



**ACTA
REUMATOLÓGICA
PORTUGUESA**

**XVII Jornadas
Internacionais do
Instituto Português de
Reumatologia**

10 e 11 de Dezembro de 2009

SUPLEMENTO
Vol 34 • Nº 4B
Outubro/Dezembro 2009

XVII JORNADAS INTERNACIONAIS DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

SUMÁRIO / CONTENTS

CARTA DO PRESIDENTE DAS JORNADAS	3
COMISSÃO CIENTÍFICA E ORGANIZADORA	4
PROGRAMA CIENTÍFICO	5
RESUMOS – SESSÕES DO PROGRAMA	9
RESUMOS – COMUNICAÇÕES LIVRES/POSTERS	35
CLP 1 – SAPHO pediátrico – caso clínico típico em idade atípica	36
CLP 2 – Síndrome CINCA – um caso com 37 anos de evolução	36
CLP 3 – Velocidade de sedimentação elevada numa artrite reumatóide com baixa actividade	37
CLP 4 – Fibromialgia	37
CLP 5 – Infecções respiratórias de repetição: quando suspeitar de vasculite?	38
CLP 6 – Hipoacusia neurossensorial – sistematização clínica para o Reumatologista	38
CLP 7 – Doença Óssea de Paget: quem e quando tratar	39
CLP 8 – Artropatia e hemocromatose – caso clínico	40
CLP 9 – Avaliação de um ano de uma consulta de reumatologia no IPR – riscos para a qualidade e necessidades futuras	40
CLP 10 – Espondilite anquilosante: manifestações extra-articulares, complicações ou coincidências?	42
CLP 11 – Síndrome paraneoplásico com apresentação esclero-dermiforme	42
CLP 12 – Artrite reumatóide e linfoma ou síndrome paraneoplásico?	43
CLP 13 – Abscessos pulmonares e intra-abdominais por <i>rhodococcus SPP</i> em doente com dermatomiosite	44
CLP 14 – Influência da idade e duração de doença na resposta às terapêuticas anti-factor de necrose tumoral em doentes com artrite reumatóide	44
CLP 15 – As proteínas de fase aguda – mecanismo de defesa em resposta à agressão e desvantagens para o organismo	46
CLP 16 – Reeducação Postural Global® – uma abordagem de tratamento – conceitos e princípios	47
CLP 17 – Síndrome do túnel cárpico: avaliação clínica, ecográfica e electromiográfica prospectiva em 36 punhos – Projecto Carpo	48
CLP 18 – Impacto ecográfico e electromiográfico de uma infiltração de corticosteróides na bainha do flexor comum dos dedos da mão na sintomatologia associada ao síndrome do túnel cárpico – resultados preliminares do Projecto Carpo	49

XVII JORNADAS INTERNACIONAIS DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

SUMÁRIO / CONTENTS

CLP 19 – Reeducação Postural Global® – uma abordagem de tratamento – aplicação e resultados	50
CLP 20 – Artropatia gotosa ou artrite reumatóide?	51
CLP 21 – Síndrome do navicular acessório	51
CLP 22 – Displasia óssea metatrópica – uma causa rara de alteração postural	52
CLP 23 – O exercício vibratório corporal é eficaz para incrementar o equilíbrio ao unipedal em mulheres com fibromialgia	53
CLP 24 – Artropatia erosiva – a propósito de um caso clínico	54
CLP 25 – Gonartrose unicompartmental – do tratamento conservador aos recentes avanços cirúrgicos	54
CLP 26 – Hidroterapia – fisioterapia no meio aquático: benefícios em reumatologia	55
CLP 27 – Miosite orbitária idiopática – uma patologia auto-imune?	57
CLP 28 – A dor na fibromialgia: uma revisão crítica dos estudos que utilizam neuroimagem	57
CLP 29 – Avaliação clínica na AR e EA: avaliação interobservador	58
CLP 30 – Redes sociais, apoio social, sua avaliação na unidade de internamento do IPR	59
CLP 31 – Obesidade ou abandono: qual a situação do apoio social nos doentes crónicos?	60
CLP 32 – Ruptura do glúteo médio – causa infrequente de dor na anca	60
CLP 33 – Transplante pulmonar e o risco de osteoporose	61
CLP 34 – Osteoartrose da mão – do tratamento conservador à reabilitação pós-cirúrgica	62
CLP 35 – Alterações reumatológicas e doença inflamatória intestinal	62
CLP 36 – Alterações psiquiátricas no doente com patologia reumatológica	63
CLP 37 – Gota, a prática clínica em Cuidados de Saúde Primários	63
CLP 38 – Estudo RED COR: relação entre DEXA e composição corporal na OA e AR	64
CLP 39 – Osteomalácia: a propósito de dois casos clínicos	65
CLP 40 – Circulating lymphocyte profile in patients with juvenile idiopathic arthritis	66
CLP 41 – Hipertensão arterial pulmonar – avaliação de uma consulta multidisciplinar	66
CLP 42 – Funcionalidade na artropatia gotosa – a propósito de um caso clínico	67
CLP 43 – Síndromes parkinsonianas: causa incomum de síndrome dolorosa regional complexo	67
CLP 44 – Lepra e gota: manifestações típicas na associação rara destas entidades clínicas	68
CLP 45 – Avaliação da actividade da doença no síndrome de Sjögren	69
CLP 46 – Artrogripose múltipla congénita – estudo de 10 casos	69
CLP 47 – Artrite idiopática juvenil – papel dos tratamentos locais	70
CLP 48 – Ombro doloroso – um caso clínico raro	71
CLP 49 – Artrite e osteomielite brucélica do punho – caso clínico	71
CLP 50 – Anticorpo anti-Ku e doença do tecido conjuntivo – caso clínico	72
CLP 51 – Artrite psoriática – um novo desafio na reconstrução do LCA?	73
CLP 52 – DMO e factores de risco para osteoporose em 821 mulheres do concelho de Nisa	73
CLP 53 – Biotecnológicos: estudo evolutivo da composição corporal	74
CLP 54 – Artrite reumatóide no idoso – conhecer para tratar	75

CARTA DO PRESIDENTE

Caros Colegas

O Instituto Português de Reumatologia (IPR) organiza as suas XVII Jornadas Internacionais que irão decorrer em 10 e 11 de Dezembro de 2009 no Centro de Congressos de Lisboa.

Penso que poderemos encontrar no Programa das Jornadas três marcas daquilo que o IPR tem sido ao longo dos seus 61 anos de actividade: Inovação, Actualização e Multidisciplinaridade.

Génese da Reumatologia Portuguesa, o IPR tem sido ao longo da sua existência um pólo de Inovação, patenteada em múltiplas concretizações. O Portal das Doenças Reumáticas, que será alvo de uma Apresentação Especial durante as Jornadas, constituirá mais uma marca da preocupação intemporal de modernidade desta Instituição que, nos seus 61 anos de existência, conserva presente e tenta replicar em cada momento o espírito de conquista dos seus fundadores e a preocupação sempre presente de se renovar, na permanente adaptação às exigências técnicas e profissionais da Sociedade actual.

A Reumatologia é um ramo do saber médico que ferve nos tempos actuais em novos conhecimentos, conceitos e oportunidades terapêuticas. A actualização permanente da nossa competência técnica e científica, preocupação do IPR desde os seus primórdios, constitui a base da diferenciação e especificidade da actividade do reumatologista, e justifica a preocupação em se abordarem temas mais quentes da actualidade científica reumatológica.

A abordagem do doente reumático como um todo, paradigma do conceito de actividade clínica do Instituto, implicou desde sempre uma Multidisciplinaridade que envolve íntima colaboração com outros profissionais médicos e não-médicos, vertida em alguns momentos destas Jornadas, de que saliento o Curso Monotemático sobre “Alterações Posturais”. Permito-me salientarmos especificamente a relevância que atribuímos ao estreitar de relações e parcerias com a Medicina Geral e Familiar, base futura de uma adequada e integrada partilha dos cuidados médicos de um doente reumático, motivador de alguns temas concretos das Jornadas.

Tenho também o prazer de anunciar que, nesta edição das Jornadas, o livro de resumos será uma edição extra da Acta Reumatológica Portuguesa, indexada na Medline. Espero poder contar com a sua presença e participação activa, e que elas lhe possibilitem um amplo enriquecimento técnico e profissional e bons momentos de convívio pessoal.

A extensa equipa que prepara estas Jornadas, a que tenho a honra e o privilégio de presidir, tudo fará para lhe proporcionar um evento que consolide a relevância e o destaque que o mesmo tem vindo a merecer nos últimos anos.

Recebam um abraço amigo do

Augusto Faustino
(Presidente das XVII Jornadas Internacionais do IPR)

XVII JORNADAS INTERNACIONAIS DO INSTITUTO PORTUGUES DE REUMATOLOGIA

10 E 11 DE DEZEMBRO DE 2009

COMISSAO CIENTIFICA

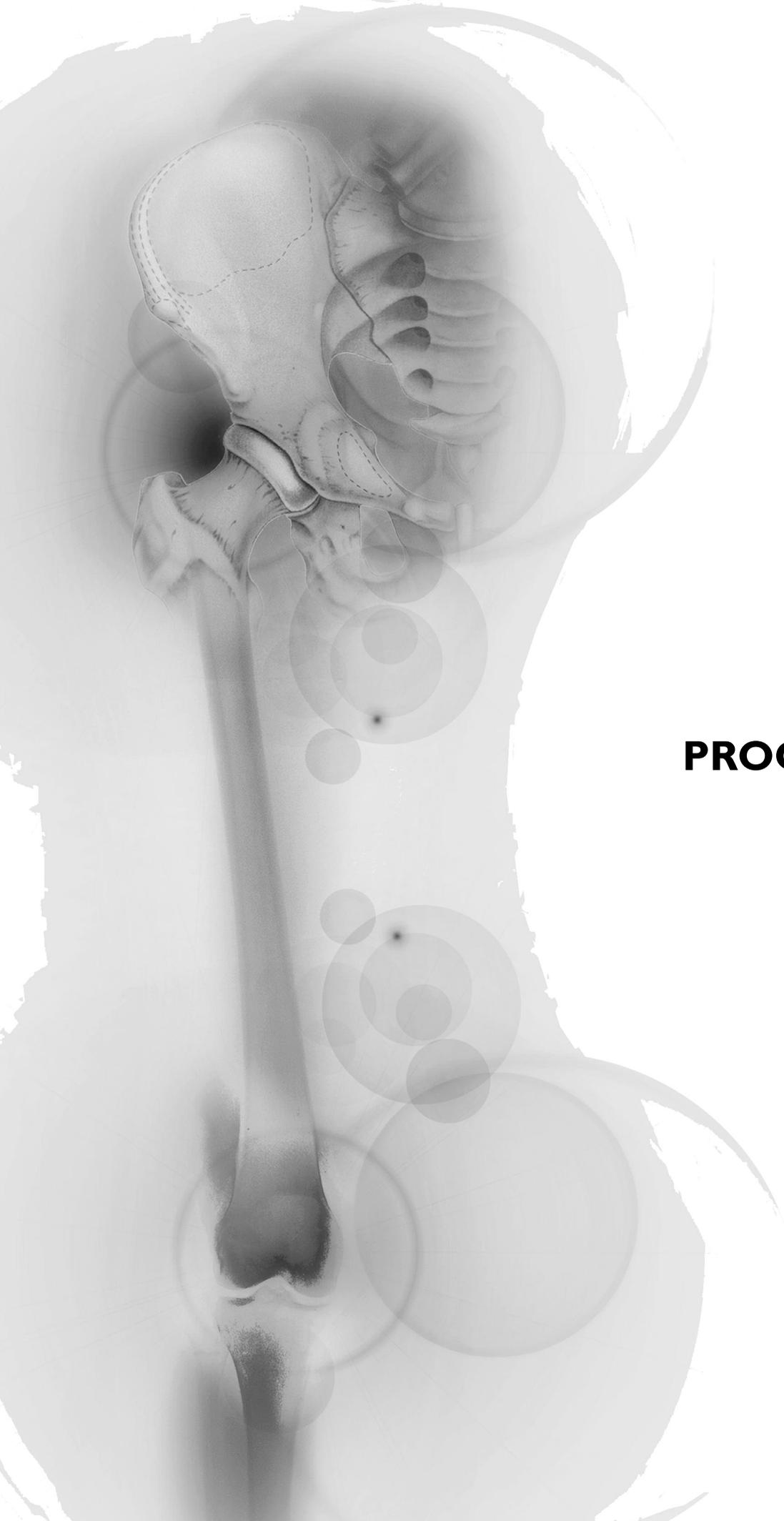
Presidente: Paulo Clemente Coelho

Adriano Neto	José Vaz Patto
António Vilar	Manuela Micaelo
Augusto Faustino	Manuela Parente
Eugénia Simões	Margarida Silva
Helena Madeira	Rui Leitão
José Melo Gomes	

COMISSAO ORGANIZADORA

Presidente: Luís Cunha Miranda

Ana Assunção Teixeira	Helena Santos
António Courinha	Inês Gonçalves
Cândida Silva	Júlia Ferreira
Cláudia Miguel	Maria Jesus Mediavilla
Dina Medeiros	Miguel Sousa
Dolores Nour	Rui Figueiredo
Filipe Barcelos	Sara Cortes
Vera Las	



