tratar de uma população jovem, com poucos factores de risco CV tradicionais, baixa actividade de doença e baixo índice de dano a longo termo. No entanto não podemos excluir a influência de factores genéticos ou nutricionais.

#### **P98 – VARIAÇÃO DA ACTIVIDADE INFLAMATÓRIA E DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS DOENTES COM EA SOB TERAPÊUTICA ANTI-TNF $\alpha$**

A. R. Cravo, S. Garcês, F. Vinagre, M. J. Santos, J. Canas da Silva

Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

O *Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index* (BASDAI) e o *Bath Ankylosing Spondylitis Functionality index* (BASFI) são instrumentos utilizados para avaliação da actividade da doença e do grau de limitação funcional na Espondilite Anquilosante.

**Objectivos:** Avaliar longitudinalmente a variação da actividade inflamatória e da capacidade funcional medidas pelo BASDAI e pelo BASFI em doentes com EA sob terapêutica anti-TNF $\alpha$ . Verificar se a melhoria da actividade inflamatória se traduz numa melhoria da capacidade funcional.

**Métodos:** Incluímos 23 doentes com EA que cumpriram pelo menos 48 semanas de terapêutica com Infliximab ou Etanercept. Os questionários BASDAI e BASFI foram analisados às 0, 24 e 48 semanas de tratamento. Verificámos se existia correlação entre a variação da actividade inflamatória e a capacidade funcional dos doentes.

**Resultados:** Dos doentes avaliados 18 eram do sexo masculino, tinham uma idade média de 37,70±9,28 anos e uma duração média de doença de 11,13±8,40 anos. Dezoito doentes encontravam-se sob terapêutica com infliximab e 4 sob terapêutica com etanercept. Verificou-se uma redução significativa

Média	Inicial	Semana 24	Semana 48
BASDAI	56,39±19,47	27,90± 21,00	27,72±22,64
BASFI	48,69±25,76	25,11± 17,68	27,43±18,36
Variação BASDAI	-	-50,52%	-48,42%
Variação BASFI	-	-50,84%	-43,67%

tanto nos valores do BASDAI como do BASFI à semana 24 e 48.

A correlação entre os valores do BASDAI e do BASFI à semana 0 foi de 0,53 (IC 95% 0,152-0,774), que aumento na semana 24 para 0,71 (IC95% 0,433-0,872) e à semana 48 para 0,79 (IC95% 0,559-0,910).

**Conclusão:** Ao longo das 48 semanas de tratamento verificou-se uma melhoria mantida da actividade da doença e da funcionalidade. A melhoria da actividade da doença medida pelo BASDAI teve uma boa correlação com a melhoria da actividade funcional medida pelo BASFI, em todos os momentos da avaliação e aumentando ao longo do tempo.

#### **P99 – CARACTERIZAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DA COMPOSIÇÃO CORPORAL NA FIBROMIALGIA**

D Medeiros<sup>1</sup>, L Coelho<sup>1</sup>, A Abreu<sup>2</sup>, A Cardoso<sup>2</sup>, R Fernandes<sup>2</sup>, F Rosa<sup>2</sup>, L Miranda<sup>1</sup>, R Leitão<sup>1</sup>, P Coelho<sup>1</sup>, M Silva<sup>1</sup>, H Santos<sup>1</sup>, M Parente<sup>1</sup>, M Micaelo<sup>1</sup>, M Mediavilla<sup>1</sup>, E Simões<sup>1</sup>, H Madeira<sup>1</sup>, C Silva<sup>1</sup>, F Pimentel<sup>1</sup>, I Barata<sup>1</sup>, J Ferreira<sup>1</sup>, J Figueirinhas<sup>1</sup>, F Barcelos<sup>1</sup>, M Sousa<sup>1</sup>, C Miguel<sup>1</sup>, S Cortes<sup>1</sup>, A Neto<sup>1</sup>, L Freire<sup>2</sup>, J Vaz Patto<sup>1</sup>, F Mesquita<sup>2</sup> e A Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

**Objectivo:** Avaliação antropométrica e da composição corporal em 275 doentes com o diagnóstico de Fibromialgia.

**Introdução:** A Fibromialgia (FM) é um síndrome de etiologia desconhecida caracterizado por dor crónica difusa, articular e muscular, que afecta a população geral numa prevalência que varia entre os 0,5 a 5%, envolvendo, sobretudo, mulheres de meia-idade. A associação entre FM e outras entidades crónicas, como a obesidade, alterações da tensão arterial, e outros factores de risco cardiovascular, podem indicar um papel importante de causalidade com distúrbios do eixo hipotalâmico-pituitário, do sistema autónomo, e de hormonas

sexuais, já identificados em muitos doentes com FM. Esta possível associação levou-nos a estudar as características antropométricas e a presença de factores de risco cardiovascular numa população com o diagnóstico de FM estabelecido.

**Material e Métodos:** O estudo decorreu durante dois meses, em tempos separados, no Instituto Português de Reumatologia, envolvendo doentes com FM, que recorreram à consulta de reumatologia. Os critérios de classificação de FM foram os do ACR. Os doentes foram submetidos a um protocolo de auto-preenchimento assistido, onde constava entre outros factores, o diagnóstico não reumatológico e reumatológico, o qual era preenchido pelo médico assistente. Foram também avaliados pela equipa de nutrição os seguintes parâmetros: peso, altura, índice de massa corporal (IMC), perímetro da cintura, perímetro da anca, relação cintura/anca, massa gorda (percentagem e quilogramas), a massa magra (quilogramas) e a água corporal total (percentagem e quilogramas). Estes parâmetros foram medidos através de 2 aparelhos, a bioimpedância de mãos (OMRON HBF-300) e de pés (TANITA TBF-350). Foram ainda avaliadas doenças associadas, intimamente relacionadas com o risco cardiovascular: a Hipertensão Arterial, Diabetes *mellitus* e a Hipercolesterolemia

**Resultados:** Foram observados 275 doentes com FM, 9(3%) do sexo masculino e 266(97%) do sexo feminino. A idade média foi de  $52 \pm 11,58$  anos [17;81], o peso médio de  $68,8 \pm 13,43$  kg, com um IMC médio de  $28,1 \pm 5,16$  Kg/m<sup>2</sup>. A bioimpedância das mãos revelou uma percentagem média de massa gorda de 36%. A massa gorda média medida pela bioimpedância das mãos foi de  $36 \pm 6,3\%$ , em que 192(70%) dos doentes tinham excesso de massa gorda, sendo que destes, 9(5%) pertenciam ao sexo masculino e 183(95%) ao sexo feminino. A massa gorda média medida pela bioimpedância dos pés foi de  $34,5 \pm 7,61\%$ , em que 192(70%) dos doentes tinham excesso de massa gorda, sendo que destes, 6(3%) pertenciam ao sexo masculino e 186(97%) ao sexo feminino. Quanto à percentagem de água, 163(59,2%) doentes, apresentavam quantidades de água inferiores ao desejável, 4(2,5%) do sexo masculino e 159(97,5%) do sexo feminino. A quantidade de massa magra média foi de  $44,5 \pm 5,78$  kg. Quanto aos factores de risco cardiovasculares: 34(12%) tinham Hipertensão Arterial, 7(3%) tinham Diabetes *mellitus*, 14(5%) tinham Hipercolesterolemia. A relação cintura/anca média foi de 0,87cm.

**Conclusão:** A maior parte dos doentes observados

pertenciam ao sexo feminino, o que está de acordo com o que se sabe sobre a prevalência da FM no sexo feminino. A média de idades foi de 62 anos, um valor um pouco superior ao que seria de esperar, já que esta patologia encontra-se sobretudo em mulheres com cerca de 50 anos de idade. No que respeita à avaliação nutricional, verificou-se uma elevada percentagem de obesidade, sobretudo no sexo feminino. Este achado pode revelar uma associação directa com este síndrome, contudo, há que ter em consideração o sedentarismo marcado neste grupo de doentes, dada a presença generalizada de dor crónica musculoesquelética. Verificou-se ainda uma percentagem significativa de factores de risco cardiovascular, nomeadamente Hipertensão Arterial, eventualmente associada a um distúrbio metabólico generalizado (Síndrome X).

#### P100 – VALOR PROGNÓSTICO DA ENTESITE EM DOENTES COM ARTRITE PSORIÁTICA

R. Figueira, F. Ramos, C.M. Rosa, J.T. Costa, M.V. Queiroz

Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital Santa Maria, Lisboa

**Introdução:** A artrite psoriática é uma doença articular inflamatória crónica caracterizada pela associação de artrite e psoríase, evoluindo por vezes para formas incapacitantes. A entesite é uma característica clínica frequente em todas as espondilartropatias e que por ter sido associada a determinados formas clínicas de artrite psoriática a sua presença poderá ter valor prognóstico.

**Objectivos:** Identificar e comparar a presença de determinadas características clínicas em doentes com e sem entesite.

**Métodos:** Foram analisadas variáveis sócio-demográficas e clínicas, em 117 doentes com artrite psoriática, seguidos na Consulta Externa de Reumatologia entre 1984 e 2005. Estes doentes foram divididos num grupo com entesite (Grupo 1) e noutro sem entesite (Grupo 2).

Os autores utilizaram métodos estatísticos descritivos e o teste chi-quadrado para caracterizar a população e relacionar a presença de entesite com os diversos achados clínicos.

**Resultados:** A idade média dos doentes (Grupo 1:  $56,2 \pm 12,3$  e Grupo 2:  $54,0 \pm 13,5$ ), a idade de início da doença articular (Grupo 1:  $40,4 \pm 10,6$  e Grupo 2:  $43,8 \pm 13,7$ ) e o tempo de evolução da doença (Grupo 1:  $15,6 \pm 9,5$  e Grupo 2:  $10,4 \pm 8,4$ ) foram se-

melhantes nos dois grupos. Não se encontraram também, diferenças estatisticamente significativas, entre sexos.

Quarenta e três doentes (38,1%) tiveram pelo menos um episódio de entesite durante o tempo de evolução de doença.

Os autores verificaram que o grupo dos doentes com entesite esteve associado a formas erosivas da doença em 63% *vs* 29,4% ( $p < 0,001$ ), à presença de periostite em 74% *vs* 15,7% ( $p < 0,001$ ) e com o envolvimento das articulações interfalângicas distais em 65% *vs* 37,6% ( $p < 0,01$ ). No grupo dos doentes com entesite a presença de dactilite foi maior (53,5 *vs* 28,6;  $p < 0,01$ ) e não se verificou associação estatisticamente significativa entre entesite e a forma de apresentação da doença, outras formas clínicas ou tipo de psoríase.

**Conclusão:** A presença de entesite parece estar associada a formas mais agressivas de artrite psoriática, dada a maior prevalência de periostite e erosões.