PROGRAMA

PROGRAMA

QUINTA – FEIRA – 10 DE DEZEMBRO

- 08h30: **Abertura do Secretariado**
- 09h00-10h30: **Flash Reumatológico**
 PRESIDENTE: Manuela Micaelo
 MODERADOR: Inês Cunha
- 1 – Utilização de vacinas em doentes reumáticos imunodeprimidos – Sara Cortes
 - 2 – Doente com ferritina elevada – o que fazer? – Rui Figueiredo, Manuela Parente
 - 3 – Cirurgia da obesidade e doença reumática – Filipe Barcelos
 - 4 – Anticoagulação e doença reumatológica – Dina Medeiros
 - 5 – «e-Doctor» – Novas tecnologias e seguimento do doente reumático – Luís Miranda
 - 6 – Prescrição de hidroginástica e hidroterapêutica – Cândida Monteiro
 - 7 – Avaliação diagnóstica da uveíte em Reumatologia – Miguel Sousa, Helena Madeira
- 10h30-10h50: *Coffee break*
- 10h50-11h50: **Mesa redonda – Doenças Reumáticas por Microcristais**
 PRESIDENTE: Mário Bexiga
 MODERADOR: Filipe Brandão
- 1 – O diagnóstico: clínica, laboratório e radiologia simples – Herberto Jesus
 - 2 – Ecografia – um novo método de avaliação – Margarida Silva
 - 3 – Revisão do tratamento clássico – Cláudia Miguel, Maria Jesus Mediavilla
 - 4 – Novidades terapêuticas – Eugénia Simões
- 11h50-13h00: **Simpósio**
- 13h00-14h30: Almoço
- 14h00-14h30: **«Um café junto dos Stands da Indústria farmacêutica»**
- 14h30-15h15: **Conferência plenária**
 PRESIDENTE: J. Vaz Patto
 MODERADOR: Margarida Cruz
- Devemos repensar a terapêutica da AR? – J. Eurico Fonseca**
- 15h15-16h15: **Novidades Terapêuticas em 15 slides**
 PRESIDENTE: António Alves de Matos
 MODERADOR: Cristina Catita
- 1 – Esclerose Sistémica – Paulo Clemente Coelho, Inês Gonçalves
 - 2 – Osteoporose – novas estratégias – José Carlos Romeu
 - 3 – Terapêutica Biotecnológica – novas opções – Helena Santos
 - 4 – Cirurgia da mão em Reumatologia – Maria Manuel Mouzinho
 - 5 – Prescrição – sensatez perante a novidade – Cândida Silva
- 16h15-16h30: *Coffee break*
- 16h30-17h45: **Simpósio**

SEXTA-FEIRA – 11 DE DEZEMBRO

- 9h00-10h30: **Comunicações Livres**
PRESIDENTE: José Melo Gomes
MODERADOR: Júlia Ferreira
- 10h30-10h50: **Coffee break e discussão de Posters (1ª parte)**
Júri: António Vilar, Adriano Neto, João Ramos
- 10h50-11h50: **Mesa redonda – Artrite Reumatóide – abordagem precoce e tardia**
PRESIDENTE: Luís Maurício
MODERADOR: Jorge Garcia
- 1 – Avaliação da actividade da doença – Augusto Faustino
 - 2 – Objectivo: remissão! – Ana Cordeiro
 - 3 – Artrite Reumatóide avançada – o que fazer? – Armando Malcata
- 11h50-13h00: **Simpósio**
- 13h00-14h00: Almoço
- 14h00-14h30: **Discussão de posters (2ª parte) – «Um café junto dos Stands da Industria farmacêutica».**
Júri: António Vilar, Adriano Neto, João Ramos
- 14h30-15h00: **Cerimónia de Homenagem – Apresentação Especial: Portal das Doenças Reumáticas**
- 15h00-16h30: **CURSO MONOTEMÁTICO «João Figueirinhas»**
TEMA: Alterações Posturais – avaliação multidisciplinar
PRESIDENTE: J Ribeiro da Silva
MODERADOR: Joaquim Sancho
- 1 – Importância da prevenção postural – Ana Assunção Teixeira
 - 2 – Escoliose na idade de crescimento – Elsa Marques
 - 3 – Ortóteses plantares na correcção de defeitos posturais – Cristina Carvalho, Ana Assunção Teixeira
 - 4 – Correcção prismática das alterações posturais – Francisco Espinheira
 - 5 – Reequilíbrio postural – Philippe Villeneuve
- 16h30-16h45: *Coffee break*
- 16h45-17h45: **Curso Prático – Fibromialgia**
PRESIDENTE: Rui André Santos
MODERADOR: Vera Las
- Exercício no doente fibromialgico. Aspectos práticos – Narcis Gusi, José Parraca
 - Tratamento farmacológico da fibromialgia, a ciência e arte médica. Uma perspectiva prática – Rui Leitão
- 17h45: **Concurso – Imagens (slides) em Reumatologia**
Júri-COORDENADOR: António Courinha
- 18h00: **Entrega de prémios (concurso de slides, comunicações livres e posters) e encerramento das Jornadas.**



SESSÕES DO PROGRAMA

SESSÕES DO PROGRAMA

QUINTA-FEIRA, 10 DE DEZEMBRO

08h30: Abertura do Secretariado

09h00-10h30: *Flash* Reumatológico

Presidente: Manuela Micalalelo

Moderador: Inês Cunha

UTILIZAÇÃO DE VACINAS EM DOENTES REUMÁTICOS
IMUNODEPRIMIDOS

Sara Cortes

Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia

As infecções são uma importante causa de morbilidade e mortalidade nos doentes reumáticos imunodeprimidos, tendo estes um risco aumentado destas não só pela terapêutica imunomoduladora como pela disfunção subjacente do sistema imune destes doentes.¹

Múltiplos factores estão implicados no aumento de risco de infecção nos doentes reumáticos. Por exemplo doentes com Lúpus eritematoso sistémico (LES) podem ter deficiências inatas ou adquiridas na clearance de determinadas infecções. Na Artrite Reumatóide (AR) verifica-se um maior risco de infecção, mesmo na ausência de imunossupressão. A existência frequente de comorbilidades como Diabetes mellitus, insuficiência renal ou hepática também contribuem para o maior risco de infecções, bem como hospitalizações ou cirurgias ortopédicas, relativamente frequentes em doentes com AR.

Cada vez mais relevante no aumento de risco infeccioso é a utilização de terapêuticas imunossupressoras, em particular o uso generalizado de terapêutica biotecnológica potente - o aparecimento de infecções menos comuns na população imunocompetente como tuberculose e infecções fúngicas é uma realidade nos doentes sob forte imunossupressão, o que implica um rastreio e monitorização rigorosos.²

Recomendações gerais de Vacinação

Não existem *guidelines* para todas as vacinas em doentes com doença reumática específica. Reco-

menda-se que os doentes com patologia reumática autoimune recebam as habituais vacinas inactivadas segundo esquema standard, o que inclui pelo menos a vacina anual da gripe e a vacina pneumococcica 23 (Pneumo 23). As recomendações para as outras imunizações disponíveis são menos claras.

Vacinas vivas *versus* inactivadas

Estão disponíveis duas principais categorias de vacinas: vivas e inactivadas. Regra geral admite-se que as vacinas inactivadas possam ser administradas seguramente em indivíduos com a imunidade alterada e devem ser doseadas em adultos de acordo com as *guidelines* em vigor, embora a sua eficácia possa ser menor devido ao comprometimento da imunidade. As vacinas vivas não são recomendadas em doentes imunodeprimidos; as mais comuns nesta categoria são: poliomielite (oral), varíola, vacina da gripe viva atenuada, BCG, febre tifóide (oral), tríplice (sarampo, papeira e rubéola).

Imunossupressão-conceito

Existem várias opiniões sobre a definição de imunossupressão. Muitos Reumatologistas consideram os indivíduos com patologia reumática autoimune imunocomprometidos pela doença subjacente, independentemente da medicação em curso. Contudo existem condições e circunstâncias compiladas pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) *Advisory Committee on Immunization Practices* (ACIP)³ consideradas de risco para imunocompetência alterada, devendo a administração de vacinas vivas ser evitada nestes casos:

1. Utilização de terapêuticas biotecnológicas anti TNF (adalimumab, infliximab, etanercept). Os Reumatologistas também incluem terapêutica anticelulas B, anakinra e inibidor da co-estimulação
2. Leucemia activa, linfoma ou outra doença maligna afectando medula óssea/sistema linfático
3. Infecção VIH e naqueles com contagem linfócitos CD4 menor ou igual a 200/mm³
4. Utilização de doses elevadas de corticosteroides (≥20 mg/dia prednisona ou equivalente por pe-

ríodo ≥ 2 semanas). Corticoides inalados, tópicos, intra ou peri articulares não são considerados contra-indicação para administração de vacina viva

5. Evidência clínica ou laboratorial de imunodeficiência celular
6. Transplante de células hematopoiéticas estaminais
7. Gravidez
8. Doença aguda severa

O CDC ACIP recomenda que, quando possível, os doentes devem receber as vacinas 2 ou mais semanas antes do início da terapêutica imunossupressora o que inclui medicação, radioterapia ou esplenectomia. Em relação a vacinação após terapêutica imunossupressora o CDC ACIP recomenda que a administração desta (viva ou inactivada) seja protelada pelo menos 1 mês após doses elevadas de corticoides sistémicos (≥ 20 mg/dia prednisona) para evitar complicações e maximizar a resposta imunitária. Recomenda-se também o protelamento da vacinação por pelo menos 3 meses após quimio ou radioterapia por doença maligna.

Recomendações para Imunizações específicas

Os doentes devem receber a vacina da gripe sazonal anual, injectável. Não devem fazer a vacina viva atenuada (spray nasal) (CDC ACIP).

Devem fazer a vacina 23- pneumocócica polisacarídea (pneumo 23).⁴

Deve-se considerar a administração da vacina haemophilus influenza tipo B em adultos imunocomprometidos que não tenham recebido esta vacina na infância

Não existem *guidelines* específicas para a vacina meningocócica nas doenças reumáticas autoimunes. Contudo, nos doentes com deficiência da fracção C3 do complemento ou outras deficiências do complemento, a vacinação deve ser considerada.

A vacina da Hepatite A (forma inactivada) pode ser seguramente administrada em doentes imunocomprometidos, embora a sua eficácia possa estar comprometida.

Também a vacina da Hepatite B pode ser seguramente administrada, uma vez que se trata de uma imunização pela inoculação de um antígeno (HbS), não sendo portanto uma vacina viva. Mais ainda, esta vacinação reveste-se de particular importância devido ao número crescente de casos reportados de hepatite B em doentes sob terapêu-

tica biológica, embora a maioria destes casos representem reactivações de infecção latente por HBV.⁵

Não existem recomendações específicas sobre a imunização para tétano, difteria e tosse convulsa. Podem, no entanto, ser administradas em doentes imunodeprimidos, pois são inactivadas ou toxoides. Se a vacinação tétano/difteria foi há mais de 10 anos recomenda-se que se faça um reforço a cada 10 anos. No caso da tosse convulsa basta uma revacinação em adulto, sem necessidade de reforço.

Em relação à vacina do Vírus Papiloma Humano (HPV), indicada para prevenção em adolescentes de complicações associadas ao HPV (displasia/cancro colo do útero), também não foi estudada em doentes imunocomprometidos. Sendo uma vacina inactivada a sua utilização deve ser ponderada em mulheres até aos 26 anos.

Actualmente existe uma pandemia da gripe A (vírus H1N1), que embora seja muito contagiosa, não é mais letal que outras epidemias sazonais de gripe. A maioria dos doentes reumáticos inclui-se em grupos de risco para complicações graves da gripe A, pelo que se recomenda medidas profiláticas rigorosas. A vacina foi recentemente introduzida no mercado e pode ser uma arma importante no combate à propagação do vírus nestes doentes.

As pessoas de contacto directo com o doente imunodeprimido devem ter as imunizações actualizadas para prevenção de contágio. A vacinação destas pessoas com a vacina oral da polio deve ser evitada no caso de contacto próximo com o doente, pois pode propiciar propagação do vírus.

Em conclusão, as infecções são uma causa *maior* de morbidade nos doentes reumáticos. A vacinação apropriada é uma arma importante na prevenção de algumas infecções. Embora exista a questão de potencial indução ou agravamento de doença autoimune pela vacina, a evidência disponível demonstra a segurança da vacinação apropriada nas doenças reumáticas, não existindo actualmente indicação para evitar essas vacinas, pelo risco de indução ou agravamento de doença reumática.

Referências

1. Fessler BJ. Infectious diseases in systemic lupus erythematosus: risk factors, management and prophylaxis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2002;16:281-291.
2. Caporali R, Caprioli M, Bobbio-Pallavicini F, Montecucco C. DMARDS and infections in rheumatoid

- arthritis. *Autoimmun Rev.* 2008;8:139-143.
3. Kroger AT, Atkinson WL, Marcuse EK, Pickering LK. General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep.* 2006;55(RR-15):1-48.
 4. Elkayam O, Paran D, Burke M, et al. Pneumococcal vaccination of patients with systemic lupus erythematosus: effects on generation of autoantibodies. *Autoimmunity.* 2005;38:493-496.
 5. Hanbali A, Khaled Y. Incidence of hepatitis B reactivation following rituximab therapy. *Am J Hematol.* 2009;84:195.

DOENTE COM FERRITINA ELEVADA – O QUE FAZER?

Rui Figueiredo, Manuela Parente

Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia

A elevação da ferritina é um problema clínico comum. O diagnóstico diferencial é extenso e por vezes a investigação etiológica é difícil. Com base numa revisão de literatura e em estudos recentes propomos uma abordagem sistemática deste problema de forma a atingir de forma eficaz um diagnóstico precoce.

A sobrecarga de Ferro ocorre habitualmente com valores de ferritina sérica superiores a 1.000µg/L e deve ser distinguida da elevação da ferritina (entre 300 e 1.000µg/L). Nos casos de elevação simples da ferritina o diagnóstico diferencial é extenso e os demais dados clínicos e laboratoriais são essenciais para o correcto diagnóstico. Cerca de 25% dos doentes apresentam Hemocromatose, sendo os restantes 75% distribuídos por outros diagnósticos.

Com valores superiores a 1.000µg/L as possibilidades diagnósticas são mais restrictas. A Hemocromatose, a Doença Hepática Alcoólica e a Doença Hepática não-Alcoólica são os diagnósticos que representam cerca de 66% dos doentes.

CIRURGIA DA OBESIDADE E DOENÇA REUMÁTICA

Filipe Barcelos

Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia

A obesidade é uma doença em que a acumulação excessiva de gordura corporal tem um efeito adverso na saúde, levando a diminuição da esperança de vida e/ou aumento da incidência de vários problemas de saúde – doenças cardiovasculares, diabetes, problemas respiratórios, osteoartrose, entre outros. A OMS declarou a obesidade uma epi-

demia global, com prevalência crescente, tendo um impacto significativo na economia e gastos com a saúde nos países ocidentais. Além de estar implicada na patogénese de algumas patologias reumatológicas, como a osteoartrose, a lombalgia e problemas nas articulações de carga, a obesidade é mais prevalente em doentes reumáticos do que na população geral, condicionando maior morbidade, limitação funcional e risco cardiovascular.

A obesidade é definida pelo Índice de Massa Corporal (IMC) e também avaliada em termos de distribuição da gordura corporal pelo índice cintura-anca, parâmetros que são utilizados na classificação e orientação terapêutica da obesidade. O tratamento de primeira linha consiste em dieta, exercício e terapia comportamental, e caso estas medidas falhem, podem ser utilizados fármacos anti-obesidade. O maior problema deste tipo de abordagem é a sua incapacidade em manter um peso corporal reduzido na maior parte dos doentes obesos, havendo uma alta incidência da ineficácia em sustentar no tempo uma perda de 10% de peso com este tipo de tratamento. Para doentes com obesidade grave (IMC superior ou igual a 40Kg/m² ou superior a 35 com comorbidade relacionada com a obesidade, que tenham pelo menos 5 anos de evolução da sua obesidade e múltiplos tratamentos médicos devidamente orientados neste período de tempo e que tenham sido ineficazes) a cirurgia bariátrica é uma opção de tratamento cada vez mais recomendada. Três grandes tipos de cirurgia se desenvolveram: cirurgias malabsortivas – *bypass* intestinal (jejunoileal ou jejunocólico), cirurgias restritivas (gastroplastias, horizontal, vertical calibrada, gastrobandoplastias, não ajustável, ajustável), e cirurgias mistas – *bypass* (*bypass* gástrico, diversão biliopancreática, diversão biliopancreática com switch duodenal). A cirurgia da obesidade geralmente resulta em maior perda ponderal que o tratamento convencional, e leva a melhoria da qualidade de vida e em doenças relacionadas com a obesidade, como a HTA e a diabetes.

São ainda poucos os estudos sobre os efeitos da cirurgia bariátrica na dor, qualidade de vida e desempenho funcional em doentes reumáticos. No entanto, sendo bem conhecido o efeito da sobrecarga ponderal e do excesso de massa gorda na morbidade relacionada com diversas situações, desde os problemas loco-regionais até às formas difusas de envolvimento articular, como a artrite

reumatóide, existe uma base teórica para a recomendação da cirurgia da obesidade nestes doentes. Actualmente não existem ainda dados suficientes para se elaborarem critérios de selecção tendo por base as manifestações reumatológicas, pelo que estes doentes, quando demonstrarem falência dos tratamentos convencionais, devem ser avaliados em consulta especializada em Obesidade, para averiguação de eventual indicação cirúrgica.

ANTICOAGULAÇÃO E DOENÇA REUMATOLÓGICA

Dina Medeiros

Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia

Introdução: Os doentes com patologia reumática, sobretudo com doença difusa inflamatória crónica, representam um grupo de doentes cujas manifestações/complicações da doença primária implicam frequentemente a necessidade de terapêutica com anticoagulantes. Nesta apresentação serão referidas considerações especiais referentes à anticoagulação na reumatologia, bem como abordadas recomendações relativas ao manuseamento desta terapêutica.

Apresentação: A apresentação abordará 2 temas principais: I) As patologias reumatológicas cuja semiologia/complicações determinam a utilização de terapêutica com anticoagulantes; II) As recomendações internacionais no manuseamento de fármacos anticoagulantes, sobretudo aquando de intervenções com risco hemorrágico significativo.

I. O Síndrome Antifosfolípidos, Primário ou Secundário, constitui o paradigma da patologia reumática cujo tratamento e profilaxia se baseia na antiagregação e anticoagulação. Contudo, várias são as patologias do foro reumatológico cujas manifestações, e sobretudo complicações, podem determinar este tratamento. Estas incluem o Lupus Sistémico Eritematoso, a Artrite Reumatóide, a Esclerose Sistémica, e algumas formas de vasculite primária. As manifestações potencialmente tratadas com anticoagulação, nesse grupo de doenças, surgem como resultado de fenómenos artério-venosos/tromboembólicos, primários à patologia de base, ou secundários a complicações cardiovasculares (disrritmia, dilatações aneurismáticas ou insuficiência cardíaca, pe.).

II. Em termos de prática clínica, existem recomendações relativamente consensuais quanto ao manuseamento da terapêutica com anticoagulantes. Vários aspectos devem ser tomados em consi-

deração aquando da introdução e manutenção desta forma de tratamento/profilaxia, designadamente: a) risco/benefício específico; b) idade; c) gravidez; d) co-morbilidades; e) terapêutica adjuvante; f) intervenções médico-cirúrgicas – tipo de intervenção, duração, risco total de trombofilia/hemorragia. As diferentes abordagens recomendadas internacionalmente dependem da estimativa individualizada do risco hemorrágico/trombótico. Serão referidos alguns destes protocolos, sobretudo os que se referem às técnicas reumatológicas e à abordagem peri-operatória.

Conclusão: Em resumo, o conhecimento de aspectos específicos das patologias reumatológicas aquando da administração de terapêutica anticoagulante, bem como da abordagem recomendada no manuseamento desses fármacos, é fundamental e deve ser tomado em consideração, principalmente aquando de intervenções com risco hemorrágico.

E-DOCTOR – NOVAS TECNOLOGIAS E SEGUIMENTO DO DOENTE REUMÁTICO

Luis Cunha Miranda

Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia

Num mundo em crescente transformação a prática médica tem sofrido nos últimos anos uma revolução de acesso ao conhecimento pela utilização cada vez mais massiva do uso da *internet*.

A utilização de sistemas de registo de dados clínicos (fichas clínicas) em formato electrónico e uma maior necessidade de sistematização de dados e de quantificação de indicadores de qualidade na prática médica agravam a frágil relação médico-doente já por si tão débil pela pressão do tempo.

Os doentes cada vez mais informados/deformados pela *internet* procuram não apenas resposta mas avaliam o médico na sua actuação à luz dos duvidosos conhecimentos obtidos.

Mas a opção do médico é combater na sua trincheira o avanço imparável das novas tecnologias e dos cyber doentes ou por outro lado contra-atacar utilizando o que de novo e de bom as tecnologias de informação podem oferecer.

Informação e formação: a utilização de plataformas de *e-learning* já disponíveis para internos através da EULAR deverão ser replicadas para especialistas e os médicos deverão pressionar e procurar que as instituições que os congregam (SPR,

APMGE, SPMFR, etc) lhes ofereçam uma formação continua validada e isenta. A plataforma web pode ser uma ferramenta fundamental para no seu tempo e ao seu ritmo o médico poder manter informado e dar sugestões de auto-formação.

Resposta a questões prementes na consulta: a dúvida no diagnóstico ou terapêutica são facilmente respondidos com recurso à PubMed ou a sites como o Scielo imprimindo-se os artigos e lendo-se na altura. O prontuário do Infarmed ou do Índice Nacional Terapêutico poderá responder de forma mais rápida que as versões em papel a dúvidas na prescrição.

A utilização do FRAX *online* permite determinar o risco de fractura osteoporótica e assim motivar ou não a prescrição de fármacos.

Seguimento dos doentes: A utilização de bases de dados nacionais para o seguimento dos doentes reumáticos sob terapêutica biotecnológica que existe há vários anos na Europa e que em Portugal existe desde 2008 veio pôr em evidência as potencialidades de um seguimento mais apertado dos doentes.

Mas o tempo que consome a avaliação dos doentes leva a uma pouca utilização de métodos padronizados de avaliação dos doentes.

Cada vez mais se sustenta que a utilização de escalas e de inquéritos padronizados de auto-preenchimento tem uma validade semelhante à avaliação clínica em consulta e se complementada por esta elevamos o nível de qualidade assistencial.

Assim, utilizando a tecnologia web e ecrãs de *touchscreen*, poderemos obter as escalas em tempo real antes da consulta melhorando o poder de decisão clínica e o seguimento e evolução dos doentes.

Contudo, uma das dificuldades é que têm de ser realizadas escalas validadas para Portugal e validadas para versão web o que implica um trabalho científico de base muito extenso.

Assim o projecto do IPR para 2010 será validar uma plataforma web de escalas o RheumaTouch que sera aplicado aos doentes antes da avaliação pelo médico e que já se encontra em utilização no IPR.

PRESCRIÇÃO DE HIDROGINÁSTICA E HIDROTERAPÊUTICA

Cândida Monteiro

Fisioterapia, Instituto Português de Reumatologia

AValiação DIAGNÓSTICA DA UVEÍTE EM REUMATOLOGIA

M Sousa, H Madeira

Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia

Algumas doenças sistémicas acompanham-se de inflamação em alguma estrutura ocular e, por vezes, esta é a sua primeira manifestação clínica. De todas as formas de envolvimento ocular que se podem associar a doenças reumáticas sistémicas, as uveítes são as mais frequentes, e as que apresentam maior dificuldade no diagnóstico diferencial.

São a 3ª causa de cegueira em pacientes em idade laboral, nos países desenvolvidos, e a sua incidência é de cerca de 50 novos casos por 100.000 habitantes/ano e o pico de incidência é atingido entre os 20-44 anos.

A uveíte é uma inflamação do tracto uveal, ou seja, da camada intermédia ou vascular do globo ocular. Quanto à localização, pode ser classificada em: anterior (60%), intermédia (5%) e posterior (15%), sendo 20% panuveítes. Quanto à duração, pode ser limitada (<3 meses) ou persistente. Quanto à evolução pode ser aguda, recidivante (recorrência do quadro após 3 meses do término de terapêutica) ou crónica (recorrência do quadro antes de 3 meses do término de terapêutica). Quanto à lateralidade pode ser unilateral (apenas um olho envolvido, nas recorrências pode ser atingido o olho contralateral) ou bilateral (2 olhos envolvidos simultaneamente)

Os sintomas mais frequentes da uveíte anterior aguda são a fotofobia, dor e eritema, e por vezes, discreta diminuição da acuidade visual. As uveítes anteriores crónicas são, na sua maioria, assintomáticas e detectadas apenas em exames de rotina (recomendados em casos de Artrite Idiopática Juvenil, especialmente se associados à presença de ANAs). Nas uveítes posteriores predominam a diminuição da acuidade visual e o aparecimento de «moscas volantes».

Em relação à sua etiologia, cerca de 50% são idiopáticas, 10% são quadros puramente oftálmicos e, em cerca de 40% dos casos, identifica-se uma doença sistémica, geralmente reumática. A probabilidade de estarmos perante um quadro sistémico associado a uma uveíte é maior nas uveítes anteriores ou panuveítes (em 40% dos casos em ambos os grupos). A maioria das uveítes intermédias correspondem a casos idiopáticos e as posteriores a quadros infecciosos (na sua maioria toxoplasmose).

O diagnóstico diferencial de um quadro de uveíte é extenso e complexo. Como tal, o padrão de afectação ocular definido no exame oftalmológico é fundamental na abordagem diagnóstica dirigida às diferentes etiologias. Destes padrões destacam-se: uveíte anterior aguda recidivante unilateral (associada a espondilartropatia); uveíte anterior crónica (artrite idiopática juvenil ou causas puramente oftálmicas); uveíte intermédia (esclerose múltipla ou sarcoidose); vasculite retiniana com ou sem panuveíte (doença de Behcet).

Na sua abordagem diagnóstica é recomendada a realização de radiografia simples do tórax para descartar sarcoidose ou valorizar sinais de tuberculose activa ou latente e serologia luética para descartar sífilis (que podem associar-se a qualquer padrão de uveíte). Os exames analíticos (hemograma, bioquímica, VS, Urina II) são de pouca utilidade diagnóstica. Poder-se-ão realizar outros exames adequados à suspeita clínica, como o HLA B27, radiografia simples da bacia e ANAs.

A criação de consultas multidisciplinares (Reumatologista-Oftalmologista) permite uma unificação de «linguagem» clínica, a aproximação e confluência diagnóstica e terapêutica. Esta abordagem deverá conseguir uma menor morbidade para o paciente e evitar a cegueira.

10h30-10h50: *Coffee break*

MESA REDONDA: DOENÇAS REUMÁTICAS POR MICROCRISTAIS

Presidente: Mário Bexiga

Moderador: Filipe Brandão

O DIAGNÓSTICO: CLÍNICA, LABORATÓRIO E RADIOLOGIA SIMPLES

Herberto Jesus

Reumatologia, Centro Hospitalar do Funchal

Introdução: As histórias das doenças articulares provocadas pela deposição de microcristais exemplificam um dos antípodas da evidência científica. Ao longo de milénios foram descritos relatos apaixonados de semiologia baseados apenas na observação clínica. A importância desmesurada advinha da destruição articular brutal e da impotência funcional. Nos finais do Século XIX surge a evidência radiológica. Em 1961, Hollander e McCarty vi-

sualizam microcristais no líquido sinovial.

A História percorreu dois milénios para o Homem efectuar um diagnóstico acurado e real.

A epidemiologia é predominantemente masculina numa faixa etária que percorre a «meia-idade» e a idade sénior. A radiologia convencional evidencia calcificações e aumento da densidade das partes moles num universo de destruição articular. Os cristais depositam-se nas articulações e são observados por microscopia. A análise da morfologia, das propriedades ópticas e da coloração permitem o diagnóstico. As patologias por microcristais integram-se num complexo de disfunção metabólica múltipla. O prognóstico depende da precocidade do diagnóstico e da adopção de estilos de vida saudáveis.

Gota Úrica

A gota úrica é uma das «entidades históricas» da Medicina. A sua semiologia é um dos quadros clínicos clássicos. Caracteriza-se pelo envolvimento, faseado e por surtos, dos membros inferiores. A artrite inicia-se no 1º dedo do pé («podagra»), progredindo para as outras articulações do pé, joelhos e membros superiores. Nos primórdios da doença, os episódios de artrite são auto-limitados. A ausência de medidas terapêuticas contribui para a diminuição dos espaços inter-crise, destruição articular e insuficiência renal. As imagens de radiologia convencional revelam espaço articular mantido e erosões em «saca-bocado». A análise de microcristais por microscopia de polarização revela a presença de monourato de sódio (cristais em forma de agulha, fortemente birrefringentes com alongação negativa).