#### **P101 – RITUXIMAB NO TRATAMENTO DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**

JE Fonseca<sup>1</sup>, MJ Santos<sup>2</sup>, E Mariz<sup>3</sup>, M Oliveira<sup>4</sup>, P Pinto<sup>3</sup>, H Canhão<sup>1</sup>, MJ Saavedra<sup>4</sup>, F Vargas<sup>5</sup>, Vaz C<sup>3</sup>, JA Pereira da Silva<sup>1</sup>, A Malcata<sup>4</sup>, J Canas da Silva<sup>2</sup>, F Ventura<sup>3</sup>, Mário Viana Queiroz<sup>1</sup>.

1. Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria
2. Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta (HGO)
3. Serviço de Reumatologia do Hospital de São João
4. Serviço de Reumatologia dos Hospitais Universitários de Coimbra
5. Serviço de Hemato-oncologia do HGO

**Introdução:** O tratamento do Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) refractário aos fármacos convencionais é uma situação complexa com elevada morbidade e mortalidade. Nos últimos anos a utilização do rituximab (RTX) tem apresentado resultados promissores. Apresentamos 4 casos clínicos de utilização deste fármaco em doentes com LES refractários a múltiplas terapêuticas.

**Casos Clínicos:** Doente 1: sexo feminino, 38 anos, trombocitopénia autoimune diagnosticada há 3 anos no contexto de LES. Refractária à azatioprina (AZT), ciclofosfamida PO e EV e ao micofenolato de mofetil. Recusou esplenectomia. Mantinha plaquetas acima de 10.000 com um esquema de 1,5 g de

metilprednisolona (MP) e  $\gamma$ -globulina quinzenal, associado a doses de prednisona (PDN) diárias de 10 a 30 mg. Foi tratada com RTX 375mg/m<sup>2</sup> em 4 pulsos semanais, tendo sido confirmada laboratorialmente a depleção de linfócitos B. Ao fim de 3 meses de seguimento foi possível estabilizar as doses de PDN em 10mg/dia e reduzir os pulsos de MP para 1g mensal, coadjuvado por  $\gamma$ -globulina mensal, com contagens plaquetárias acima dos 20 000

Doente 2: sexo feminino, 28 anos, trombocitopénia autoimune diagnosticada há 12 anos no contexto de LES. Refractária a AZT, danazol,  $\gamma$ -globulina e à esplenectomia. Mantinha plaquetas acima de 10 000 com uma dose de PDN diária de 20 a 40 mg. Foi tratada com RTX 375mg/m<sup>2</sup> em 4 pulsos semanais, não tendo realizado o último tratamento por aparecimento de doença do soro. Ao fim de 4 meses de seguimento foi possível estabilizar as doses de PDN em 5 mg em dias alternados, tendo atingido uma contagem plaquetária acima de 100.000.

Doente 3: sexo feminino, 24 anos, trombocitopénia autoimune diagnosticada há 9 anos (tratada com PDN,  $\gamma$ -globulina e esplenectomia) e manifestações clínicas e analíticas compatíveis com LES desde há 7 anos. No contexto de surto de agravamento da doença surgiu envolvimento do sistema nervoso central refractário à corticoterapia e  $\gamma$ -globulina. Foi tratada com RTX 375mg/m<sup>2</sup> em 4 pulsos semanais e 2 pulsos de ciclofosfamida. Foi confirmada laboratorialmente a depleção de linfócitos B. Ao fim de 3 meses de seguimento verificou-se normalização progressiva dos parâmetros clínicos e analíticos, não apresentando evidência actual de actividade do LES.

Doente 4: sexo feminino, 27 anos, LES com 7 anos de evolução, fibromialgia, depressão e hiperprolactinémia, apresentava poliartrite refractária a múltiplos DMARD e a  $\gamma$ -globulina (1g/Kg/dia em 2 dias) mensal. Em Outubro de 2004 faz MTX 15 mg/semana + RTX 375mg/m<sup>2</sup> (toma única), sem melhoria clínica. Em Maio de 2005, mantendo doses estáveis de MTX (15 mg/s) e PDN 10 mg/dia é submetida a duas administrações de RTX 1 g com intervalo de 15 dias. Ao fim de 6 meses de seguimento verifica-se redução no número de articulações tumefactas (20 para 12, em 28), mantendo elevado número de articulações dolorosas (25 para 22, em 28).

**Discussão:** Apesar do pouco tempo de seguimento, estes 4 casos clínicos ilustram que o RTX constitui uma opção terapêutica muito útil e segura no LES refractário à terapêutica convencional.

**P102 – UMA COMPARAÇÃO DE FACTORES DE RISCO NAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EM MULHERES CAUCASIANAS E SUL ASIÁTICAS NO REINO UNIDO**

Lydia Freire<sup>1,3</sup>, Soma Mitra<sup>2</sup>, Nicola Lowe<sup>2</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Department of Biological Sciences UCLAN

3. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

**Introdução:** A Osteoporose é uma doença metabólica caracterizada por uma baixa massa óssea e por uma deterioração micro-arquitectural do tecido ósseo, com consequente aumento da fragilidade do osso e aumento do risco de fracturas. A ingestão adequada de Ca, vit D e outros micronutrien-

casianas e Sul Asiáticas (média±DP) era de 25.1 ± 3.2 e 21.8 ± 3.1 anos respectivamente. A ingestão diária de nutrientes foi comparada entre os dois grupos, nomeadamente a ingestão calórica total, HC, proteínas, lípidos, vit D, P, Ca e Zn. Os valores obtidos encontram-se na tabela seguinte. O valor médio de BUA para as Caucasianas era de 82.62 ± 15.11 dB/MHz e de 77.12 ± 11.39 para as Sul Asiáticas, o que corresponde respectivamente a 95% e 87% do valor normal para este intervalo de idades.

**Conclusão:** Não se observaram diferenças estatisticamente significativas a nível do consumo de micronutrientes essenciais para o osso (Vit D, P, Ca e Zn) entre os dois grupos. Contudo a nível dos valores de BUA observou-se que dentro dos valores que se consideram normais para este grupo de idades, as mulheres Caucasianas apresentam melhores valores do que as Sul Asiáticas. Desta forma parece que existem outros factores, a ser investigados num próximo estudo, que colocam as mulheres Sul Asiáticas em maior risco de desenvolver fracturas osteoporóticas.

	Caucasianas	Sul Asiáticas	t (t < 0.05)	p (p < 0.01)
BUA(dB/MHz)	82,62±15,11	77,12 ± 11,39	1,490	0,142
% Esperada	95,24±17,32	87,24 ± 12,63	1,912	0,061
Energia (Kcal)	2064,13± 478,20	2550,2 ± 696,79	-3,02	0,004
HC (g)	282,32 ± 69,08	346,80 ± 102,93	-2,73	0,008
Proteínas (g)	77,08 ± 23,05	85,56 ± 25,08	1,29	0,201
Lípidos (g)	71,17±24,91	100,79 ± 30,62	-3,91	0,0003
Vit D (units)	2,76 ± 1,43	2,39 ± 2,24	-1,700	0,089
P (units)	1386,55± 361,71	1511,4 ± 400,34	1,203	0,234
Ca (mg)	986,24 ± 328,47	1264 ± 868	-1,008	0,323
Zn (mg)	9,44 ± 3,07	10,38 ± 2,99	-0,946	0,344

tes é essencial para o osso, assim como para reduzir o risco de fracturas osteoporóticas. As mulheres Asiáticas a residir no Reino Unido parecem estar em maior risco de desenvolver Osteoporose do que as mulheres Caucasianas, devido a factores dietéticos e ao estilo de vida.

**Objectivos:** Investigar factores de risco que potenciem as fracturas osteoporóticas em mulheres Sul Asiáticas e Caucasianas e usar a informação obtida como uma base de recomendação para melhorar as medidas de prevenção e tratamento a serem aplicadas aos pacientes Sul Asiáticos.

**Material e Métodos:** 29 mulheres Caucasianas e 25 mulheres Sul Asiáticas entre os 20 e 30 anos foram recrutadas da *University of Central Lancashire*. O consumo alimentar foi obtido por entrevista, através do preenchimento de um questionário de frequência alimentar. Os dados obtidos foram analisados usando uma base de dados alimentar (*Win-Diets*). A atenuação pelo ultrassom do osso (BUA) foi determinada usando a sonometria de ultrassom de contacto no calcâneo (McCue CUBA Clinical Ultrasonometer).

**Resultados:** A média de idades nas mulheres Cau-

**P103 – RS3PE – REVISÃO DE UMA SÉRIE PESSOAL DE 11 CASOS CLÍNICOS**

J. A. Melo Gomes

Assistente Graduado de Reumatologia do Instituto Português de Reumatologia. Lisboa, Portugal.

Daniel J. McCarthy publicou em 1985 [«Remmitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS3PE syndrome). JAMA 254: 2763-7, 1985»] a primeira descrição de uma síndrome caracterizada pelo aparecimento, de forma súbita, no indivíduo idoso (de idade superior a 60 anos, mas geralmente com mais de 70) de um quadro de Sinovite grave Simétrica Seronegativa (para os factores reumatoides IgM), acompanhada de edema mole das mãos e/ou pés («Pitting Edema»).

Esta síndrome atinge predominantemente os punhos e mãos (carpos e bainhas dos tendões digitais), é mais frequente no sexo masculino (2M/1F) e caracteristicamente entra em remissão com a administração de doses médias de Prednisolona (10-15mg/dia ou equivalente) por período relativamente curto, obtendo-se a remissão em intervalo

variável entre 3 semanas e 36 meses, habitualmente sem sequelas significativas (discretas contracturas de flexão dos dedos das mãos podem observar-se).

O Quadro abaixo tem a indicação das características dos 11 doentes estudados (7M/4F), dos quais apenas um tem idade inferior a 70 anos (idade média de início=75 anos), que foram por mim diagnosticados e tratados entre 1992 e 2006.

Caso	Idade de início	Sexo	Duração antes do diagnóstico	Edemas (Mãos/Pés)	Remissão	VS
1	75	M	12 s	+++ M	4s DFZ	78
2	84	M	3 s	+++ M/ P	1s DFZ	50
3	77	M	10 s	+++ M/ P	1s PDN	52
4	82	M	4 s	+++ M/ P	1s DFZ	10
5	78	M	4 s	+++ M	4s DFZ	34
6	61	F	3 s	+++ M	3M DFZ	70
7	71	F	2 s	+++ M	2s PDN	43
8	75	M	8 s	+++ M	3s DFZ	50
9	78	F	3 s	+++ M	3s DFZ	67
10	70	M	4 s	+++ M/ P	2s DFZ	82
11	78	F	2 s	+++ M	DFZ	98

A remissão foi rápida e espectacular após introdução da corticoterapia e persistiu em todos os casos após a suspensão, lenta e progressiva, da terapêutica.