Doença por deposição de pirofosfato de cálcio

A doença por deposição de pirofosfato de cálcio foi descrita num grupo familiar em 1958 por Zitnan e Sitaj. Em 1962 Hollander e McCarty visualizam os microcristais por técnicas microscópicas.

Esta entidade apresenta uma plétora de quadros clínicos: pseudogota, «artrite reumatóide-like», pseudo-osteoartrite e pseudo-neuropática.

Pode ser hereditária, idiopática ou estar associada a outras patologias. Envolve predominantemente o punho e os joelhos. As imagens radiológicas são características: calcificação da fibrocartilagem dos meniscos e da cartilagem hialina dos joelhos, do ligamento triangular do punho, da fi-

brocartilagem dos discos inter-vertebrais, da apófise odontóide, as quais são acompanhadas de destruição articular (erosões das sacro-ilíacas e do osso subcondral da sínfise púbica) e de diminuição do espaço articular.

A análise de microcristais por microscopia de polarização revela a presença de pirofosfato de cálcio (cristais de forma rombóide, fracamente birrefringentes com alongação positiva).

Doença por Hidroxiapatite

Os cristais de fosfato de cálcio básico (hidroxiapatite) foram visualizados em 1966 por Hollander e McCarty.

Apresenta-se sob a forma de monoartrite em 67%. Caracteriza-se por calcificação peri-articular (tendões e bursae). Envolve o ombro, o punho, a mão, a coxo-femoral e o disco inter-vertebral.

As imagens radiológicas são características: calcificações exuberantes das estruturas peri-articulares («aspecto enevoadado»/denso), geodos e esclerose reactiva.

A análise de microcristais por microscópio biológico simples, após coloração de vermelho de alizarina S e leitura imediata, revela a presença de material em forma de lâminas concêntricas (forma de cebola) corado de vermelho.

ECOGRAFIA – UM NOVO MÉTODO DE AVALIAÇÃO

Margarida M. Silva

Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia

As artropatias microcristalinas são um grupo de doenças nas quais há depósitos de vários tipos de cristais nos tecidos articulares e periarticulares. A localização anatómica dos depósitos de cristais detectada por ecografia, método não invasivo, permite a clara diferenciação entre gota e doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio.

A ecografia tem um papel no diagnóstico da gota e tem potencial para vir a mudar a nossa atitude terapêutica perante a hiperuricémia assintomática e para monitorização do tratamento da gota, nomeadamente em ensaios clínicos.

Os principais achados ecográficos na gota incluem: 1) Deposição de cristais de monourato de sódio na superfície da cartilagem articular, resultando numa banda hiperecogénica, não sujeita a anisotropia, o «sinal do duplo contorno»; estes depósitos característicos da gota não são facilmente postos em evidência por outros métodos de ima-

gem como as radiografias, a TAC e a RM, e os estudos realizados mostraram que são específicos da gota; 2) Derrame, com vários padrões no líquido sinovial, indo de um líquido completamente anecogénico a colecções preenchidas por agregados de várias formas e graus de ecogenicidade, que é conhecido como «padrão em tempestade de neve» – múltiplos pontos hiperecócicos de tamanho e forma variáveis, no líquido e na membrana sinoviais; 3) Formação de tofos em localizações diversas – os tofos podem apresentar vários graus de ecogenicidade de acordo com a sua densidade, sendo que os mais densos são hipoeecogénicos porque apresentam uma banda superficial hiperecogénica gerando sombra acústica; 4) Erosões - à semelhança do que se passa noutras artropatias, a ecografia na gota detecta mais erosões que as radiografias.

Em doentes com hiperuricémia assintomática demonstrou-se, com ecografia, estruturas semelhantes a tofos e um aumento da vascularização, traduzindo inflamação, o que poderá mudar a nossa atitude terapêutica.

Estudos em que foi feita a medição sequencial do tamanho dos tofos, mostraram que a ecografia também pode vir a desempenhar um papel na monitorização do tratamento da gota, nomeadamente em ensaios clínicos.

Na doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio (DDCPC) as características ecográficas principais são: 1) Deposição de cristais na cartilagem articular de forma distinta da da gota: os cristais formam depósitos no interior da cartilagem, que aparecem como pontos ou como uma linha hiperecogénica, que não originam sombra acústica; estas imagens são muito específicas da DDCPC; 2) Calcificações das fibrocartilagens, que também aparecem como pontos hiperecogénicos, arredondados ou de forma mal definida; estas calcificações são mais facilmente colocadas em evidência nos meniscos e na fibrocartilagem triangular do carpo, onde é necessário o exame dinâmico para confirmar a sua localização exacta; 3) Depósitos focais nos tendões.

Apesar do que ficou dito acima, saliente-se que o estudo das artropatias microcristalinas por ecografia é relativamente recente e há vários aspectos que despertam interesse para futuras avaliações.

REVISÃO DO TRATAMENTO CLÁSSICO

Cláudia Miguel, Maria Jesús Mediavilla

Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia

Introdução: As Doenças Reumáticas Microcristalinas são um grupo de patologias caracterizado pela deposição de cristais nas estruturas articulares e peri-articulares. A acumulação destes «corpos estranhos» desencadeia crises inflamatórias inicialmente agudas e muito dolorosas, mas que podem tornar-se crónicas e progredir para lesões estruturais, se não tratadas. As Doenças Reumáticas Microcristalinas mais prevalentes são a Gota Úrica, resultante da deposição de cristais de Monurato de Sódio, e a Doença por Deposição de Cristais de Pirofosfato de Cálcio (DDCPC), também chamada Pseudogota ou Condrocálcinose. Por se tratar geralmente de doentes com idade avançada, é frequente a coexistência de outros problemas de saúde. Na prática clínica, a associação de patologias como a doença péptica, a insuficiência cardíaca e a insuficiência renal crónica dificultam a abordagem farmacológica destes doentes.

Objectivos: Rever as opções de tratamento clássico das Artropatias Microcristalinas, incluindo medidas farmacológicas e não farmacológicas. Abordar as dificuldades no tratamento de doentes com patologia gastrointestinal, cardíaca e/ou renal associadas.

Material e métodos: Revisão da Literatura acerca do tratamento das Artropatias Microcristalinas, nomeadamente a Gota Úrica, a DDCPC, as doenças por deposição de Cristais de Hidroxiapatite e outros Fosfatos Básicos de Cálcio.

Resultados: A abordagem multidisciplinar do doente com artropatia microcristalina deve englobar a educação para hábitos alimentares saudáveis, a promoção de exercício físico adaptado às características do doente, a terapia farmacológica, a reabilitação e eventualmente o tratamento cirúrgico. Nas artropatias microcristalinas em geral, os tratamentos sintomáticos clássicos continuam a ser eficazes e bastante utilizados, nomeadamente a Colchicina e os Anti-inflamatórios não esteróides (AINE). O tratamento etiológico, ou seja, remoção dos depósitos de cristais, pode ser farmacológico no caso da Gota (Alopurinol e outros hipouricemiantes) mas não nas restantes artropatias microcristalinas. O tratamento cirúrgico pode ser necessário no caso de dor intratável, destruição articular com impotência funcional e na remoção de tofos volumosos.

O tratamento das co-morbilidades metabólicas frequentemente associadas, nomeadamente a obesidade, dislipidemia, diabetes e hipertensão arterial é fundamental no prolongamento da vida

dos doentes. Inclusivamente, alguns hipolipemiantes e anti-hipertensores parecem ter um papel hipouricemiante muito útil.

Conclusões: Apesar de os tratamentos clássicos serem eficazes, colocam-se alguns problemas na abordagem dos doentes com artropatias microcristalinas, pelo que é fundamental conhecer as opções terapêuticas disponíveis. No futuro, novos fármacos poderão vir a melhorar a qualidade de vida destes doentes.

NOVIDADES TERAPÊUTICAS

Eugénia Simões

Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia

O tratamento médico actual da gota úrica pode-se considerar relativamente satisfatório, exceptuando-se, no entanto, algumas situações:

- A toxicidade/intolerância a doses eficazes da colchicine, necessárias para o controlo da crise aguda e para o tratamento inter-crítico
 - A incapacidade que o médico, por vezes tem em garantir valores de uricémia inferiores ou igual a 6 mg/dl, dado que isso obriga à utilização de elevadas doses de alopurinol
 - Por sua vez, o alopurinol não é um fármaco isento de riscos, com alguma incidência de fenómenos de hipersensibilidade (estima-se que possa ocorrer em cerca de 20% de todos os doentes gotosos)
 - A insuficiência renal (muitas vezes co-existente com situações de hiperuricémia) contra-indica também o uso de doses elevadas de alopurinol
 - Por último, a falta, no mercado português, de alternativa médica ao alopurinol
- Nesse sentido, estão a ser investigados os seguintes produtos (o febuxostat foi aprovado pela FDA)

Inibidores da xantina-oxidase

- Febuxostat – inibidor xantina-oxidase, não purínico, não associado a reacções de hipersensibilidade. No estudo CONFIRMS, em mais de 2.200 doentes gotosos de ambos os sexos, a dose diária de 80 mg/dia de febuxostat demonstrou ser clínica e estatisticamente superior à dose de 40 mg e de alopurinol 300mg num período de 6 meses. Não foram registadas reacções adversas graves
- Oxipurinol – metabolito activo do alopurinol, menos alergeno

Activadores da uricase

- Rasburicase – já disponível noutras indicações (neoplasias)
- Pegloticase – em infusão endo-venosa de 8 mg cada 2 ou 4 semanas, em doentes com gota não controlada, foi eficaz no controlo da uricémia e na prevenção de crises agudas de gota *versus* placebo.

Uricosúricos

- RDEA594 – uricosúrico que inibe a acção do transportador tubular de urato (URAT 1). A utilização de 200 ou 400 mg/dia foi semelhante ao alopurinol e superior ao placebo no controlo da uricémia

Antagonistas da IL-1

- Pensa-se que a inter-leucina 1 seja o mediador inflamatório mais importante durante uma crise aguda de gota
- Rilonacept – Proteína de fusão do receptor solúvel Fc da IL-1, dada 160 mg por via subcutânea, durante 16 semanas, teve uma acção semelhante ao alopurinol na redução da uricémia e prevenção de crises.
- Canakinumab – Antagonista do receptor da IL-1 β ; em infusão semestral poderá ser uma alternativa
- Alimentos ricos em ácido orótico (uricosúrico natural), como o leite magro podem tornar-se numa terapêutica adjuvante da gota úrica
No que toca a outra doença por deposição de microcristais, a condrocalcinose, há indicadores que o metotrexato pode ser útil nas formas refractárias ao tratamento convencional.

11h50-13h00: Simpósio Terapêutico**13h00-14h30: Almoço****14h00-14h30: «Um café junto dos Stands da Indústria Farmacêutica»****14h30-15h15: Conferência Plenária**

Presidente: J. Vaz Patto

Moderador: Margarida Cruz

DEVEMOS REPENSAR A TERAPÊUTICA DA ARTRITE REUMATÓIDE?

João Eurico Fonseca

Reumatologia, Hospital de Santa Maria

A artrite reumatóide (AR) é a doença reumática crónica maior impacto tem na actividade dos Serviços de Reumatologia e contribui decisivamente para a relevância social das doenças reumáticas. A capacidade de alterar de forma inequívoca o curso desta doença foi, até muito recentemente, limitado e, na prática, os doentes progrediam inexoravelmente para a incapacidade. Esta situação devia-se ao desconhecimento da etiopatogenia destas doenças e à falta de investimento na procura de novas soluções terapêuticas. Por outro lado, a inexistência de uma verdadeira capacidade de influenciar a história natural da doença condicionava também a atitude médica, centrada na noção de que era preciso gerir uma patologia crónica e não no controlo rápido de uma situação potencialmente aguda que urgia limitar e evitar que se gerassem mecanismos de perpetuação. O esclarecimento das principais vias fisiopatológicas desta doença e o desenvolvimento de terapêuticas dirigidas contra alvos específicos elevaram a capacidade de controlar a AR a um patamar nunca antes imaginado e posicionaram o objectivo terapêutico na remissão.

16h15-16h35: Novidades Terapêuticas em 15 Slides

Presidente: António Alves de Matos

Moderador: Cristina Catita

ESCLEROSE SISTÉMICA

Paulo Clemente Coelho, Inês Gonçalves

Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia

A Esclerose Sistémica (ES) é uma doença difusa do tecido conjuntivo com uma fisio-patologia complexa onde participam factores imuno-inflamatórios, os quais parecem ser desencadeantes de processos de vasculopatia e de fibrose tecidual. Tratando-se de uma doença rara (1:10000 habitantes), e com alguma heterogenia fenotípica, em parte devido ao envolvimento multi-órgão, tem sido difícil obter estudos com poder estatístico suficiente que permitam avaliar com segurança as possíveis alternativas terapêuticas.

Apesar de ser considerada a doença reumática «madrasta» em relação aos tratamentos propostos para a sua abordagem, nos últimos anos novos conhecimentos têm sido adicionados na abordagem clínica e terapêutica da doença e das suas complicações, de que são exemplo a aprovação de indi-

cações para o emprego de fármacos no tratamento da Hipertensão Pulmonar (HTP) e das úlceras digitais (UD) em doentes com ES.

Recentemente (2008), foi publicada pela EULAR uma série de 14 recomendações de peritos, baseadas na evidência científica, em relação ao tratamento da ES. Destas recomendações salientamos: o uso dos inibidores dos canais de cálcio, como primeira linha no tratamento do Fenómeno de Raynaud (FR) suficientemente intenso para receber tratamento, a utilização de prostanoídes (iloprost) para o tratamento de UD mais graves derivadas da vasculopatia periférica e do bosentano para redução do número de novas UD em doentes de risco; a utilização dos bloqueadores do receptor da endotelina, bosentano e sitaxentan (dados do ambrisentan não disponíveis à data), do sildenafil (dados do tadalafil e vardenafil não disponíveis à data) e do epoprostenol no tratamento da HTP; a possibilidade de que o uso precoce do metotrexato em doentes com ES difusa possa prevenir o avanço da fibrose cutânea; o tratamento com ciclofosfamida no envolvimento intersticial pulmonar progressivo e significativo; o tratamento com inibidores da enzima de conversão da angiotensina da crise renal associada à ES.

Em relação aos principais fármacos utilizados no tratamento da ES salientamos as seguintes orientações consolidadas por dados recentemente publicados.

a) Tratamentos imunomoduladores

- **Ciclofosfamida (CFF)**
A evidência mais recente produzida por estudos randomizados e meta-análise sugerem que a CFF poderá ter um efeito positivo na doença do interstício pulmonar associada à ES, devendo preferir-se a administração por ciclos IV, seguida pela utilização de outro imunossupressor (exemplo: azatioprina). A associação de CFF a imatinib poderá ter um efeito positivo, principalmente em doentes com envolvimento pulmonar mais grave. A utilização de CFF poderá também ter um efeito benéfico a nível cutâneo. A toxicidade potencial do fármaco deve ser levada em conta quando confrontada com o seu potencial benefício.
- **Micofenolato de Mofetil (MMF)**
Existe alguma evidência recente dos possíveis efeitos benéficos do MMF a nível do envolvimento cutâneo e da fibrose pulmonar nos doentes com ES. Podendo este fármaco ser visto como uma potencial alternativa à CFF em de-

terminadas situações.

- **Metotrexato (MTX)**
O possível efeito benéfico do MTX no envolvimento cutâneo da ES parece ser mais pronunciado quando utilizadas doses iguais ou superiores a 15 mg/semana. Este fármaco, quando excluída qualquer contra-indicação, é a escolha na imunomodulação da ES associada a miosite ou a artrite.
- **Azatioprina (AZP)**
O principal papel da AZP no tratamento da ES parece estar ligado à manutenção da imunossupressão após indução com CFF, sendo também utilizada, apesar da menor evidência publicada, como uma primeira opção em quadros menos graves de envolvimento intersticial pulmonar ou quando a CFF não pode ser uma alternativa. Alguns autores descrevem também um possível efeito benéfico na pele esclerodérmica.
- **Tolerância ao colagénio humano do tipo I**
A indução de tolerância com colagénio tipo I de origem bovina poderá diminuir a intensidade de envolvimento cutâneo em cerca de 20%, este efeito, ainda em investigação, poderá ser mais pronunciado nos doentes com esclerodermia mais grave.
- **Transplante medular autólogo de *Stem cell* hematopoiéticas**
A técnica de imunossupressão em alta dose seguida de transplante autólogo, continua a ser uma opção para casos mais graves, sendo que a alta mortalidade inicialmente descrita tem vindo a diminuir conforme atestam dados mais recentes de grupos holandeses e franceses em que a sobrevida foi de: aos 5 anos (96%) e aos 7 anos (85%). Os dados apontam para uma melhoria do score cutâneo superior a 20%.
- **Imunoglobulina endovenosa**
Estudos abertos sugerem um benefício no índice cutâneo.
- **Plasmoforese**
Associação da plasmoforese com imunomoduladores apontam para um efeito benéfico cutâneo e na progressão de envolvimento de órgão. No entanto, os dados não são fáceis de analisar devido a serem baseados em estudos abertos e em que se associaram diferentes imunomoduladores.
- b) **Terapêuticas biotecnológicas**
 - **Anti-TNF**
A utilização dos Anti-TNF, na evidência actual, deve ser excepcional e provavelmente reserva-

da a certos casos de doentes com síndromes intrincadas ou com doença inflamatória activa grave. Existe a possibilidade de um efeito deletério destes fármacos em doentes sem doença inflamatória significativa.

- Rituximab - anti-CD20 (RTX)
Os dados são controversos e escassos. Um estudo utilizou o RTX associado ao MTX com melhoria do score cutâneo (incluindo biopsia cutânea). Outro estudo em que o RTX foi utilizado isoladamente não revelou qualquer efeito significativo.
- c) Terapêuticas anti-fibróticas
- D-penicilamina (D-P)
Este agente quelante bloqueia as ligações cruzadas do colagénio, tendo perdido força no tratamento da ES após 1999, quando um estudo randomizado comparando alta dose com baixa dose de D-P não revelou benefício significativo. Recentemente foi publicado um estudo retrospectivo que sugere um efeito positivo da D-P no envolvimento cutâneo e de órgão em doentes com ES. Atendendo aos dados publicados e aos possíveis efeitos adversos da D-P o seu uso na ES continua controverso.
 - Relaxina
Esta hormona com efeito relaxante muscular (gravidez) e possível acção anti-inflamatória e anti-fibrótica, não revelou nenhum efeito benéfico em doentes com ES num estudo publicado recentemente. Nesse mesmo estudo foram encontrados mais casos de crise renal esclerodérmica nos doentes tratados com relaxina, pelo que a sua utilização deve ser contra-indicada nesta patologia.
- d) Imatinib e *Transforming Growth Factor β*
- Imatinib
Este bloqueador da tirosina quinase, usado no tratamento da leucemia mielóide crónica, é um dos fármacos promissores da terapêutica da ES, nomeadamente quanto ao componente esclerodérmico, e possivelmente também quanto ao envolvimento pulmonar intersticial.
 - *Anti-Transforming Growth Factor β*
Estudos recentes de pequena dimensão (fase I e II) sugerem uma possível redução no score cutâneo em doentes com ES.

Para responder aos desafios do tratamento de uma doença poli-facetada como a ES será necessário no futuro rever os critérios de diagnóstico da doença, permitindo uma abordagem terapêutica

mais precoce da doença e um provável ganho de eficácia no seu tratamento. A referenciação precoce dos doentes para consultas de especialidade, e a utilização de meios complementares, como a capilaroscopia do leito ungueal e a avaliação laboratorial dirigida, poderão permitir uma maior probabilidade de sucesso terapêutico da ES.

OSTEOPOROSE – NOVAS ESTRATÉGIAS

José Carlos Romeu

Reumatologia, Hospital de Santa Maria

Disponíveis terapêuticas eficazes e seguras na prevenção das fracturas osteoporóticas, e conhecidos os factores que permitem identificar «quem tratar», as opções terapêuticas dependem essencialmente da eficácia demonstrada por cada fármaco para cada tipo de fractura (vertebral, não vertebral e da anca) e da «grandeza» do risco apresentado pelo doente para cada um desses tipos de fractura, dos seus potenciais efeitos adversos e das contra-indicações específicas tendo em consideração o género, a idade e as co-morbilidades, assim como da preferência individual, por parte do doente, e mesmo da previsão, por parte do médico, da *compliance* do doente em função da modalidade posológica (via de administração e sua periodicidade). Se a duração mínima da terapêutica está bem estabelecida, já a duração da mesma, em função da sua eficácia e segurança, é mais discutível e baseada essencialmente em extra-polações de efeitos sobre os designados parâmetros substitutos (densidade mineral óssea) ou de comparações de taxas de incidência de fractura ao longo da duração do tratamento em extensões não controladas e «abertas» (sem ocultação) dos estudos de referência, sendo comumente uma decisão caso a caso baseada na gravidade da situação (risco de fractura), do seu efeito sobre a densidade mineral óssea e na incidência de fracturas, para além da sua tolerabilidade e da ausência de efeitos adversos.

Recentes propostas de novas estratégias terapêuticas envolvendo a exploração da potenciação do efeito terapêutico pela associação, em sincronismo ou sequencial, de fármacos anti-reabsortivos a fármacos estimuladores da formação óssea, merecem uma análise criteriosa, nomeadamente considerando que as mesmas resultam essencialmente do efeito dessas associações sobre parâmetros substitutos (densidade mineral óssea) sem resultados efectivos sobre a redução do risco de frac-

turas, e a muito difícil, se não mesmo na prática impossível, demonstração, em ensaios clínicos randomizados, da superioridade dessas novas estratégias em relação às correntes abordagens terapêuticas actualmente baseadas numa robusta evidência científica.

TERAPÊUTICA BIOTECNOLÓGICA – NOVAS OPÇÕES

Helena Santos

Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia

Nos últimos 10 anos, a Reumatologia foi das áreas médicas em que se assistiu a uma maior revolução na terapêutica das doenças inflamatórias crónicas, com particular destaque para a Artrite Reumatóide. Contribuíram para esta modificação o desenvolvimento de novas metodologias de avaliação dos doentes e de ensaios clínicos, a utilização de vários fármacos biotecnológicos e a utilização de melhores estratégias no manuseio destas terapêuticas.

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

Apesar do progresso nos resultados clínicos, radiológicos e funcionais, obtidos com estes fármacos, várias questões se continuam a colocar:

6. A percentagem de doentes que atinge a remissão, livre de fármacos, é muito baixa;
7. Mesmo sob terapêutica, nem todos os doentes alcançam a remissão ou baixa actividade de doença;
8. Mesmo nos respondedores, pode haver perda de resposta com o passar do tempo, por falência secundária ou resistência adquirida;
9. Os fármacos biotecnológicos disponíveis estão associados a alguns efeitos adversos, nomeadamente as complicações infecciosas e risco de neoplasias.

Por esse motivo, sabendo que o objectivo deve ser a remissão, ou pelo menos baixa actividade de doença, e a par de uma compreensão cada vez mais aprofundada dos mecanismos fisiopatológicos, tem continuado a procura de novas moléculas

e novos alvos terapêuticos com o objectivo de obter melhores resultados.

A AR tem funcionado como o paradigma das doenças reumáticas inflamatórias, onde se têm ensaiado novas opções terapêuticas, eventualmente aplicáveis mais tarde a outras patologias.

Além dos 3 antagonistas do TNF α já disponíveis há vários anos (etanercept, adalimumab e infliximab), são de introdução recente ou com perspectiva de utilização a curto prazo o rituximab (depletor de células B), o abatacept (modulador de células T), o tocilizumab (inibidor da IL6), o golimumab e o certolizumab pegol (antagonistas do TNF α).

Antagonistas do TNF α

Os agentes biotecnológicos de utilização mais ampla têm sido os antagonistas do TNF α : o etanercept (proteína de fusão da porção extracelular do receptor p75 do TNF α com o domínio Fc da imunoglobulina humana IgG1), o infliximab (anticorpo monoclonal quimérico antiTNF α) e o adalimumab (anticorpo monoclonal humano antiTNF α). Estes fármacos têm demonstrado eficácia clínica sobreponível, sendo a diferença major a frequência e via de administração.

No último ano foram aprovadas para o tratamento da AR duas novas moléculas inibidoras do TNF α , o golimumab (anticorpo monoclonal humano antiTNF α) e o certolizumab pegol (proteína de fusão de um fragmento Fab anti-TNF com uma fracção de polietilenoglicol-PEG, humanizado). Os dados disponíveis destes novos antagonistas mostram eficácia sobreponível aos já existentes, mas pelos anos de utilização e dos estudos de *switch* disponíveis, sabemos que os doentes que não respondem a um agente podem responder a outro da mesma classe, e os que deixaram de responder poderão responder a outro da mesma classe. Estas novas moléculas oferecem assim mais opções, parecendo ser igualmente eficazes.

Antagonistas de outras citocinas

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

Outras citocinas constituem alvos terapêuticos

promissores como sejam a IL-15 (AMG714), IL-17 (LY2439821, AIN457) e o RANKL (denosumab).

O anakinra antagonista do receptor da IL-1, o primeiro a ser aprovado para o tratamento da AR, é actualmente muito pouco utilizado devido à sua baixa eficácia quando comparada com outros biotecnológicos. No entanto, este fármaco tem sido utilizado com muito sucesso nos síndromes autoinflamatórias, o que levou ao recente desenvolvimento de inibidores da IL-1 de acção mais prolongada como o riloncept- proteína de fusão do receptor solúvel FC da IL-1 e o canakinumab- antagonista do receptor da IL-1 β .

Biotecnológicos dirigidos às células B

Tendo como alvo as células B, o rituximab é um anticorpo quimérico monoclonal anti CD20, que leva a uma depleção de células B, estando indicado no tratamento da AR activa e grave com resposta inadequada ou intolerância a outros DMARDs, incluindo 1 ou mais antagonistas do TNF α .

Outras moléculas, têm como alvo o CD20 como sejam o ocrelizumab, o ofatumumab e o TRU015, em fases mais preliminares de avaliação.

Outros alvos contra as células B estão a ser explorados, como sejam citocinas importantes nas fases tardias da maturação das células B: BLyS (*B Lymphocyte stimulator*), BAFF (*B-cell activation factor*) e APRIL (*proliferation inducing ligand*) ou seus receptores (BCMA, BR3 ou BAFFR, TACI). Os dados recentemente apresentados sobre estas novas moléculas – belimumab, briobatacept (inibidores BLyS) e o atacicept (inibidor APRIL) – mostram também uma depleção de células B, mas os resultados não parecem tão eficazes como os das moléculas anti CD20.

Biotecnológicos dirigidos às células T

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

Antagonistas das Kinases

Uma das grandes expectativas actuais coloca-se também numa nova classe de moléculas inibidoras das kinases intracelulares.

As kinases estão envolvidas em vários aspectos da transdução, tendo sido desenvolvidas pequenas moléculas, de administração oral, para inibir estas enzimas. Os dados obtidos com os inibidores de duas destas kinases, JAK-3 (CP 690,550) e Syk (tamatinitib), parecem ser particularmente promissores na AR.

Outras moléculas

Outro grupo de citocinas, da família das linfotoxinas, está implicado na fisiopatologia da AR, estando em estudo moléculas dirigidas à linfotoxina β (LT β) e LIGHT (baminercept).

Outros alvos como CXCL-10 (MDX-1100) e o GM-CSF (Cam-3001), têm já estudos de fase II na AR, sugerindo eficácia.

A multiplicidade de fármacos emergentes mostra que nos encontramos numa nova era no tratamento da AR. Os múltiplos alvos terapêuticos documentam bem a heterogeneidade da doença e da necessidade futura de dispormos de indicadores clínicos e/ou biológicos que permitam otimizar o tratamento individual

CIRURGIA DA MÃO EM REUMATOLOGIA

Maria Manuel Mouzinho

Cirurgia Plástica, Hospital de São José

PRESCRIÇÃO – SENSATEZ PERANTE A NOVIDADE

Cândida Silva

Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia

O desenvolvimento de novos fármacos mantém-se uma necessidade da Medicina, apesar dos avanços constantes das últimas décadas. Todos aspiramos a prescrever fármacos mais eficazes e mais seguros.