Em 2 casos verificou-se recidiva dos sintomas após suspensão abrupta do corticoide, feita por iniciativa do doente.

A comorbilidade foi frequente, como seria de esperar neste grupo etário: Diabetes mellitus tipo II (3 casos), anemia refractária + prótese aórtica (1 caso), insuficiência cardíaca congestiva (2 casos), hipertensão arterial (4 casos), e polimialgia reumática cerca de 2 anos antes (1 caso).

#### P104 – ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL-SISTÊMICA (AIJ-S) NUMA POPULAÇÃO IBERO-AMERICANA

José Melo-Gomes<sup>1</sup>, Marta Conde<sup>2</sup>, M.O. Hilário<sup>3</sup>, Blanca Bica<sup>3</sup>, Sheila Oliveira<sup>3</sup>, Breno Pereira<sup>3</sup>, for the Pediatric Rheumatology Iberoamerican Study Group of the CIAR.

1. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa
2. Serviço de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca
3. Vários centros brasileiros de Reumatologia Pediátrica.

**Objectivos:** Caracterização clínica, laboratorial e da evolução de uma população ibero-americana de doentes com AIJ-S

**Métodos:** Estudo retrospectivo de uma população de doentes (dts) com AIJ que cumpriam os critérios da ILAR para AIJ-S e com duração de doença  $\geq 6$  meses. Foram analisadas variáveis clínicas e laboratoriais e para os casos com doença há mais de 10 anos analisaram-se também classe funcional, complicações e terapêutica efectuada.

**Resultados:** Dos 610 dts da base de dados JIA do CIAR, 166 (27,2%) tinham doença sistémica, 143 (23,4%) início poliarticular (P) e 301 (49,3%) oligoarticular (O). Dos doentes com JIA-S, 50,6% eram raparigas e a apresentação ocorreu aos  $5\pm 3,46$  anos (O:  $7,2\pm 4,2$ ; P:  $7,7\pm 4,1$ ;  $p < 0,0001$ ). 85,5% apresentaram exantema, 51,2% hepato/esplenomegalia, 59,6% linfadenopatias, e 25,9% serosite; 76,3% dos dts com AIJ-S apresentaram envolvimento de  $\geq 5$  articulações na apresentação. Na apresentação: hemoglobina (Hb) de  $9,6\pm 1,5$  g/dL (O:  $11,91\pm 2,22$ ; P:  $11,38\pm 1,82$ ;  $p < 0,0001$ ), plaquetas (Plt) de  $541,6\pm 189,0$  103/ul (O:  $332,0\pm 11,5$ ; P:  $348,1\pm 110,3$ ;  $p < 0,0001$ ), leucócitos de  $16,8\pm 6,5$  103/ul (O:  $9,0\pm 6,0$ ; P:  $9,2\pm 3,5$ ;  $p < 0,0001$ ), VS de  $71\pm 29$

mm/h (O:  $36\pm 28$ ; P:  $49\pm 31$ ;  $p < 0,0001$ ). 46 dts (27,7%) evoluíram com doença policíclica. A presença de exantema, linfadenopatias e anemia mais grave na apresentação estiveram associados a essa evolução. 73 (44%) tiveram uma evolução poliarticular e 69 (41,5%) oligoarticular com 24 (14,5%) dts sem doença articular ou apenas sob terapêutica com AINE. Um maior número de articulações activas, anemia mais grave e trombocitose mais elevada na apresentação estiveram associadas com a evolução poliarticular. Dos 23 dts com doença há  $\geq 10$  anos, 21% ainda apresentavam sintomas sistémicos, 34,8% apresentavam classe funcional  $\geq$  III/IV, 52,2% atraso de crescimento, 73,9% erosões ósseas e 21,7% haviam sido submetidos a cirurgia ortopédica.

**Discussão:** Esta população Ibero-Americana com AIJ-S é semelhante à descrita na literatura. Uma maior proporção de doentes ainda apresenta sintomas sistémicos ou doença articular activa após 10 anos de doença. Estes resultados podem ter sido influenciados pelo carácter retrospectivo deste estudo. Nesta população a presença de exantema, linfadenopatias e anemia mais grave na apresentação esteve associada com uma evolução policíclica da doença e um maior número de articulações activas, anemia mais grave e trombocitose mais elevada na apresentação com uma evolução poliarticular.

**P105 – PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE GRAVIDADE DA FADIGA EM ADULTOS PORTUGUESES**Raquel Lucas<sup>1</sup>, Milton Severo<sup>1</sup>, Ana Azevedo<sup>1</sup>, Lúcia Costa<sup>2</sup>, Henrique Barros<sup>1</sup>

1. Serviço de Higiene e Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar do Alto Minho, Ponte de Lima.

**Introdução:** As propriedades psicométricas das escalas de medição da fadiga têm sido estudadas principalmente em amostras de doentes.

**Métodos:** Durante o período de reavaliação de uma coorte de adultos portugueses residentes no Porto foram avaliados 520 participantes consecutivos. A média de idades (desvio-padrão) na amostra foi 62,5 anos (9,9). Os participantes, entrevistados por inquiridores treinados, responderam a uma questão sobre a existência de doenças crónicas no momento da avaliação. Todos os inquiridos preencheram uma tradução portuguesa da Escala de Gravidade da Fadiga de Krupp, com 9 itens, classificados de 1 a 7. A análise de fiabilidade da escala foi feita usando as médias de pontuação, através do cálculo das correlações item-total e do alfa de Cronbach global. A dimensionalidade da escala foi avaliada por análise dos componentes principais. O pressuposto teórico da diferença nas médias de pontuação entre participantes saudáveis e aqueles que referiram pelo menos uma doença crónica foi testada usando regressão linear generalizada.

**Resultados:** A distribuição da média de pontuação foi normal, com média (desvio-padrão) 3,9 (1,5). As correlações item-total variaram entre 0,68 e 0,84 e a escala mostrou um grau elevado de consistência interna (alfa de Cronbach global=0,92). A análise de componentes principais sugeriu um componente principal que explicou 63,0% da variação na pontuação. Ajustadas para o sexo, idade e educação, as médias de pontuação foram mais altas nos participantes que declararam ter pelo menos uma doença crónica (4,08; IC 95%: 3,93 – 4,23 *vs.* 3,43; IC 95%: 3,18 – 3,68).

**Conclusão:** A escala teve boa fiabilidade e a pontuação final esteve associada à morbilidade auto-declarada, o que apoia o seu uso em estudos populacionais.

**P106 – SINTOMAS DEPRESSIVOS NUMA AMOSTRA PORTUGUESA DE DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE**Susana Medeiros<sup>1</sup>, Rute Cordeiro<sup>1,4</sup>, Sofia Ramiro<sup>1,4</sup>, J. A. Canas da Silva<sup>2</sup>, Frederick Wolfe<sup>3</sup>, Elizabeth Benito-Garcia<sup>1,2</sup>.

1. Bioepi Clinical and Translational Research Center, Lisboa, Portugal.
2. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal.
3. National Databank for Rheumatic Diseases, Wichita, KS
4. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

**Objectivo:** A associação entre sintomas depressivos (SD) e a Artrite Reumatóide (AR) é já conhecida. Na prática clínica, e em Portugal, os doentes com AR encontram-se frequentemente deprimidos, não estando no entanto esta relação bem estudada. A identificação de uma depressão nestes doentes é muito relevante para que precocemente se institua terapêutica. Na literatura Americana, foi a escala visual analógica (EVA) da dor e o suporte social que mostraram uma maior associação com os SD neste grupo de doentes. Neste estudo estudamos se a associação entre dor medida pela EVA se mantém e quais os outros factores que se associam aos SD em doentes com AR em Portugal.

**Métodos:** Cerca de 567 doentes portugueses com AR responderam a um questionário bianual, entre Julho 2003 e Junho de 2005, referente a um estudo longitudinal a realizar neste grupo de doentes. Os questionários foram aplicados, por entrevistadores treinados, aos doentes que não possuíam habilitações literárias suficientes para auto administração. Estes questionários contemplaram questões relacionadas com factores socio-demográficos, características da doença, sintomas (incluindo dor), função (HAQ) e qualidade de vida (EuroQol). Os SD, definidos pela EVA, e os vários factores estudados como potencialmente associados aos sintomas depressivos foram analisados primeiro por análises univariadas em modelos de regressão linear e depois por modelos de regressão linear múltipla, para ajustar para eventuais factores confundidores.

**Resultados:** No Quadro 1 estão apresentados os resultados sendo  $\beta$  a relação estimativa entre VAS da depressão e cada um dos componentes em análise, quando as outras variáveis se mantêm constantes. Tanto as análises univariada como a multivariada mostraram que valores mais elevados de dor-EVA se correlacionam com valores elevados da depressão-EVA, após ajustar para a idade, o sexo, o nível de educação, e o HAQ. Variáveis associadas ao suporte social não mostraram qualquer relação. Mostramos também que os doentes com AR mais velhos, com nível educacional mais baixo, e valores mais elevados de HAQ, correlacionam com mais

SD. Não se demonstrou associação entre a fadiga, o sono, os factores relacionados com a profissão e qualidade de vida medida por EuroQol e SF-36.

**Conclusão:** Concluimos que nesta amostra de doentes Portugueses com AR, valores mais elevados de EVA, a idade e baixos níveis educacionais se associam a mais sintomas depressivos medidos pela EVA Estudos futuros de seguimento deverão ser realizados para mostrar o efeito temporal entre depressão e cada um dos factores que se correlacionam com os SD.

Variáveis	Análise Univariada	Análise Multivariate
	(VAS) $\beta$ (95% CI)	(VAS) $\beta$ (95% CI)
Idade	0.0 (0.0 0.1)	0.0 (0.0 0.2)
Sexo	-1.6 (-2.4 -0.9)	-0.7 (-1.3 0.0)
Escolaridade	-0.2 (-0.3 -0.1)	-0.1 (-0.2 0.0)
Dor (VAS)	0.4 (0.3 0.5)	0.1 (0.0 0.3)
HAQ	2.0 (1.7 2.3)	1.4 (1.0 1.9)

#### P107 – RISCO DE INFECCÃO POR *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS* NA TERAPÊUTICA BIOLÓGICA E IMUNOSUPRESSORA

D.Medeiros<sup>1</sup>, M.C. Gomes<sup>2</sup>, M. Garcia<sup>2</sup>, F.Barcelos<sup>1</sup>, A.Gautier<sup>2</sup>, A.Gomes<sup>2</sup>, J.Vaz Patto<sup>1</sup>, A. Teixeira<sup>1</sup>.

1. Instituto Português de Reumatologia (IPR).

2. Centro de Diagnóstico Pneumológico da Alameda (CDP – Centro de Saúde da Alameda).

**Introdução:** Apesar da etiologia das doenças inflamatórias reumáticas ser ainda desconhecida, e da sua patogenezidade ser complexa, são correntemente utilizadas terapêuticas imunossupressoras (p.e.citoquinas), que regulam eficazmente o processo inflamatório. A utilização de anti-TNF-alfa e seus semelhantes, introduziu uma nova era no tratamento das doenças reumáticas. Os efeitos estimuladores dos neutrófilos, que estes imunossupressores apresentam, são úteis sobretudo em distúrbios como a Artrite Reumatóide, a Artrite Psoriática ou a Espondilite Anquilosante. Apesar disso, acarretam um risco elevado de reactivação de microorganismos intra-celulares, como o *Mycobacterium tuberculosis* (BK).

**Objectivos:** Avaliar o risco de infecção por *Mycobacterium tuberculosis*, em doentes do IPR a realizar terapêutica com biológicos ou imunossupressores (designadamente metrotexato).

**Métodos:** Estudo transversal sobre uma amostra

de doentes do IPR, efectuado com a colaboração do CDP da Alameda, com início a Fevereiro de 2005, e que envolveu a avaliação de 34 doentes no início/manutenção de terapêutica biológica ou em tratamento com Metrotexato (MTX) e corticoterapia. Foram avaliados parâmetros epidemiológicos (idade, sexo), diagnóstico reumatológico de base, e tipo de terapêutica biológica. Efectuaram-se provas tuberculínicas (2U) e imagiológicas (RX tórax e TC torácica), aquando do início da administração, no momento de reavaliação aos 6 meses, e sempre que se suspeitou de infecção por BK.

**Resultados:** Do total de 34 doentes avaliados, 70%(24) pertenciam ao sexo feminino e 30%(9) ao sexo masculino, com uma idade média de 48 anos de idade [min 16; max 72]. Relativamente ao diagnóstico (n=30), 56%(17) dos doentes tinham Artrite Reumatóide, 13%(4) Artrite Psoriática; 10%(3) Espondiloartropatia seronegativa indiferenciada, 10%(3) Doença de Behçet, 6%(2) Espondilite Anquilosante e 3%(1) Lupus Sistémico Eritematoso. No que respeita ao tipo de terapêutica ministrada, 50%(15) dos doentes encontrava-se a realizar medicação com Infliximab, 23%(7) MTX, 20%(6) Adalimumab, e 7%(2) Etanercept. 33 doentes foram observados em consulta de pneumologia, sendo que 45,5%(15) apresentou prova de Mantoux superior a 15mm. 18 doentes (54,6%) tiveram indicação para realizar profilaxia com Isoniazida durante 9 meses. De referir ainda que, destes 18 doentes, 22%(4) e 28%(5) dos doentes apresentou, respectivamente, alterações no RX e na TC torácica (alt. sequelares).

**Conclusão:** Apesar da pequena amostra estudada, verificou-se uma elevada percentagem de casos de provável reactivação tuberculosa, associada à realização de terapêutica imunossupressora. Este valor pode reflectir um eventual viés de observação, uma vez que os casos de doentes a realizar biológicos ou MTX em que não se justificou a profilaxia com Isoniazida, podem não ter sido protocolados. Estes resultados são fruto de um estudo preliminar; devido à elevada prevalência da tuberculose em Portugal e face aos presentes resultados, parece-nos fundamental prosseguir a investigação, estendendo o estudo a um maior número de doentes, com uma reavaliação mais detalhada.

#### P108 – ELABORAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA OS PRINCIPAIS SINTOMAS SECOS NA SÍNDROME DE SJÖGREN

Rui Melo

Assistente hospitalar de Reumatologia

Hospital de nossa Senhora da Assunção – Seia

**Objectivo:** Elaboração de um questionário sobre os principais sintomas secos para rastreio da Síndrome de Sjögren.

**Método:** A Síndrome de Sjögren é uma doença auto-imune e sistémica que atinge, principalmente, as glândulas exócrinas e provoca xerostomia e xeroftalmia devido ao impedimento funcional das glândulas salivares e lacrimais. É uma das patologias mais comuns dentre aquelas e com uma prevalência de 1-3%. Os doentes são classificados como portadores da Síndrome de Sjögren primária se não houver associação com outra patologia também auto-imune sistémica, mais frequentemente com a Artrite Reumatóide e o Lúpus Eritematoso Sistémico.

Em 1993, um Grupo de Estudo Europeu elaborou um Critério de Diagnóstico para a Síndrome de Sjögren que consiste de seis itens: 1) sintomas oculares, 2) sintomas orais, 3) testes de avaliação para a ceratoconjuntivite seca, 4) biopsia da glândula salivar positiva, 5) cintigrama salivar e 6) presença de auto-anticorpos anti-Ro e anti-La. Os doentes devem preencher no mínimo quatro dos seis itens propostos para estarem classificados.

O autor elaborou um questionário dos principais sintomas secos oculares, orais, nasais e vaginais para ser aplicado aos doentes com patologias auto-imunes, facilitando, de forma rápida e objectiva, o rastreio da Síndrome de Sjögren primária ou secundária.

Para cada pergunta, há uma resposta positiva ou negativa sem quantificação dos sintomas.

**Resultados:** Valorização dos dois primeiros itens do Grupo de Estudo Europeu para o Diagnóstico da Síndrome de Sjögren com a elaboração de um questionário de fácil entendimento e resposta para os principais sintomas secos orais e oculares.

#### **P109 – SERÁ O CLIMA UMA VARIÁVEL IMPORTANTE NA DOR DOS DOENTES REUMÁTICOS? – A PERCEPÇÃO DOS DOENTES COM FIBROMIALGIA, LES E SÍNDROME SJÖGREN.**

Miranda<sup>1</sup>, M Parente<sup>1</sup>, J Saraiva Ribeiro<sup>1</sup>, S Cortes<sup>1</sup>, J Vaz Patto<sup>1</sup>, C Silva<sup>1</sup>, R Leitão<sup>1</sup>, C Miguel<sup>1</sup>, M Sousa<sup>1</sup>, D Medeiros<sup>1</sup>, F Barcelos<sup>1</sup>, P Coelho<sup>1</sup>, H Santos<sup>1</sup>, E Simões<sup>1</sup>, M Silva<sup>1</sup>, H Madeira<sup>1</sup>, M Mediavilla<sup>1</sup>, J Ferreira<sup>1</sup>, M Micaelo<sup>1</sup>, V Las<sup>1</sup>, A Faustino<sup>1</sup>, R Figueiredo<sup>1</sup>, J Figueirinhas<sup>1</sup>, A Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

**Introdução:** Há milhares de anos que doentes e

médicos acreditam que as condições atmosféricas e as suas alterações podem ter um papel importante na evolução da sua doença nomeadamente na doença reumática. A dor para a maioria dos doentes sofre influências importantes com variações quer da temperatura quer da pressão atmosférica entre outras variáveis atmosféricas. Estudos relacionam alterações cutâneas e da actividade do LES com a exposição solar (a fotosensibilidade é critério de classificação); No Síndrome Sjögren a secura das mucosas associa-se previsivelmente ao aumento da temperatura atmosférica.

**Objectivos:** Correlacionar a percepção de dor e rigidez sentidas e as alterações climatéricas numa população de doentes com Fibromialgia, LES e S. Sjogren

**Material e Métodos:** Este estudo decorreu no Instituto Português de Reumatologia (IPR), tendo sido observados todos os doentes com estes diagnósticos que recorreram à consulta externa de reumatologia, durante cerca de 1 mês. Foi aplicado um protocolo de avaliação da percepção dos doentes relativamente à relação entre a dor, doença e rigidez e as alterações climatéricas de auto-preenchimento, com o diagnóstico reumatológico, preenchido pelo médico reumatologista assistente. Os valores variavam entre 1 a 5 (1- Ficam muito piores 2- Ficam piores 3- Ficam na mesma 4- Ficam melhores 5- Ficam muito melhores)

**Resultados:** Seleccionaram-se 89 doentes (83 do sexo feminino, 6 do sexo masculino) com Fibromialgia (n=42), LES (n=25), S.Sjogren ou S. Seco (n=22). A maioria dos doentes acredita que a sua doença é influenciada pelo tempo: 50% dos doentes (entre o percentil 25 e 75) acredita que influencia pouco, alguma coisa ou bastante. A rigidez matinal também surge como influenciada pelo tempo e ligeiramente mais elevada, embora de forma não significativa no tempo húmido ou frio. Estas convicções são semelhantes em toda a população considerada. Todos os doentes acreditam que não existe diferença significativa entre estes 3 grupos sendo que a resposta mediana é a 3- Ficam na mesma, em relação à influência do tempo seco temperaturas altas e chuva e é a resposta 2 - Ficam piores relativamente ao tempo húmido e temperaturas baixas. A análise dos meses piores para a doença revela diferenças significativas entre as três patologias nos meses de Fevereiro (p=0,001), Março (p=0,001), Abril (p=0,001), Maio (p=0,01) e Outubro (p=0,018), em que maior percentagem de doentes com Fibromialgia sente agravamento de sintoma-

tologia, em relação aos doentes com LES ou S. S.. Este facto deve-se a uma maior tendência para manutenção dos sintomas ao longo do ano nos doentes com fibromialgia. Agosto parece ser o melhor mês para os doentes com fibromialgia, Maio e Abril para os doentes com LES e Maio, Junho e Setembro para os doentes com S.S.

**Conclusão:** Os resultados apresentados vêm confirmar que nestas doenças parece existir uma alteração da percepção da dor e da doença com as alterações climáticas (Ex. temperaturas baixas e tempo húmido). Parece existir menor expressividade sintomatológica na primavera e meses de temperatura amena em doentes com LES e S.S. quando comparados com doentes com fibromialgia. A crença da influência do frio e humidade no agravamento da sintomatologia parece existir na maioria dos doentes. Este estudo reflecte a sensibilidade da prática clínica diária relativamente às alterações que estas doenças sofrem com as alterações climáticas, tal achado insere-se nos estudos controversos que têm sido publicados.

**P110 – TERAPÊUTICA BIOLÓGICA EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE E ESPONDILITE ANQUILOSANTE: ANÁLISE DE EFICÁCIA.**

Ana Filipa Mourão<sup>1</sup>, Walter Castelão<sup>1</sup>,  
Fernando Pimentel dos Santos<sup>1,2</sup>, Patrícia Nero<sup>1</sup>,  
Rita Barros<sup>1</sup>, Sandra Falcão<sup>1</sup>, Manuela Parente<sup>2</sup>,  
A. Alves de Matos<sup>1</sup>, Jaime Branco<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), Hospital Egas Moniz, EPE, Lisboa

2. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

**Objectivos:** A etiologia das doenças reumáticas inflamatórias é desconhecida, sabendo-se, todavia, que as moléculas de adesão, as células T e as citocinas desempenham um importante papel patogénico, e que o seu bloqueio tem importantes implicações terapêuticas.