Casos recentes, como o do anti-inflamatório VIOXX®, vieram porém, por em causa alguns dos argumentos para os novos fármacos, serem sempre melhores.

Além das disciplinas de Farmacologia e Terapêutica, leccionadas nos primeiros anos da Faculdade de Medicina, a formação sobre prescrição não existe formalmente e a informação de utilização dos novos fármacos é sobretudo transmitida

aos médicos, pela indústria farmacêutica.

Actualmente, as autoridades reguladoras requerem, para a autorização de introdução de mercado de um medicamento, um número cada vez mais elevado de ensaios, quer estudos pré-clínicos, quer clínicos, para garantir a eficácia e a segurança do mesmo. Mas estes ensaios incluem populações de pequenas dimensões, seleccionadas e de curta duração, em relação ao uso potencial na prática clínica.

Assim, a cada ano, continuamos a ter medicamentos suspensos por questões de segurança e avisos sobre reacções adversas detectadas apenas, após a comercialização ou em estudos a longo prazo.

Lembramos ainda, que alguns fármacos com longos anos de utilização, pelos princípios actuais, dificilmente seriam hoje autorizados (por exemplo: o ácido acetilsalicílico, a varfarina ou a digoxina).

A revisão de algumas regras, agrupadas por seis princípios básicos, tentará reavivar princípios úteis, para uma prescrição cuidadosa, cautelosa e baseada na evidência:

1. Pensar além dos fármacos, como primeira e não como última opção
2. Fazer uma prescrição mais estratégica (usar poucos fármacos, mas usá-los bem)
3. Estar mais alerta para os efeitos adversos
4. Utilizar de alguma cautela e cepticismo, com os novos fármacos
5. Partilhar as decisões com os doentes (responsabilização na adesão terapêutica)
6. Pesar o curto prazo e pensar a longo prazo

A ponderação destes princípios, permitirá que os medicamentos sirvam o seu propósito principal: tratar melhor os nossos doentes, com os menores riscos possíveis.

16h15m-16h30: Coffee break

16h30m-17h45: Simpósio

SEXTA-FEIRA, 11 DE DEZEMBRO

09h00-10h30: Comunicações Livres

Presidente: José Melo Gomes

Moderador: Júlia Ferreira

10h30-10h50: Coffee break e discussão de Posters (1ª parte)

Júri: António Vilar, Adriano Neto, João Ramos

10h50-11h50: MESA-REDONDA

ARTRITE REUMATÓIDE – ABORDAGEM PRECOCE E TARDIA

Presidente: Luis Maurício

Moderador: Jorge Garcia

Avaliação da Actividade da Doença

Augusto Faustino

Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença inflamatória crónica que pode apresentar evoluções muito distintas, diferentes entre doentes e variáveis no próprio doente individual, ditadas pela história natural da doença ou por intervenções terapêuticas exógenas.

Para se avaliar adequadamente esta evolução dos doentes com AR, torna-se necessário utilizar instrumentos quantificáveis, comparáveis, reprodutíveis, relevantes, sensíveis à variação e práticos.

Os instrumentos de avaliação da AR podem medir e quantificar aspectos muito distintos, que porém se podem englobar basicamente em duas dimensões fundamentais com objectivos e técnicas de avaliação diferentes (Kirwan JR, J Rheumatol 1992; 19: 33-6):

- **PROCESSO** (*Process*)
- **LESÃO** (*Outcome*)

O **processo** de uma doença corresponde às anormalias fisiopatológicas que ocorrem como consequência de uma causa de doença; no caso da AR, e em resposta a uma causa desconhecida, origina-se uma **Inflamação Local (Sinovite) e Sistémica**, cujas medidas de avaliação serão os marcadores de inflamação articular (ex. contagens articulares) e os parâmetros inflamatórios sistémicos (ex. VS e PCR). As medidas de Processo reflectem assim em cada momento específico a actividade do fenómeno inflamatório global (**avaliação transversal** no tempo).

Com o evoluir destes conceitos, criaram-se instrumentos de avaliação compostos, que correspondem a combinações de métodos de avaliação individual, associados entre si de forma directa ou mediante a introdução de fórmulas matemáticas mais complexas. Os **Índices Combinados**, uns europeus (sob o patrocínio da EULAR - Liga Europeia contra o Reumatismo) e outros americanos (do ACR) permitem, mediante uma quantificação numérica única e global, estabelecer para cada doente a sua realidade naquele momento, e a sua evo-

lução natural ou em resposta a intervenções terapêuticas específicas, constituindo instrumentos inquestionáveis na prática clínica diária e em todos os ensaios actuais de novas terapêuticas para a AR.

O ACR criou um instrumento, o **Índice de Resposta ACR**, (Arthritis Rheum, 1995; 38(6): 727-35), o qual inclui:

- número de articulações dolorosas e tumefactas (índice ARA, 68 articulações)
- avaliação global da doença pelo doente
- avaliação global da doença pelo médico
- escala analógica visual para avaliação de dor
- índice de incapacidade funcional - HAQ
- PCR

O **ACR 20 / 50 / 70** corresponde à melhoria de 20%, 50% ou 70% destes indicadores em relação aos valores iniciais.

A escola europeia criou o **DAS (Disease Activity Score)** (J Rheumatol, 1993, 20: 579-81) (Arthritis Rheum, 1996, 39: 34-40) (Arthritis Rheum, 1998, 41: 1845-50) que avalia o doente em cada momento e a sua evolução, e em termos de ensaios clínicos estratifica a resposta às intervenções terapêuticas em boa, moderada e ligeira, consoante o DAS inicial e a sua variação com a terapêutica.

O DAS integra 3 ou 4 variáveis (DAS 3V ou DAS 4V):

- número de articulações dolorosas
- número de articulações tumefactas
- velocidade de sedimentação
- avaliação global pelo doente (mediante EVA – escala analógica digital) do seu estado de saúde global (avaliação)

A contagem articular de articulações dolorosas ou tumefactas poderá usar o Índice de Ritchie (com 53 articulações avaliadas em termos de dor e 44 articulações avaliadas em termos de tumefacção) mas a versão mais globalmente utilizada é uma versão modificada, o **DAS28**, que usa o Índice EULAR com avaliação de 28 articulações quanto a dor e tumefacção.

Os parâmetros obtidos em cada uma destas 3 ou 4 avaliações são introduzidos numa calculadora especial obrigatória, que mediante uma fórmula matemática complexa, determina um valor final, o DAS, que representa a actividade inflamatória daquele doente naquele momento específico.

Este valor permite dividir os doentes em 3 níveis de actividade da doença, com as consequentes implicações terapêuticas:

- **alta actividade da doença >5.1, baixa activida-**

de da doença <3.2, remissão <2.6.

A variação deste valor como resposta a determinada intervenção clínica ou terapêutica, poderá também ser dividida de acordo com a diferença entre os dois valores de DAS (inicial e actual) em: **Boa > 1.2; Moderada 0.6–1.2; Nula < 0.6.**

A **lesão** pelo contrário reflecte o sofrimento ou perda de função resultante da acumulação das consequências do processo de doença. A lesão reflecte-se assim na incapacidade num dado momento, a qual poderá ser avaliada por:

- **capacidade funcional** (actividades de vida diária e qualidade de vida)
- **lesão estrutural articular** (radiologia)

Estas medidas de lesão traduzem o somatório de toda a evolução da doença, representando uma **avaliação longitudinal** cumulativa.

Os instrumentos de avaliação de capacidade funcional avaliam globalmente a repercussão fundamental da doença (**Incapacidade Funcional**) sob várias **dimensões**:

- Capacidade Física
- Repercussão Psíquica/Emocional
- Repercussão Social/Profissional
- Terapêuticas (custos/efeitos secundários).

O instrumento de avaliação de capacidade funcional mais divulgado é o **Health Assessment Questionnaire** (HAQ). Inicialmente (J. Fries et al, Arthritis Rheum, 1980; 23(2): 137-45), foi construído com 20 questões com respostas de 0-3, divididas em 8 categorias de capacidade funcional física – actividades da vida diária (AVD):

- vestir-se e arranjar-se (2 questões)
- levantar-se (2)
- comer (3)
- caminhar (2)
- higiene (3)
- alcançar (2)
- agarrar (3)
- outras actividades (3).

Posteriormente (T. Pincus et al, Arthritis Rheum, 1983; 26(11): 1346-53) surgiu uma versão reduzida **HAQ modificado (MHAQ)** composta por 8 questões, uma de cada categoria, da qual resulta informação sobreponível e que é o instrumento actualmente mais largamente utilizado para esta finalidade.

A **avaliação radiológica da AR**, ao documentar a lesão estrutural articular reflecte assim a globalidade cumulativa do processo evolutivo da doença, sendo desta forma um instrumento fundamental para avaliar e quantificar a evolução da doença

no doente individual, o eventual aparecimento de lesões destrutivas estruturais, e as respostas às intervenções terapêuticas efectuadas, sobretudo dos fármacos ditos de fundo ou modificadores de doença (DMARD's).

Por outro lado, e porque reflecte modificações anatómicas de instalação muito lenta, iniciadas por lesões indetectáveis por métodos menos sensíveis à variação, não será um instrumento útil ou relevante para detectar pequenas variações ou alterações muito precoces.

O problema da avaliação radiológica da AR, ultrapassada a questão da sua relevância, valorização e interesse específico, tem a ver com problemas técnicos decorrentes da sua aplicação, conduzindo a interpretações variáveis, enquadradas em correlações clínicas / patológicas muito diversas.

Em **conclusão**, a avaliação de um doente com AR era feita até há alguns anos atrás de uma forma muito imprecisa, subjectiva e superficial; este tipo de avaliação levava a que não se detectasse de modo sensível a evolução da doença (que assim progredia lentamente sem um registo objectivo), e que das intervenções terapêuticas efectuadas não fosse documentada uma verdadeira acção modificadora dos sintomas ou da evolução da doença.

Dispomos actualmente de inúmeros instrumentos de avaliação, incidindo parceladamente sobre aspectos específicos da doença, e que tomados em conjunto nos permitem vários tipos de informações:

- **prática clínica diária:**
 - avaliação da actividade da doença naquele momento
 - avaliação da evolução da doença (espontânea ou como resposta a terapêutica)
 - comparação entre doentes
- **ensaios clínicos de terapêuticas:**
 - sintomáticas
 - modificadoras de doença
- **contribuir para o prognóstico**
Os **instrumentos de medição desejáveis** deverão proceder a uma:
 - medição do processo inflamatório (local e sistémica)
 - medição de repercussão funcional
 - medição de repercussão anatómica
 Desta forma aceitam-se hoje como **instrumentos desejáveis**:
 - avaliação de dor (EAV)
 - contagem articular (n.º articulações dolorosas e tumefactas)

- parâmetro biológico sistémico (VS/PCR)
- questionário de avaliação funcional (HAQ ou outro)
- avaliações globais da doença (efectuadas pelo médico e pelo doente)
- avaliação radiológica

OBJECTIVO: REMISSÃO!

Ana Cordeiro

Reumatologia, Hospital Garcia de Orta

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença sistémica reumática com predomínio de envolvimento articular, com elevada morbilidade e diminuição da qualidade de vida se não tratada adequadamente. A estratégia clássica de tratamento 'Go low, go slow' alterou-se para uma precoce introdução de DMARD's, periódica optimização das suas doses e com estudos mostrando claro benefício clínico e na progressão da lesão estrutural com a associação de vários DMARDs, impondo uma inevitável inversão da estratégia terapêutica. Contudo, nem todos os doentes atingem baixa actividade de doença e só uma minoria atinge a remissão com DMARD's clássicos.

Mais recentemente e com o desenvolvimento das terapêuticas biotecnológicas a expectativa passou a ser a remissão, sobretudo tendo disponíveis fármacos com diferentes mecanismos de acção, que permitem actuar em diferentes moléculas e células envolvidas na fisiopatologia da doença. E cada vez mais os dados dos novos fármacos têm que demonstrar igual eficácia ou superioridade face aos já aprovados e na teoria todos queremos provas de melhoria dos vários parâmetros de actividade e dados de inibição da progressão radiográfica.

Mas a maioria dos ensaios conduzidos com estes fármacos biotecnológicos tinha apenas como objectivo melhorias parciais nos índices de actividade de doença (EULAR e ACR). Além disso, e apesar da indiscutível eficácia, continua a haver uma percentagem de doentes que têm efeitos adversos, que não respondem à terapêutica, que perdem eficácia ao longo do tempo, que não obtêm remissão, seja por persistente actividade clínica ou por mantida progressão estrutural. Mas também existem resultados de ensaios clínicos e dados de bases de registos que demonstram que a remissão é possível!

Certamente ainda temos que conhecer melhor

toda a cascata inflamatória da AR e investigar mais detalhadamente possíveis marcadores de resposta a determinados fármacos e adequar a nossa estratégia terapêutica ao doente individual (*tailored therapy*).

E então a pergunta terá resposta clara e prática? Será realmente possível a remissão?

A ARTRITE REUMATÓIDE AVANÇADA – O QUE FAZER?

Armando Malcata

Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC)

A artrite reumatóide é uma doença inflamatória crónica, com um curso variável, resultando muitas vezes em dano e destruição, limitação funcional, podendo afectar múltiplas dimensões da vida do doente.

Perante a artrite reumatóide avançada, doença já evoluída no tempo, porventura mantendo ainda alguma actividade inflamatória, mas sobretudo reflectindo as consequências que podem ter ocorrido e desenvolvido ao longo do seu curso, resultando num estado de lesão cumulativa e afectação de capacidades, com expressão própria e distinta em cada caso individualmente considerado, haverá que centrar a nossa atenção no Doente.

É de facto, fundamental, centrarmo-nos no doente. Tentar perceber como se encontra, nas suas dimensões físicas, psicológicas, e envolventes sócio-familiares, ambientais, para se poder desenvolver uma estratégia esclarecida e partilhada de abordagem multifactorial e multidisciplinar tentando corresponder às expectativas do doente e cumprindo objectivos essenciais de tratamento, que permitam minorar o sofrimento, preservar ou melhorar a função, valorizando a independência e a qualidade de vida.