Analisar a eficácia dos diferentes agentes biotecnológicos, nomeadamente infliximab, etanercept e adalimumab (antagonistas do factor de necrose tumoral alfa (TNF $\alpha$ ) em doentes com artrite reumatóide (AR) e espondilite anquilosante (EA).

**Material e Métodos:** Neste estudo recrutaram-se de forma consecutiva os doentes seguidos na Consulta Externa do Serviço de Reumatologia do CHLO, Hospital de Egas Moniz, com o diagnóstico de AR e EA medicados com agentes biotecnológicos. Foi

aplicado, de forma transversal, um protocolo que permitia a avaliação de dados demográficos, clínicos e laboratoriais, com cálculo do DAS 28 e do BASDAI. Registaram-se ainda as terapêuticas concomitantes. Foi comparada a eficácia dos diferentes agentes biotecnológicos em cada um dos subgrupos (AR e EA).

**Resultados:** Dos 68 doentes avaliados, 57 apresentavam AR e 11 EA. No grupo com AR, 52 doentes eram do sexo feminino e o tempo médio de duração de terapêutica biológica foi de  $31,2 \pm 15,9$  meses. Vinte e quatro doentes estavam medicados com infliximab, 16 com etanercept, 17 com adalimumab. O delta DAS (DAS actual - DAS inicial) no grupo de doentes a fazer infliximab foi de  $2,04 \pm 1,69$ , no etanercept de  $0,64 \pm 1,35$  e no grupo adalimumab de  $1,74 \pm 1,44$  ( $p < 0,018$ ). Em cada um destes subgrupos a duração de terapêutica biológica era semelhante bem como a posologia média das terapêuticas concomitantes (metotrexato e prednisona).

Do grupo com EA, 6 doentes eram do sexo feminino e o tempo médio de duração da terapêutica biológica era de  $11,9 \pm 6,05$  meses. Oito doentes estavam medicados com infliximab e 3 doentes com etanercept. O delta BASDAI (BASDAI actual - BASDAI inicial) no grupo de doentes a fazer infliximab era de  $4,33 \pm 2,36$  e no grupo etanercept de  $1,82 \pm 1,06$  ( $p = 0,066$ ).

**Conclusões:** Estes resultados sugerem que os agentes biológicos mostram eficácia no tratamento destes doentes. As diferenças encontradas podem dever-se à pequena dimensão da amostra devendo os resultados ser confirmados com uma amostra de maiores dimensões.

**P111 – SÍNCOPES NUMA DOENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE. CASO CLÍNICO**

Ângela Neves, P. Monteiro, C. Ambrósio, J. Garcia, J. Silva, A. Malcata

Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** A Artrite Reumatóide é uma doença com complicações sistémicas várias cujas manifestações dependerão do sistema ou órgão atingido. O presente caso refere-se à investigação diagnóstica duma doente com artrite reumatóide e história de síncope de repetição.

**Caso clínico:** Doente de 69 anos com artrite reumatóide com 4 anos de evolução, internada para estudo de síncope de repetição, com um ano de

evolução e agravamento recente. No mês anterior ao internamento teve 2 episódios de síncope um dos quais com traumatismo crânio-encefálico. Os episódios não eram precedidos de qualquer sintomatologia ou factor desencadeante. Sem referência a convulsões, mordedura de língua ou alterações mnésicas. Associadamente referia tonturas posturais.

Ao exame objectivo ressalta-se a presença de arritmia à auscultação cardíaca, tonturas nas mudanças posturais, nistagmus no olhar conjugado à esquerda. Restante exame físico incluindo neurológico sem alterações; 0 articulações dolorosas e 0 articulações tumefactas.

Exames Complementares de diagnóstico: hemograma, bioquímica e radiografia do tórax que sem alterações. ECG: bloqueio completo do ramo esquerdo; ECG Holter: um episódio de TSV de 8 complexos, EV frequentes polimorfos e isoladas; Eco-doppler carotídeo: estenose < 40% a nível da bifurcação carotídea sem compromisso hemodinâmico. Foi observada por Cardiologista tendo sido medicada com propafenona. Foi observada por ORL aguardando investigação diagnóstica.

Permaneceu assintomática até D12 altura em que é presenciada síncope com objectivação de bloqueio aurículo-ventricular completo. Foi suspensa a propafenona e implantado *pace-maker* provisório e posteriormente *pace-maker* definitivo, tendo a doente tido alta para o domicílio assintomática.

**Conclusão:** Os autores descrevem o caso clínico e a propósito fazem uma revisão breve das manifestações cardiovasculares em doentes com artrite reumatóide.

#### **P112 – PÚRPURA DE HENoch-SCHÖNLEIN NO ADULTO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

S. Pimenta<sup>1</sup>, E. Mariz<sup>1</sup>, A. Oliveira<sup>2</sup>, M. Azevedo<sup>4</sup>, C. Valbuena<sup>3</sup>, J. Pinto<sup>1</sup>, J. Brito<sup>1</sup>, F. Simões-Ventura<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital São João, Porto
2. Serviço de Nefrologia, Hospital São João, Porto
3. Serviço de Anatomia Patológica, Hospital São João, Porto
4. Serviço de Medicina 1, Hospital São Marcos, Braga.

A púrpura de Henoch-Schönlein é uma vasculite sistémica de pequenos vasos caracterizada por depósitos vasculares e/ou mesangiais de IgA, manifestando-se essencialmente por um quadro de púrpura vascular de predomínio nos membros inferiores, atingimento gastrintestinal, articular e renal. O envolvimento de outros órgãos é mais raro confe-

rindo um pior prognóstico. Trata-se de uma afecção predominante na criança, sendo muito mais rara no adulto, mas com evolução e prognóstico mais severos.

Doente de 48 anos com diagnóstico de púrpura de Henoch-Schönlein desde 2001 com atingimento cutâneo, articular e digestivo, habitualmente medicado com sulfona 100 mg/dia recorre ao SU por dor abdominal aguda em Outubro 2005. Na TAC abdominal observava-se um derrame pleural à direita e uma imagem compatível com invaginação intestinal. Foi laparotomizado, objectivando-se apenas sinais inflamatórios do cego. 24 horas depois teve um agravamento das queixas respiratórias. O RX pulmonar mostrava um derrame pleural bilateral de médio volume. A toracocentese revelou tratar-se de um transudado. Clinicamente: púrpura vascular dos membros inferiores e região abdominal e edemas periféricos acentuados. Analiticamente: anemia 7.4g/dl; com alterações do sedimento urinário: leucocitúria e eritocitúria. Tinha uma proteinúria de 19,29g/dia, com Clcr: de 80 ml/min. ANA, ANCA e Crioglobulinas negativos. A biopsia renal evidenciou proliferação mesangial com presença de crescentes e depósitos de IgG<sup>++</sup>, IgM<sup>++</sup> e IgA<sup>+++</sup>. Fez 3 pulsos de metilprednisolona, seguido de 500 mg de ciclofosfamida. Dada a persistência da sintomatologia respiratória (dispneia, hipoxia com PO<sub>2</sub>: 74 mmHg e DLCO: sem alteração) fez TAC torácica de alta resolução que evidenciou um padrão em vidro despolido. A broncofibroscopia mostrou um lavado bronco-alveolar hemático com alterações celulares compatíveis com hemorragia pulmonar grave. Fez 2º pulso de ciclofosfamida de 500 mg 15 dias após o primeiro. Teve melhoria da sintomatologia clínica e da proteinúria: 2.8g/dia, mas observou-se uma elevação sustentada da ureia e creatinina séricas com diminuição do Clcr: 23.78 ml/min. Repetiu TAC torácica demonstrando melhoria das alterações do parênquima. O doente teve alta clinicamente estável, sem edemas periféricos. Alguns dias depois, por não cumprimento terapêutico adequado, teve agravamento do quadro renal com proteinúria nefrótica grave, de difícil controlo que ainda mantém actualmente.

Trata-se de um quadro clínico de púrpura de Henoch-Schönlein do adulto de evolução recidivante, com atingimento renal muito grave (evolução rápida para insuficiência renal apesar da terapêutica imunossupressora) e pulmonar grave (hemorragia intra-alveolar).

**P113 – PSORÍASE E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO:  
UMA ASSOCIAÇÃO RARA**

S. Pimenta<sup>1</sup>, A. Bernardo<sup>1</sup>, M. Bernardes<sup>1</sup>,  
A. P. Cunha<sup>2</sup>, J. Pinto<sup>1</sup>, J. Brito<sup>1</sup>, F. Simões-Ventura<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital São João, Porto,  
Portugal

2. Serviço de Dermatologia, Hospital São João, Porto,  
Portugal.

A associação Psoríase e Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é rara. Poucos são os casos descritos na literatura, sendo geralmente a Psoríase anterior ao diagnóstico de LES, podendo também associar-se ao Lúpus discóide.

Um homem de 31 anos, sem antecedentes de relevo, iniciava, há um ano, uma poliartrite simétrica dos punhos, mãos (MCF e ITFp), joelhos e tornozelos. Apresentava úlceras da mucosa oral e um atingimento do estado geral (astenia e febre). Analiticamente de referir uma anemia (Hg:11.5 g/d), um síndrome inflamatório biológico (VS: 66mm/1<sup>a</sup>h; PCR:44mg/L), anticorpos anti-nucleares (1/1280), ant-DNAs (2484 UI/ml) e anti-histonas positivos. No sedimento urinário observava-se uma eritrocitúria, leucocitúria e vestígios de proteínas. Foi iniciado 40 mg/dia de prednisolona tendo tido melhoria de toda a sua sintomatologia, procedendo progressivamente à diminuição terapêutica até 15 mg/dia. De seguida, iniciou a hidroxicloroquina 400 mg/dia mas, 15 dias depois, surgiu uma toxicodermia (confirmada por biopsia da pele, provavelmente à hidroxicloroquina) pelo que suspendeu o anti-palúdico. Três meses mais tarde observou-se um agravamento osteo-articular, aparecendo progressivamente psoríase no couro cabeludo, peri-umbilical, nas mãos e joelhos (confirmado por biopsia de pele) evoluindo para um atingimento de quase toda a superfície corporal. Foi aumentada a prednisolona para 30 mg/dia, sendo a resposta muito moderada. Clinicamente de referir, de novo, artrite periférica, cervicalgias e lombalgias de ritmo inflamatório, com rigidez matinal prolongada; a pesquisa do antigénio HLA-B27 foi positiva o que evocava o diagnóstico de artropatia psoriática axial e periférica, mas o estudo imagiológico não demonstrou nenhuma imagem sugestiva. Foi iniciado o metotrexato (doses progressivas até 25 mg/semana) e AINE's mantendo a corticoterapia com redução progressiva até (12,5 mg/dia). Após nove meses obteve-se uma resposta terapêutica satisfatória, a sintomatologia axial tinha desaparecido não tendo quase nenhuma evidencia de

artrite periférica. Do ponto de vista cutâneo, entre alguns surtos, aquando a redução da prednisolona, tinha-se obtido uma melhoria significativa.

A associação de Psoríase/LES levanta problemas diagnósticos e terapêuticos. Neste caso clínico observa-se o aparecimento de psoríase três meses após o início da hidroxicloroquina assim como dores osteo-articulares atípicas pela sua localização e cortico-resistência, sendo o diagnóstico de Reumatismo Psoriático difícil neste contexto. O metotrexato pode ser uma indicação privilegiada nesta situação mas, necessitam-se de mais estudos para o tratamento destes doentes.

**P114 – SÍNDROMA DE SAPHO: UM CASO CLÍNICO  
PEDIÁTRICO**

Patrícia Pinto, Iva Brito.

Serviço de Reumatologia, Hospital de São João, Porto

**Introdução:** A síndrome de SAPHO (Sinovite, acne, pustulose, hiperostose, osteíte) é uma patologia inflamatória crónica, de evolução intermitente, caracterizada por envolvimento cutâneo e osteoarticular. Outras denominações, como *artrite induzida pelo acne* ou *osteomielite multifocal recorrente crónica*, foram atribuídas a esta patologia.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino, com 15 anos, observado na Consulta de Reumatologia coxalgia de ritmo inflamatório associado a claudicação da marcha. No exame objectivo apresentava lesões de acne conglobata localizadas do dorso, dor a palpação da sacro-ílica esquerda, mobilidade das coxofemorais preservada e dor a palpação das esternocostais.

O estudo analítico mostrou anemia discreta com síndrome inflamatória biológica e estudo analítico normal. A radiografia das coxofemorais foi normal e a da bacia mostrou sacroilite unilateral, à esquerda. Apresentava lesões de hiperostose da esternoclavicular direita.

Foi medicado com anti-inflamatório não esteroide e ácido trans-retinóico, com melhoria clínica.

**Conclusão:** Trata-se de uma patologia rara, mais frequente nas crianças e adultos jovens, em que as manifestações dermatológicas, ósseas e articulares podem surgir isoladamente ou separadas por um intervalo de tempo variável. A terapêutica com AINE's e corticóides é eficaz em 2/3 dos doentes e apenas num 1/3 dos casos são necessárias terapêuticas imunomoduladoras.

**P115 – OSTEOPOROSE MASCULINA – REVISÃO DA CASUÍSTICA DE UMA CONSULTA DE DOENÇAS ÓSSEAS METABÓLICAS**

J.S. Ribeiro, E. Simões, Sara Cortes, L. Miranda, M. Micaelo, Vaz Patto, A. Teixeira

Consulta de Doenças Ósseas Metabólicas  
Instituto Português de Reumatologia – Lisboa

Foram revistos e analisados os doentes e processos clínicos, observados na Consulta de DOM durante o ano de 2005.

Durante este ano, foram seguidos 20 doentes do sexo Masculino, que tinham sido referidos a esta consulta por Baixa DMO.

Destes 20 doentes, há a assinalar o seguinte:

A idade dos pacientes oscila entre 17 e 83 anos. O diagnóstico de osteoporose foi efectuado entre 1 a 11 anos.

Em 85% dos doentes (17) existiam níveis compatíveis com Osteoporose a nível trabecular (índice T de -4,77 a 1,8), os outros 3 doentes possuíam osteopénia.

8 doentes (40%) têm também osteoporose cortical, quando analisada a nível da região *neck* do colo femoral (índice T de -3,36 a -0,99).

Num doente houve fractura da anca, em 2 pôde-se identificar fracturas vertebrais e em 4 fracturas em diferentes localizações.

Quanto a etiologia, de referir hipercalcúria idiopática em 11 doentes (55%), corticoterapia prolongada em 2, hipogonadismo primário em dois casos, diabetes fosforada noutro caso. O que significa que em 15 doentes (75% dos casos) se pôde identificar uma causa subjacente à osteoporose.

Em termos terapêuticos, todos os doentes com hipercalcúria foram tratados com tiazidas, 15 doentes (75%) com bifosfonatos orais e todos com suplementos de cálcio.

A taxa de sucesso terapêutico foi superior a 90%, se tivermos em conta a recuperação a nível de DMO e a não ocorrência de novas fracturas clínicas.

**Conclusões:** Tal como noutras séries da literatura existe uma elevada prevalência de causas secundárias de osteoporose neste grupo de doentes, sendo a hipercalcúria o defeito bioquímico mais encontrado. De assinalar também, o elevado sucesso terapêutico com bifosfonatos.

**P116 – ZOLEDRONATO NO TRATAMENTO DA DOENÇA ÓSSEA DE PAGET (DOP) RESISTENTE AO PAMIDRONATO – RESULTADOS PRELIMINARES DE UMA AVALIAÇÃO PROSPECTIVA**

J.C. Romeu, F. Ramos, R. Figueira, S. Capela,

E. Sousa, M.V. Queiroz

Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital de Santa Maria (HSM). Lisboa

**Objectivos:** Os novos bisfosfonatos, potentes inibidores da reabsorção óssea, constituem os fármacos de escolha na terapêutica específica da DOP. Em 2005, antes da recente aprovação pela EMEA do zoledronato no tratamento da DOP, a Consulta de Doenças Ósseas Metabólicas do HSM iniciou a utilização do zoledronato no tratamento da DOP resistente ao pamidronato como inovação terapêutica em protocolo aprovado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica e pela Comissão de Ética. Apresentam-se os seus resultados preliminares da avaliação prospectiva do efeito do zoledronato no tratamento das DOP resistente ao pamidronato.

**Métodos:** Avaliação prospectiva do efeito de uma administração endovenosa (EV) de 4 mg de zoledronato em doentes com DOP resistente ao pamidronato. A resistência ao pamidronato foi definida por, após administração de 180 mg de pamidronato EV (60 mg/dia em 3 dias sucessivos), (1.) não normalização da FA e (2.) diminuição da FA inferior a 50% ou diminuição da FA igual ou superior a 50% seguida de aumento superior a 25% nos 6 meses seguintes. Foram critérios de exclusão história de hipersensibilidade ao fármaco, creatinina sérica superior a 1,5 mg/dl e incapacidade para consentimento informado por escrito. Foram programadas avaliações clínicas e laboratoriais prévias ao tratamento e 3 e 6 meses depois, seguidas de avaliações semestrais, com avaliação global dos resultados após 1 ano de utilização do fármaco incluindo todos os doentes tratados independentemente do período de seguimento. O zoledronato é administrado em Hospital de Dia em 100 cc de soro fisiológico em perfusão de 30 minutos. Os doentes são medicados, na ausência de contra-indicação, com suplementos de doses fisiológicas de cálcio e vitamina D.

**Resultados:** Foram tratados 6 doentes (3 do sexo masculino e 3 do feminino), com idades compreendidas entre 55 e 73 anos (média± DP: 61,8±6,4) e com uma percentagem de esqueleto com envolvimento pagético (tabela de Howarth) entre 17 e 54% (média±DP: 36,5±12,3). Os doentes tinham uma dose cumulativa de pamidronato EV de 685±333,6 mg (média±DP) (entre 360 e 1170 mg). A FA inicial (prévia ao tratamento com zoledronato) variava entre 2,2 e 13,7 vezes o limite superior do normal (LSN) (média±DP: 6,1±4,8). Disponíveis os resultados 6 meses após o tratamento em 3 doentes (pre-

vendo a inclusão dos resultados a 12 meses de 2 destes doentes e a 3 meses dos outros 3 doentes tratados), verificaram-se reduções da FA superior a 75% em todos eles, com normalização da FA em 2 e diminuição da FA de 13,7 para 1,7xLSN no terceiro (redução de 87,6%). Nestes 3 doentes a redução da FA aos 3 e 6 meses foi, respectivamente, de 70,5±6,8% (p<0,005) e 82,1±4,8% (p<0,002). A variação da FA entre o 3º e 6º meses foi de -38,7±14,4% (p<0,05). A redução da desoxipiridolina/creatinúria ao 6º mês foi de 75,4±19,1% (p<0,05). Não foram registados efeitos adversos graves.

**Conclusão:** Os resultados preliminares disponíveis sugerem que o zoledronato é, pelo menos a curto prazo, eficaz no controlo da actividade metabólica da DOP resistente ao pamidronato.

#### **P117 – SÍNDROME DE SAPHO – DOIS CASOS CLÍNICOS**

Maria João Saavedra, Margarida Alexandre, Armando Malcata

Serviço de Reumatologia – Hospitais da Universidade de Coimbra

A Síndrome de SAPHO é uma síndrome rara, que inclui manifestações músculo-esqueléticas e dermatológicas: sinovite (S), acne (A), pustulose (P), hiperostose (H) e osteíte (O). Descrevem-se os casos clínicos de dois doentes com SAPHO.

**Caso clínico 1:** sexo feminino, 34 anos, internada por artrite da articulação esterno-clavicular dta. e 1ª condro-esternal dta., com 6 meses de evolução. Ao exame objectivo: lesões de acne da face, região do dorso e proximal dos membros inferiores; tumefacção e palpação dolorosa da articulação esterno-clavicular direita e 1ª condro-esternal dta.; artrite de três articulações interfalângicas proximais. Manobras das sacro-íliacas positivas. Do estudo efectuado: hemograma, bioquímica, PCR e VS sem alterações; HLA-B27: negativo; ADA sérica: normal; intradermorreacção (2 U) = 0 mm; Serologias virais, hemo e uroculturas: negativas; Cintigrama osteoarticular: hipercaptção da esterno-clavicular e 1ª condro-esternal direitas; TAC-torácica: lesão osteolítica do esterno à direita; RMN condro-esternal: hiperostose esternoclavicular; RMN sacro-íliacas: sacroilíte bilateral; Biópsia aberta esterno-clavicular dta.: tecido ósseo com alterações da remodelação, espaços interósseos com tecido inflamatório, sem atipias, culturas negativas.

**Caso clínico 2:** sexo masculino, 18 anos, observado por dor, tumefacção e calor da mandíbula es-

querda; Ao exame objectivo: lesões de acne da face e dorso, palpação dolorosa e tumefacção da mandíbula esquerda. Exames complementares: hemograma e bioquímica normais; VS= 2 mm 1ª h; PCR= 1,5 mg/dl; Ortopantomografia: lesões líticas e periostite da mandíbula esquerda; Cintigrama OA: hipercaptção da mandíbula esq.; TAC da face: osteomielite crónica da mandíbula esquerda. Foi realizada descorticação da mandíbula. Diagnóstico histológico: osteomielite crónica, não se identificando nenhum germen nas culturas.