Importa compreender a actividade, extensão e gravidade do envolvimento articular, o frequente compromisso extra-articular, a eventual e tão frequente presença de co-morbilidades (como acontece nas doenças crónicas), a possibilidade de intercorrências (por vezes mesmo com prognóstico vital ominoso), a possibilidade de efeitos adversos e doenças provocada por drogas, a dor e o sofrimento, o estado psicológico ou suas alterações.

Assim se poderá estabelecer um plano coerente e individualizado de abordagem, tendo em atenção a dor, o estado global do doente, o compromisso funcional e a restrição na participação, a inde-

pendência e qualidade de vida.

Medidas gerais, medidas terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas, medidas fisiátricas, cirurgia, intervenção psicológica, serão de considerar e, mesmo, de modo mais abrangente, equacionar aspectos de intervenção familiar, ambiental, e articulação com segurança social e outras instituições da sociedade.

11h50-13h00: Simpósio Terapêutico

13h00-14h00: Almoço

14h00-14h30: Discussão de posters (2ª parte) – «Um café junto dos Stands da Industria farmacêutica».

Júri: António Vilar, Adriano Neto, João Ramos

14h30-15h00: Cerimónia de Homenagem – Apresentação Especial: Portal das Doenças Reumáticas

15h00-16h30: CURSO MONOTEMÁTICO

«João Figueirinhas»

Tema: Alterações Posturais – avaliação multidisciplinar

Presidente: J Ribeiro da Silva

Moderador: Joaquim Sancho

IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO POSTURAL

Ana Assunção Teixeira

Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia

Os defeitos posturais apesar da sua importância, frequência e possibilidades correctivas, são muitas vezes subvalorizados, sobretudo após o final do crescimento, já que até aí existe uma maior vigilância preventiva.

A manutenção duma postura estável depende de estímulos importados das vias visual, vestibular e proprioceptiva em conexão com o sistema extrapiramidal. Os principais captadores de informação são o pé e o olho, que possuem exterocepção e interocepção e interferem prioritariamente no ajuste estático e dinâmico. O articulado dentário e articulação têmporo-mandibular, músculos, articulações e o ouvido interno, são também importantes reguladores do equilíbrio postural. O Sistema Proprioceptivo integra as informações recolhidas e envia as ordens necessárias para a acção das fibras musculares de todo o corpo.

Quando o desequilíbrio postural persiste causa

frequentemente tensões musculares assimétricas que podem originar patologia ligamentar, muscular e articular e as queixas de dor terem início em qualquer idade. Raquialgias crónicas localizadas ou irradiadas, dor nas articulações de carga, podalgias, cefaleias, desequilíbrios, tonturas e astenopia são queixas comuns na alteração do equilíbrio postural que é ainda facilitador de quedas, sobretudo no doente idoso. O desequilíbrio postural faz parte dos múltiplos factores etiológicos de osteoartrite, pela assimetria de distribuição da carga nos vários compartimentos articulares.

O diagnóstico e terapêutica beneficiam com a intervenção de equipas multidisciplinares, que possuímos actualmente no IPR. A observação atenta do doente, da cabeça aos pés, completa-se com a avaliação da pegada, percepção visual, arcada dentária e das avaliações podométrica e radiológica. As correcções são feitas por ortóteses plantares, lentes prismáticas ou ambas adaptadas a cada individuo e quando necessário associam-se programas de exercício, intervenção nutricional, tratamento ortodóntico ou ortopédico. Os principais objectivos são o restabelecimento da horizontalidade dos planos do corpo a redução varo/valgo, o reequilíbrio de distribuição das cargas e o alívio sintomático.

Apresentam-se os resultados de estudos prospectivos de avaliação terapêutica, em doentes com alterações posturais compensadas com plantares e/ou lentes prismáticas. Avalia-se a melhoria dos sintomas posturais mais frequentes, a das alterações radiológicas das curvaturas vertebrais, dismetria dos membros inferiores, inclinação da plataforma sagrada e da inclinação dos ombros.

ESCOLIOSE EM IDADE DE CRESCIMENTO

Elsa Marques, Fernanda Filipe
Fisioterapia, Hospital Curry Cabral

As escolioses em idade de crescimento são alterações frequentes do ráquis com um impacto marcado ao nível da saúde física e mental.

A escoliose é um sinal clínico e radiológico com uma grande diversidade etiológica, no entanto a sua causa principal é ainda desconhecida.

O diagnóstico de escoliose idiopática é sempre um diagnóstico de exclusão, alicerçado em exames clínicos e imagiológicos rigorosos e sistematizados.

O despiste e o tratamento correcto da escoliose

otimizam os resultados clínicos dos doentes. Existe tratamento eficaz para a escoliose idiopática em idade de crescimento, com normas de orientação clínica que indicam a vigilância (observar), a ortotetização do tronco ou a cirurgia, de acordo com indicadores de gravidade.

As cinesiterapias respiratória e vertebral estão indicadas com o objectivo de promover a flexibilidade, o fortalecimento muscular e a correcção postural. A prática de exercício físico é fundamental mas deve obedecer a critérios de aconselhamento e vigilância.

Porque existe um tratamento eficaz é fundamental que a detecção da escoliose seja o mais precoce possível, para que se possa fazer uma referência, em tempo útil, para consultas especializadas e com experiência nesta patologia.

ORTÓTESES PLANTARES NA CORRECÇÃO DE DEFEITOS POSTURAIS

Cristina Carvalho,¹ Ana Assunção Teixeira²

1. Podologista, Instituto Português de Reumatologia
2. Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia

«O pé, órgão modesto e demasiadas vezes desprezado, é o fulcro do movimento e o meio fácil habitual de deslocação» (Saúde e Bem-Estar).

O pé juntamente com os olhos são fundamentais para o equilíbrio postural, sendo o pé um conjunto proprioceptivo e exteroceptivo que recebe dos músculos, das articulações e da pele tantas informações quantas lhe são conhecidas.

O homem em pé é um pêndulo invertido que se equilibra sobre um triângulo de sustentação harmonioso formado lateralmente por duas peças normalmente simétricas: os pés. Uma deformação ou assimetria qualquer repercute-se sempre acima e necessitará de uma adaptação do sistema postural.

A avaliação do pé começa por:

- a) Anamnese
- b) Avaliação em carga no podoscópio
- c) Avaliação em carga em sistema computadorizado
- d) Marcha
- e) Calçado

Alterações no pé e as suas consequências na postura

- a) Pé plano valgo- este tipo de pé no plano postural e considerado um pé causativo. As alterações posturais que normalmente se encontram neste tipo de pé são: calcâneo valgo; rotação inter-

- na das pernas e coxas; anterversão dos ilíacos; aumento da lordose lombar; hiperlordose cervical.
- b) Pé cavo varo – também é considerado um pé causativo. As alterações porturais são: calcaneo varo; rotação externa da perna e coxa; verticalização do sacro e diminuição da lordose lombar (nádegas planas, dorso plano).
- c) Pé cavo valgo – a arcada apresenta-se retraída e não é fácil mobiliza-la. As suas alterações dependem de qual é dominante se o valgo se o cavo.
- d) Pés assimétricos – podem ser valgos ou varos assimétricos e normalmente têm uma vertente causativa e outra adaptativa.
- e) Pé desarmónico – normalmente encontra-se neste tipo de pé um calcaneo valgo e outro varo. A nível postural podemos ter anteflexão ilíaca do lado valgizante e extensão do lado varizante.
- f) Pés com duplo componente – é um tipo de pé extremamente complicado pois pode ser patológico ou não na estática mas é o sempre na dinâmica. Os sintomas estão associados à projecção anterior do centro de gravidade. São frequentes alterações como dores plantares com subluxação dos metatarsos; dores nos gêmeos; dedos em garra e calos.
- g) Pé compensador – pensa-se que este tipo de pé tenta-se adaptar quando existe um captador em desequilíbrio

Ortoses plantares

Após uma avaliação em conjunto do doente chegando a um diagnóstico e traçado um plano de tratamento são confeccionadas as ortóteses plantares (palmilhas/suportes plantares). O termo «orthos» significa recto. As ortóteses plantares são dispositivos colocados em contacto com o pé. Tem como objectivo proporcionar uma melhor redistribuição plantar, equilibrando as pressões, obtendo conforto e estabilizando o pé em conjunto com o resto do corpo. As ortóteses plantares aplicadas na correcção de defeitos posturais irão actuar sobre cadeias musculares estimulando-as, evitando alterar as estruturas ósseas. Existem 2 tipos de ortóteses plantares – as ortóteses posturais ou proprioceptivas e as termomoldáveis que proporcionam conforto e absorção do impacto. As ortóteses são sempre confeccionadas individualmente e com materiais específicos adaptados à patologia e necessidades do seu utilizador. No Instituto Português de Reumatologia o material utilizado na con-

fecção das ortóteses plantares é termomoldável por calor e vácuo e aplicado directamente no pé. As correcções posturais são sempre testadas antes da sua confecção quando o indivíduo está em carga e sobre o podoscópio proporcionado uma ideia mais nítida das correcções a serem aplicadas, assim como interferem nas alterações apresentadas.

CORRECÇÃO PRISMÁTICA DAS ALTERAÇÕES POSTURAIS

Francisco Espinheira

Consultor em Percepção Visual do Instituto Português de Reumatologia

A nível ocular a principal característica na alteração postural é a inclinação da cabeça, por vezes com rotação. Fisiologicamente quando a cabeça se inclina sobre um dos ombros desencadeia-se o reflexo de torção ocular.

Na alteração postural essa torção compensatória mantém-se e modifica a mecânica de todos os músculos extra-oculares (e não só os que desempenham a acção de torção), o que leva a insuficiências de convergência e/ou espasmos de acomodação, responsáveis por diversas queixas, nomeadamente astenopia e cefaleias.

Rousie-Baudry, no seu trabalho assimetrias craniofaciais e sistema oculolabiríntico, objectiva por meio de laser scanning oftalmológico, a torção ocular nos doentes posturais com imagens do fundo ocular bem demonstrativas.

Princípio da correcção postural com prismas

A alteração da postura cefálica leva a uma mudança da posição relativa das máculas. Nessa rotação ocular a mácula faz um movimento de intorção/extorção. As lentes prismáticas alteram a projecção da imagem de fixação levando a um movimento de rotação da mácula à posição em que estaria em postura normal.

A eliminação da referida torção influencia a reprogramação de todo o sistema postural. Obtém-se a horizontalidade da linha interpupilar, correcção do plano dos ombros (total ou parcial) e o equilíbrio das distribuições das cargas a nível podálico.

Nas alterações posturais por parésia/paralésia oculo-motora com alteração da postura cefálica para compensação da diplopia, corrige-se o desvio provocado pela limitação neurológica. O resultado é uma reposição da postura cefálica primária.

A intervenção Oftalmológica avalia a existência

de patologia ocular geral, as alterações refractivas integra a correcção prismática corretora da alteração postural, proposta com base na análise perceptiva visual.

REEQUILÍBRIO POSTURAL

Phillipe Villeneuve

Paris, França

16h30-16h45: *Coffee break*

16h45-17h45: Curso Prático – Fibromialgia

Presidente: Rui André Santos

Moderador: Vera Las

EXERCÍCIO NO DOENTE FIBROMIALGICO.

ASPECTOS PRÁTICOS

Narcis Gusi,¹ José Alberto Parraca²

1. Enterprising Solutions for Health (E & H); Universidad de Extremadura

2. Universidad de Extremadura;

Las personas que padecen de Fibromialgia (FM) suelen tener una serie de síntomas característicos como el dolor, una mayor fatiga ante los esfuerzos, etc. Así las personas con FM necesitan prevenir, la adición de otras enfermedades derivadas de un nivel de actividad física insuficiente o sedentarismo. Esta prevención puede realizarse con ejercicio físico que es la realización de actividad física de forma regular o habitual, al menos 3 días a la semana. Las pequeñas mejorías con ejercicio físico en personas sanas significan una mayor facilidad y rendimiento haciendo las actividades cotidianas sin cansarse tanto, pero en personas severamente afectadas por la FM puede significar la capacidad o discapacidad de realizarlas dado que, debido a la FM pueden partir de niveles físicos más bajos y cercanos al umbral necesario para la vida habitual o laboral. Así, una pequeña mejoría o prevención con ejercicio físico puede suponer subir y bajar escaleras o caminar sin bastón.

Por otro lado, una característica en las personas con FM es que se cansan más rápidamente y tienen dolor ante esfuerzos livianos y repetidos.

No es extraño, que ante una actividad o ejercicio físico vigoroso que afecten a los mecanismos del dolor, aparezcan las consecuencias, similares al concepto de agujetas retardadas, más severas horas más tarde y no tanto durante la sesión de ejercicio físico. Lógicamente, a las personas con

FM les cuesta más tiempo recuperarse, sobre todo si tienen sueño no reparador o discontinuo. El ejercicio físico moderado ha mostrado que ayuda a disponer de una mejor calidad de sueño, y si se vuelve a dormir mejor una parte importante de síntomas de cansancio y dolor se reducen. El enfermo, harto de su situación, pretende obtener ventajas muy inmediatas con el ejercicio, lo cual, puede desencadenar el abandono del programa de ejercicio. Por lo tanto, sería recomendable indicar a los pacientes que los beneficios del ejercicio sobre los síntomas de la FM pueden obtenerse a medio-largo plazo.

Muchas veces, el planteamiento de la práctica regular de ejercicio, es mal aceptado por el enfermo, que se siente realmente incapaz de realizarlo o que lo ha intentado en varias ocasiones de forma inadecuada obteniendo resultados incluso contrarios a los esperados, con aumento del dolor. Se recomienda realizar ejercicio dirigido por un profesional específicamente conocedor del tema y siempre bajo una prescripción médica individualizada a cada caso e incluso para cada fase del desarrollo del síndrome.

Un programa de ejercicio adecuado debe incluir un calentamiento específico, ejercicios aeróbicos de baja a moderada intensidad, ejercicios de fuerza utilizando cargas livianas o el peso del cuerpo como carga y finalmente realizar estiramientos activos que según el grado de afectación se recomienda que los supervise el experto en ejercicio y salud las nuevas tendencias de ejercicio proponen ejercicios aeróbicos de bajo impacto en agua caliente, caminar suavemente, o ejercicios vibratorios corporales.