**Discussão:** Existem poucas centenas de casos desta síndrome descritos a nível mundial. Devem excluir-se: osteomielite séptica, hiperostose idiopática difusa, artrite infecciosa da parede torácica, pustulose palmoplantar infecciosa e queratodermia palmoplantar. Os esquemas terapêuticos propostos são muito díspares e incluem AINEs, glucocorticóides, MTX, SLZ, ciclosporina, antibioterapia (poucos casos), pamidronato e ácido zoledrónico.

#### **P118 – SÍNDROME UNHA-PATELA – CASO CLÍNICO**

Maria João Saavedra, Margarida Alexandre, Armando Malcata

Serviço de Reumatologia – Hospitais da Universidade de Coimbra

A Síndrome Unha-patela, ou osteo-onicoosteotrodiasplasia é uma doença rara, de transmissão autossómica dominante, ligada ao braço longo do cromossoma 9, com expressividade variável. A sua incidência é de 22 por milhão e está descrita em todo o mundo.

Caracteriza-se por uma tétade de sinais: hipoplasia ou ausência da patela (92% dos doentes), distrofia das unhas (97% dos doentes), hipoplasia do rádio e cúbito (72% dos doentes) e alterações do osso íliaco («cornos íliacos»- 62% dos doentes). O envolvimento renal é inconstante e pode traduzir-se por proteinúria, síndrome nefrótico, hematúria e HTA.

Descreve-se o caso clínico de uma doente de 23 anos de idade com artralguas de ritmo mecânico dos joelhos e tibiotársicas, com seis anos de evolução e distrofia ungueal congénita. Ao exame objectivo: distrofia ungueal afectando todas as unhas dos dedos das mãos, palpação dolorosa dos joelhos e tibiotársica direita. Restante exame sem alterações. Do estudo analítico destaca-se: hemograma e bioquímica: normais; VS= 5 mm 1ª H e PCR= 0,2 mg/dl; Proteinograma: normal; ANA`s: negati-

vos; Função tireóideia: normal; Urina tipo II: índices de proteinúria; Proteinúria 24h: 107 mg; RX da bacia: alterações estruturais dos ilíacos de natureza displásica; RX joelhos: displasia das rótulas com subluxação e bácia externa; TAC dos pés: irregularidade da superfície articular sub-astragalina com destacamento de fragmentos ósseos e alargamento da entrelinha articular. A doente está medicada com analgésicos e AINEs.

Discussão: Não existe terapêutica específica para esta síndrome. Deve ser considerada correcção cirúrgica de acordo com as alterações funcionais. Particular atenção merece a função renal, uma vez 30% dos casos evoluem para insuficiência renal terminal.

#### **P119 – QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE: ESTUDO CURAR**

Soares M<sup>1</sup>, Félix J<sup>1</sup>, Falcão S<sup>2</sup>, Mourão F<sup>3</sup>, Araújo D<sup>4</sup>, Malcata A<sup>5</sup>, Coelho PC<sup>6</sup>, Barcelos A<sup>7</sup>, Braña A<sup>8</sup>, Bravo T<sup>9</sup>, Maurício L<sup>10</sup>, Melo R<sup>11</sup>, Santos RA<sup>12</sup>, Alvarenga F<sup>13</sup>, Nero P<sup>2</sup>, Branco JC<sup>2</sup> e Grupo de Estudo CURAR

1. Exigo Consultores
2. Centro Hospitalar Lisboa Ocidental/Hospital Egas Moniz
3. Hospital de Santa Maria
4. Centro Hospitalar do Alto Minho
5. Hospitais da Universidade de Coimbra
6. Instituto Português de Reumatologia
7. Hospital de Aveiro
8. Hospital das Caldas da Rainha
9. Hospital Militar nº2
10. Hospital de Ponta Delgada
11. Hospital de Nossa Senhora da Assunção
12. Hospital Militar Principal
13. Hospital Distrital de Nossa Senhora da Graça e Hospital Rainha Santa Isabel

**Objectivo:** Caracterizar a qualidade de vida relacionada com a saúde em doentes portugueses com artrite reumatóide (AR). Cálculo de uma medida agregada do perfil de saúde ancorada na teoria do bem-estar social.

**Métodos:** Os doentes do estudo CURAR (n=237) responderam ao questionário EQ-5D constituído pelos domínios de saúde: mobilidade; cuidados pessoais; actividades habituais; dor/mal-estar; ansiedade/depressão. O cálculo do índice único de bem-estar (utilidade) foi efectuado a partir da aplicação de um algoritmo pré-estabelecido (\*Dolan, 1997) à

pontuação dos diferentes domínios do EQ-5D.

**Resultados:** Dos 237 doentes incluídos no estudo CURAR, 221 responderam de forma válida ao EQ-5D. Os domínios de saúde mais afectados nestes doentes (HAQ=1,21 [IC95%- 1,11;1,30]) foram a dor e mal-estar, actividades habituais e a ansiedade e depressão. As mulheres identificaram mais problemas ou incapacidade para as actividades habituais do que os homens como consequência da AR (p=0,001). Nos outros domínios do EQ-5D não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres (Teste  $\chi^2$ ). O valor global do índice único de bem-estar foi 0,52 (IC95% [0,48;0,56]). Mulheres 0,49 (IC95% [0,44;0,54]) e homens 0,64 (IC95% [0,56;0,72]).

**Conclusões:** Na a mostra estudada existia um elevado compromisso da qualidade de vida relacionada com a saúde, mais evidente nas mulheres que nos homens.

Grupo de Estudo CURAR: Fonseca JE<sup>3</sup>, Sobral M<sup>3</sup>, Queiroz MV<sup>3</sup>, Afonso C<sup>4</sup>, Alcino S<sup>4</sup>, Costa L<sup>4</sup>, Silva J<sup>5</sup>, Inês L<sup>5</sup>, Alexandre M<sup>5</sup>, Santos MJ<sup>5</sup>, Silva JA<sup>5</sup>, Garcia J<sup>5</sup>, Saavedra MJ<sup>5</sup>, Couto M<sup>5</sup>, Ambrósio C<sup>5</sup>, Abreu P<sup>5</sup>, Vaz C<sup>5</sup>, Trís MJ<sup>6</sup>, Miranda L<sup>6</sup>, Pinheiro B<sup>7</sup>, Nóvoa T<sup>10</sup>,

\*Dolan P. Modelling valuations for EuroQol Health States. Medical care, 1997; 35(11):1095-1108.

#### **P120 – UTILIZAÇÃO DO PAMIDRONATO ENDOVENOSO EM OSTEOPOROSE**

Miguel Sousa<sup>1</sup>, Sara Cortes<sup>1</sup>, Rui Figueiredo<sup>1</sup>, José Ribeiro<sup>1</sup>, Helena Santos<sup>2</sup>, Manuela Parente<sup>2</sup>, Eugénia Simões<sup>2</sup>, Paulo Coelho<sup>2</sup>, Ana Teixeira<sup>2</sup>

1. Internos
2. Reumatologistas do Instituto Português de Reumatologia

**Objectivo:** Testar a eficácia de um esquema intermitente de pamidronato endovenoso em aumentar a Densidade Mineral Óssea (DMO) e na prevenção de novas fracturas osteoporóticas numa amostra de doentes com osteoporose (OP) estabelecida.

**Metodologia:** Foi desenhado um estudo prospectivo onde foram incluídos doentes com osteoporose e com ineficácia ou intolerância aos bifosfonatos orais. Foi administrado trimestralmente 30 mg endovenoso de pamidronato. Os participantes foram avaliados no início e anualmente com: radiografia da coluna dorsal e lombar; densitometria óssea da coluna lombar e colo do fémur esquerdo; ocorrência de fracturas vertebrais e não vertebrais;

e trimestralmente com exames analíticos: ureia, creatinina, ionograma, cálcio total e ionizado, fósforo, magnésio, FA, PTH, osteocalcina e NTX urinário aos 0 e cada 3 meses.

**Resultados:** Foram estudados 74 doentes, dos quais se destacam 52 casos de OP pós menopáusicas, 10 doentes com Artrite Reumatóide, 3 doentes com Espondilite Anquilosante.

Apenas em 17 doentes foram feitas avaliações radiológicas e clínicas de fracturas ao fim dos 12 meses. Em 9 doentes, não se verificou a ocorrência de novas fracturas. Em 8 doentes ocorreram novas fracturas: 1 nova fractura em 2 doentes, 2 novas fracturas em 3 doentes e 3 novas fracturas em 2 casos. Em um doente registaram-se 6 novas fracturas vertebrais. No entanto, neste caso somente foram feitas 3 administrações de pamidronato.

Verificou-se um aumento significativo da DMO em L1-L4 entre os 0 e 12 meses ( $p=0.01$ ). Foi observado uma diminuição significativa do NTX urinário entre os 0 e 6 meses ( $p=0.046$ ) e os 0 e 12 meses ( $p=0.046$ ). Estas mesmas tendências foram observadas para o subgrupo das doentes com OP de etiologia pós menopáusicas embora não se tenham determinado diferenças significativas.

Foram observados alguns efeitos adversos como: um episódio de descolamento do vítreo; câimbras em 5,4% e dores ósseas em 2,7%.

**Discussão:** Trata-se de um estudo longitudinal, sem um grupo de controlo, em doentes com risco fracturário muito elevado (idade elevada, baixos valores de DMO, múltiplas fracturas vertebrais de início). No entanto, 9 em 17 doentes (53%) não desenvolveram qualquer outra fractura durante os primeiros 12 meses. Foi também evidenciada a eficácia deste esquema em aumentar a DMO em L1-L4 aos 12 meses. Os níveis de um dos marcadores de reabsorção óssea, NTX urinário, diminuíram significativamente e posteriormente estabilizaram numa fase precoce do tratamento.

**Conclusão:** Apesar do número de fracturas registado, estas evidências sugerem que este esquema terapêutico poderá ser útil no tratamento da OP em doentes com alto risco fracturário e com intolerância ou ineficácia aos bifosfonatos orais.

#### **P121 – SÍNDROME DE LEMIERRE – TROMBOSE POR INFLAMAÇÃO VASCULAR E/OU MEDIADA POR ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS?**

Sousa E.<sup>1</sup>, Canhão H.<sup>1</sup>, Fonseca J.E.<sup>1</sup>, Marques A.<sup>1</sup>, Costa M.<sup>1</sup>, Rosa C.M.<sup>1</sup>, Catita C.<sup>1</sup>, Romeu J.C.<sup>1</sup>,

Pereira da Silva J.A.<sup>1</sup>, Queiroz M.V.<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia e de Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria

**Introdução:** A síndrome de Lemierre (SL) é caracterizada por uma tromboflebite da veia jugular interna, secundária a uma infecção por anaeróbios na região da cabeça ou pescoço. Pode complicar-se por sepsis e embolização séptica de órgãos à distância. Embora constitua uma entidade rara na era pós antibiótica, pode condicionar importante morbidade e mortalidade e dúvidas no diagnóstico diferencial com doenças difusas do tecido conjuntivo.

**Casos clínicos:** Caso 1: sexo feminino, 19 anos, internada por suspeita de artrite séptica da tibiotársica no contexto de manifestações clínicas e laboratoriais sugestivas de Lúpus Eritematoso Sistémico (LES). A investigação revelou a presença de trombose das veias jugulares internas, anticorpos antifosfolípidos (AAF) e sepsis. O isolamento em hemocultura de um *Fusobacterium necrophorum* e a remissão clínica e laboratorial após antibioterapia dirigida permitiram estabelecer o diagnóstico de SL.

Caso 2: sexo masculino, 21 anos, referenciado à consulta de Reumatologia para avaliação de provável SAAF, por trombose da veia jugular interna associada à detecção de AAF. Também neste caso, a história clínica, exames complementares (isolamento de um *Staphylococcus saprophyticus*) e evolução clínica eram compatíveis com SL.

**Discussão:** Estes dois casos clínicos reforçam a necessidade da exclusão de etiologias infecciosas antes de se estabelecer o diagnóstico de uma doença reumática em quadros clínicos de instalação recente. A coincidência de eventos trombóticos e AAF circulantes associados à SL coloca a hipótese destes eventos serem, pelo menos parcialmente, mediados por estes anticorpos.

#### **P122 – DOENÇA INDIFERENCIADA DO TECIDO CONJUNTIVO – ESTUDO TRANSVERSAL MULTICÊNTRICO**

Cláudia Vaz, Luís Inês, Pedro Abreu, Patrícia Nero, Rita Barros, Maria José Santos, Anabela Barcelos, Rui Melo, Armando Malcata  
Serviços de Reumatologia – Hospitais Universidade Coimbra, Hospital Egas Moniz, Hospital Garcia de Orta, Hospital Infante D. Pedro- Aveiro e Hospital Nossa Senhora da Assunção- Seia.

**Objectivos:** Caracterização do perfil clínico e serológico de doentes com Doença Indiferenciada do Tecido Conjuntivo (DITC) seguidos em Consulta de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital Egas Moniz, Hospital Garcia de Orta, Hospital Infante D. Pedro- Aveiro e Hospital Nossa Senhora da Assunção- Seia.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes com diagnóstico de DITC. Critérios de Inclusão: Doentes com sinais e sintomas de doença do tecido conjuntivo (DTC) com ANA's positivos que não preenchem os critérios de classificação das DTC bem diferenciadas.

**Resultados:** 52 doentes com diagnóstico de DITC, com uma média de idade de 48 anos (16 - 77 anos); 92% do sexo feminino. As manifestações clínicas mais comuns incluem as artralguas (65%), o fenómeno de Raynaud (33%), a artrite (21%), as queixas secas (21%) e a leucopenia (19%). Em relação ao perfil de autoimunidade, 100% dos casos apresentavam ANA's positivos, a prevalência de anticorpos anti-SS-A foi de 25 %, anti-dsDNA de 21%, anti-centrómero e anti-RNP de 8%.

**Discussão:** Os doentes apresentam um quadro clínico frustrante e um perfil imunológico limitado. Os estudos publicados acerca da DITC são muito escassos. São necessários trabalhos prospectivos para avaliação do prognóstico e potencial de evolução para formas definidas de DTC.

#### **P123 – SINDROME DE OVERLAP: POLIMIOSITE – ESCLERODERMIA: UM CASO CLÍNICO GRAVE**

T. Videira<sup>1</sup>, E. Mariz<sup>1</sup>, S. Pimenta<sup>1</sup>, F. Brandão<sup>1</sup>, J. Brito<sup>1</sup>, F. Simões Ventura<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital de São João, Porto

Doente, sexo feminino, 48 anos, caucasóide, sem antecedentes patológicos de relevo. História com 5 meses de evolução de mialgias de predomínio nos membros inferiores com fraqueza muscular proximal de agravamento progressivo, disfagia para sólidos, poliartralguas difusas e simétricas de ritmo inflamatório, fenómeno de Raynaud, espessamento cutâneo nos 4 membros, face, tórax e abdómen e atingimento do estado geral (astenia, anorexia, emagrecimento de 5 kg em 1 mês e febrícula).

Ao exame objectivo apresentava espessamento cutâneo da extremidade dos membros superiores (até ao cotovelo) e dos membros inferiores (até ao joelho), face, tronco e abdómen; Nódulos de Gottron na superfície extensora das articulações MCF

e IFP, diminuição da força muscular simétrica e de predomínio proximal (grau 3 em 4) dos membros com envolvimento predominante da cintura escapular, limitação da abertura da boca. *Rash* heliofotópico. Sem úlceras digitais. Sem poliartrite.

Analicamente apresentava: anemia (Hgb 11,5 g/dl), S inflamatório biológico (VS 65 mms; PCR 6,3 mg/dl), Aumento das enzimas musculares (CK 640; Aldolase 12,4, DHL 403, mioglobina 328). Função renal, hepática e tiroideia normal; Imunologia: Anticorpo anti-SL70 positivo e ANA's > 1/1000 padrão homogéneo e nucleolar (Anticorpo anti- RNP e anti-centrómero negativos); Imunoglobulina e complemento normal.

As alterações electromiográficas dos membros eram compatíveis com padrão miopático de tipo inflamatório, A biópsia de pele e músculo revelou: «...atrofia muscular neurogênea de pequeno grupo,.. e alterações cutâneas compatíveis com esclerose dérmica.»

Do restante estudo efectuado verificou-se: disfunção esofágica; pequeno derrame pericárdico circunferencial e S ventilatório obstrutivo ligeiro com DLCO de 51% (com TC torácico normal).

Foi efectuado o diagnóstico provável de *overlap* entre polimiosite e esclerodermia. Foi iniciada corticoterapia *per os*, protector gástrico e procinético, com melhoria transitória.

**Evolução:** Agravamento progressivo da capacidade funcional pelo grave envolvimento cutâneo apesar das várias atitudes terapêuticas tentadas (corticoterapia, Imunoglobulinas, D penicilamina, azatioprina). Cerca de 1 ano após o diagnóstico a doente faleceu por envolvimento cardíaco grave (miocárdite com insuficiência cardíaca congestiva).

#### **P124 – AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E MANOMETRIA EM DOENTES REUMÁTICOS**

R Fernandes<sup>2</sup>, L Miranda<sup>1</sup>, F Rosa<sup>2</sup>, L Coelho<sup>1</sup>, A Abreu<sup>2</sup>, A Cardoso<sup>2</sup>, R Leitão<sup>1</sup>, P Coelho<sup>1</sup>, M Silva<sup>1</sup>, H Santos<sup>1</sup>, M Parente<sup>1</sup>, M Micaelo<sup>1</sup>, M Mediavilla<sup>1</sup>, E Simões<sup>1</sup>, H Madeira<sup>1</sup>, C Silva<sup>1</sup>, J Saraiva Ribeiro<sup>1</sup>, D Medeiros<sup>1</sup>, F Barcelos<sup>1</sup>, M Sousa<sup>1</sup>, C Miguel<sup>1</sup>, S Cortes<sup>1</sup>, L Freire<sup>2</sup>, F Pimentel<sup>1</sup>, V Las<sup>1</sup>, A Neto, J Ferreira<sup>1</sup>, A Neto<sup>1</sup>, J Figueirinhas<sup>1</sup>, J Vaz Patto<sup>1</sup>, F Mesquita<sup>2</sup>, A Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

**Introdução:** A manometria é um método simples

e fácil de avaliar o estado nutricional de um doente. É utilizado como medida de força muscular, sendo bastante útil em diversas patologias reumáticas, como a Artrite Reumatóide (AR), a Osteoartrose (OA) e a Fibromialgia, dando uma noção da capacidade funcional do doente.

**Objectivos:** Avaliar uma população de doentes reumáticos e relacionar o perfil antropométrico com a força de preensão da mão.

**Material e Métodos:** Durante um mês, foi medida a força de preensão da mão de todos os doentes que recorreram à consulta de Reumatologia, no Instituto Português de Reumatologia, utilizando um esfigmomanómetro. Foram realizadas três medições, sendo o valor final a sua média. Foram avaliados pela equipa de Nutrição, o Peso, IMC, Relação Cintura/Anca, Massa Gorda (%), Massa Livre de Gordura (Kg) e Massa de Água Corporal (%). Compararam-se os valores de manometria entre doentes com Osteoartrose, Artrite Reumatóide e Fibromialgia.

**Resultados:** Avaliaram-se 1051 doentes, dos quais 183 (17,3%) eram do sexo masculino e 868 (82,7%) do sexo feminino, com uma idade média de  $57,3 \pm 14,4$  anos. Apresentavam um IMC médio de  $27,8 \pm 5$  Kg/m<sup>2</sup>. Obteve-se uma média de  $35 \pm 7,1\%$  de Massa Gorda abdominal e de  $47 \pm 8$  Kg de Massa Li-

vre de Gordura. Apresentavam uma percentagem Água Corporal de  $45,2 \pm 15,5\%$ . Existe uma correlação positiva significativa entre a manometria, a % de água corporal total ( $p < 0,0005$ ) e a massa livre de gordura [que inclui a massa muscular ( $p < 0,0005$  e índice de correlação de Pearson = 0,397)]. Observou-se uma correlação negativa significativa entre a manometria e a % de MG ( $p < 0,0005$  e índice de correlação de Pearson = -0,209). Os doentes com Osteoartrose apresentam valores mais elevados de manometria que os doentes com AR ( $p = 0,003$ , teste t-Student). Os doentes com Fibromialgia apresentam valores mais elevados de manometria que na AR ( $p = 0,031$ , teste t-Student). Não havia diferença significativa entre a OA e a Fibromialgia.

**Conclusão:** Como seria de esperar, a manometria relacionou-se com a massa livre de gordura e a % Água Corporal ( $P < 0,0005$ ). Encontrou-se igualmente uma relação inversa com a % Massa Gorda. Este método pode ser uma abordagem simples e inicial que permite ter uma noção básica da massa e da força muscular dos doentes.

Nos doentes reumáticos, a deformação articular pode ser um factor importante de confundimento. Na AR, a diminuição dos valores da manometria pode estar associada à deformação e destruição articular, nomeadamente, nas mãos.