Como conclusión, la práctica de ejercicio físico es una herramienta de salud en la FM que no resulta excesivamente cara de aplicar. La práctica razonada del ejercicio físico en personas afectadas por la FM no sólo puede mejorar la capacidad funcional del paciente, sino también la tolerancia al dolor y el estado de ánimo. De este modo, existe evidencia científica de que los efectos positivos del ejercicio físico aumentan la calidad de vida de los pacientes con FM.

Referencias

- Alentorn-Geli, E., Padilla, J., Moras, G., Lazaro Haro, C., & Fernandez-Sola, J. (2008). Six weeks of whole-body vibration exercise improves pain and fatigue in women with fibromyalgia. *J Altern Complement Med*, 14(8), 975-981.
- Gusi N, Olivares PR, Adsuar JC, Paice A, & P, T.-C. (2009).

Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures - Quality of life measures in fibromyalgia. Nueva York

- Gusi N, Parraca JA, Olivares PR, & Adsuar JC. (2008). Vibratory exercise improves the dynamic balance in women with fibromyalgia. *Isokinetics and Exercise Science*, 16(3).
- Gusi, N., Reyes, M. C., Gonzalez-Guerrero, J. L., Herrera, E., & Garcia, J. M. (2008). Cost-utility of a walking programme for moderately depressed, obese, or overweight elderly women in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 8, 231.
- Gusi, N., & Tomas-Carus, P. (2008). Cost-utility of an 8-month aquatic training for women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Arthritis Res Ther*, 10(1), R24.
- Gusi, N., Tomas-Carus, P., Hakkinen, A., Hakkinen, K., & Ortega-Alonso, A. (2006). Exercise in waist-high warm water decreases pain and improves health-related quality of life and strength in the lower extremities in women with fibromyalgia. *Arthritis Rheum*, 55(1), 66-73.
- Munguia-Izquierdo, D., & Legaz-Arrese, A. (2008). Assessment of the effects of aquatic therapy on global symptomatology in patients with fibromyalgia syndrome: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*, 89(12), 2250-2257.
- Tomas-Carus, P., Gusi, N., Hakkinen, A., Hakkinen, K., Leal, A., & Ortega-Alonso, A. (2008). Eight months of physical training in warm water improves physical and mental health in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med*, 40(4), 248-252.
- Tomas-Carus, P., Hakkinen, A., Gusi, N., Leal, A., Hakkinen, K., & Ortega-Alonso, A. (2007). Aquatic training and detraining on fitness and quality of life in fibromyalgia. *Med Sci Sports Exerc*, 39(7), 1044-1050.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA FIBROMIALGIA, A CIÊNCIA E ARTE MÉDICA. UMA PERSPECTIVA PRÁTICA

Rui Leitão

Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia

A fibromialgia é uma entidade clínica tão controversa que tem dividido os médicos entre os que contestam a sua real existência enquanto quadro fisiopatológico autónomo, e tendem a negligenciar as queixas dos doentes, e os que entendem que os dados da investigação mais recente não permitem continuar a considerá-la uma entidade de causa desconhecida, vindicando assim essas queixas, que tendem agora a ser hipervalorizadas. Com efeito, a inespecificidade das manifestações clínicas leva a que sejam agrupados sob a designação

fibromialgia, doentes com dor generalizada de diferentes etiologias, diferentes entre si, cuja heterogeneidade impossibilita a definição de um protocolo terapêutico satisfatório para a maior parte das situações. O que é característico da verdadeira fibromialgia é a existência de alodínia, definida como dor despertada por um estímulo habitualmente indolor, a qual é habitualmente pesquisada nos 18 pontos pares descritos nos critérios de diagnóstico. Este achado clínico é considerado tão importante que alguns entendem que a fibromialgia devia passar a ser designada por alodínia crónica generalizada,¹ um termo que descreve uma importante realidade fisiopatológica.

A alodínia reflecte o fenómeno da sensibilização central, que na fibromialgia é generalizado ao longo de todo o eixo neuro-espinhal. Esta sensibilização é caracterizada por maior actividade espontânea dos neurónios do corno dorsal da medula, maior sensibilidade aos estímulos nociceptivos e não-nociceptivos e alargamento do campo de recepção a esses estímulos.² Deriva de um desequilíbrio entre os efeitos contraditórios, mas normalmente equilibrados, das vias ascendentes da pronocicepção e descendentes da anti-nocicepção, exaltando aqueles e inibindo estes, fenómeno subjacente à dor típica da fibromialgia.

As causas e mecanismos fisiopatológicos deste fenómeno de sensibilização central são múltiplos, sendo o mais habitual que vários destes processos estejam presentes simultaneamente em cada doente, contribuindo sinergicamente para o desenvolvimento não apenas da dor mas também dos restantes sintomas que constituem o complexo quadro clínico da fibromialgia.

Primeiro, a genética. Certas variantes genéticas, presentes de forma isolada ou concomitante em muitos destes doentes, modulam o risco de desenvolver quadros dolorosos crónicos, influenciam a percepção da dor (pela síntese de maiores ou menores quantidades de opióides endógenos ou óxido nítrico, por exemplo) ou alteram os mecanismos farmacodinâmicos que controlam aspectos qualitativos e quantitativos da acção das terapêuticas analgésicas.³ Certos genes envolvidos em doenças do humor e ansiedade, como o COMT (catecol-O-metil-transferase), implicado no metabolismo das catecolaminas, parecem importantes na génese de estados dolorosos crónicos como a fibromialgia. A presença simultânea deste e outros genes em patologias consideradas distintas como a depressão, quadros dolorosos neuropáticos e a fi-

bromialgia, levanta a hipótese de que pelo menos em algumas das suas manifestações clínicas, possam partilhar mecanismos fisiopatológicos.⁴ Outros genes parecem ser responsáveis pelo funcionamento das vias periféricas e centrais que controlam a resposta ao *stress* endógeno e exógeno.

Existe ampla evidência de que a resposta ao *stress*, que é da responsabilidade do Sistema Nervoso Autónomo (SNA), com extensa colaboração dos sistemas Endócrino e Imune, está profundamente perturbada na fibromialgia. São achados clássicos, um hiperfuncionamento do Sistema Nervoso Simpático, um hipofuncionamento do Parassimpático e perturbações do eixo hipotálamo-hipófiso-supra-renal (redução da síntese do cortisol e diminuição da intensidade da resposta em situações de *stress*). Para alguns autores o hiperfuncionamento simpático será suficiente para explicar a totalidade do quadro clínico da fibromialgia pelo que a consideram uma doença deste sistema, que se desenvolveria em doentes geneticamente susceptíveis, expostos a um *stress* agudo extremamente intenso ou crónico mantido durante muito tempo. Daí adviria a constatação de que muitos doentes com fibromialgia têm antecedentes de neoplasias, morte de familiares próximos, tentativas de violação ou vivem em ambientes particularmente adversos, por litígio com familiares ou alcoolismo do cônjuge.⁵

O SNA tem a responsabilidade de adaptar continuamente o seu funcionamento às múltiplas influências internas e externas, que se fazem sentir continuamente sobre o organismo, de forma a assegurar o equilíbrio dinâmico da homeostase. Mas um *stress* mantido de forma contínua durante muito tempo e a correspondente resposta simpática de adaptação (mediada pela epinefrina, norepinefrina e dopamina) que se faz sentir permanentemente nos órgãos-alvo e é denominada por sobrecarga alostática (de alostase que significa manter a homeostase através da mudança) têm custos para o organismo. Estão bem descritas as relações entre o *stress* e perturbações metabólicas como a obesidade visceral, a diabetes tipo II e a aterosclerose, por via da activação crónica do eixo hipotálamo-hipófiso-supra-renal⁶ e é sabido que a alostase compromete o funcionamento do sistema imune, gerando maior susceptibilidade a infecções, baixa da resposta imune às vacinas, reactivação de infecções herpéticas e atrasos na cicatrização.⁷ Na mesma linha, o hiperfuncionamento simpático favorece o desenvolvimento de disritmias ventricula-

res e de morte súbita, enquanto que formas de inibição dessa actividade (estimulação da medula espinhal dorsal, β -bloqueantes e eplerenona – inibidor da aldosterona) reduzem esses eventos e a mortalidade.⁸ A recente descrição de uma forma de miocardiopatia designada por balonamento apical transitório do ventrículo esquerdo (ou miocardiopatia de Takotsubo) apoia o conceito da profunda influência que o hiperfuncionamento simpático exerce sobre a função miocárdica. Trata-se da ocorrência simultânea de uma hipercontractilidade da base do ventrículo e relaxamento completo com balonamento da ponta (conferindo na angiografia uma silhueta ventricular semelhante à dos potes cerâmicos utilizados como armadilhas para polvos – denominados takotsubo em japonês) em doentes com níveis plasmáticos elevados de catecolaminas (epinefrina e metanefrina), após sofrerem um *stress* psicológico importante.⁹

Uma importante limitação que se levanta ao estudo e compreensão da fibromialgia é a impossibilidade de lhe aplicar o modelo explicativo linear-reducionista que tem caracterizado a medicina moderna. Este modelo caracteriza-se pela tentativa de explicação de cada complexo sindrómico (sinais e sintomas) pela existência de uma determinada lesão anatómica ou anomalia de um ou mais exames complementares. Esta forma de reflexão foi responsável pelos maiores avanços da medicina moderna na compreensão e explicação de grande parte das patologias, que habitualmente associamos a anomalias encontradas em exames laboratoriais, de imagem (Rx, Eco, TAC, RMN) ou outros (histologia, provas funcionais, etc.). Se bem que o estudo do SNC dos doentes com fibromialgia, por RMN e RMNf, demonstre alterações funcionais (concentrações de neuromediadores e fluxo sanguíneo regional) e anatómica (atrofia da substância cinzenta, interconectividade entre neurónios e diferentes regiões cerebrais),¹⁰ a compreensão desta e outras patologias complexas, requer novas ferramentas e uma outra forma de pensar.

A fibromialgia é uma entidade complexa, não apenas no sentido semântico (complicada) mas na sua dimensão físico-biológico-matemática. A teoria da complexidade defende que o mundo é constituído por muitos sistemas ditos complexos, porque permanentemente mutáveis e adaptando-se em contínuo às condições do meio, por uma série imbricada de mecanismos de *feed-back* negativo e positivo. O Sistema Nervoso Simpático, é um

exemplo de sistema adaptativo complexo que apresenta um comportamento aparentemente aleatório e imprevisível (caótico), que deriva das múltiplas inter-relações entre os seus diferentes componentes. Esse carácter imprevisível deriva da adaptação contínua à variação das suas condicionantes e do facto de que as interacções entre os seus componentes, desencadeiam novas propriedades (uma característica designada por emergência), impossíveis de prever mesmo estudando aprofundadamente cada um dos seus componentes de forma isolada, porque só se manifestam no decurso do funcionamento pleno do sistema. Dessa forma, nos sistemas complexos, o todo (o resultado final do seu funcionamento) é sempre maior o que a soma das acções dos seus componentes. Há mesmo quem defenda que a vida é uma propriedade emergente do funcionamento integrado dos diferentes sistemas que constituem o organismo humano.

A variabilidade contínua dos sistemas complexos significa capacidade de adaptação e resistência e é sinal de saúde do sistema. Ao contrário, a perda dessa variabilidade significa doença e, se não corrigida, pode levar à morte. É o caso da perda da variabilidade das características espaciotemporais da marcha, que se associa a um maior número de quedas ou da relação entre a perda da variabilidade da frequência cardíaca e a morte, nos doentes com insuficiência cardíaca.¹² Recente evidência demonstra que na fibromialgia existem perdas da variabilidade da actividade do sistema nervoso simpático e do sono.¹³

O estudo da fibromialgia confronta-nos com realidades dificilmente suspeitadas até recentemente. Desde logo, a evidente interligação entre o SNC e outros sistemas orgânicos, que tornou obsoleto o paradigma da separação mente/corpo, que durante mais de 200 anos atrapalhou o desenvolvimento da medicina. A descoberta do fenómeno da sensitização central, por seu lado, constituiu uma verdadeira surpresa por atestar que o SNC não é apenas um órgão de transmissão e elaboração da resposta à dor, mas pode ser ele próprio o local de origem e perpetuação da dor. A percepção de que em muitos quadros clínicos existe uma coresponsabilidade fisiopatológica de vários sistemas orgânicos, incluindo o SNA, que actuam em rede (*network*), aproximou-nos da realidade biológica e tem implicações profundas na forma de pensar a doença e o tratamento. A dificuldade de integrar estes novos conceitos no raciocínio clínico e

a rudimentaridade dos exames complementares disponíveis para qualificar e quantificar muitas destas vertentes clínicas, têm dificultado a conceptualização teórica da fibromialgia e sem conceptualização teórica não é possível desenvolver um programa de soluções terapêuticas apropriadas e eficazes.

Atendendo à fisiopatologia deste síndrome (complexidade, sensitização, multiorganicidade fisiopatológica) o futuro da sua terapêutica é imprevisível. Provavelmente vamos assistir ao desenvolvimento de fármacos tecnologicamente mais sofisticados, mas beneficiaremos também de uma melhor utilização dos actualmente existentes, adaptando as estratégias do seu uso à complexidade da afecção. A abordagem mecanicista tão habitual em outras patologias (utilização de um fármaco ou técnica terapêutica que corrige o defeito causador da doença), herdada das engenharias, é inapropriada na fibromialgia, que tal como outros quadros clínicos (insuficiência cardíaca, por ex.) se caracteriza mais pela complexidade da sua apresentação do que pela(s) causa(s) subjacente(s).¹⁴ Dado o carácter caótico de muitos dos processos biológicos desta afecção, é de esperar que até pequenas modificações nas suas condições de funcionamento tenham amplas repercussões na expressão clínica (o chamado efeito borboleta), nem sempre no sentido pretendido. Por outro lado, as múltiplas relações de *feed-back* (positivo e negativo) entre os diferentes sistemas orgânicos envolvidos, obriga a estudar a acção dos fármacos utilizados não apenas a juzante da via biológica em que actuam, mas também a montante dessa via e do sistema orgânico que a comporta, numa adaptação o mais rigorosa possível do tratamento à complexidade da fisiopatologia.

A Reumatologia não pode alhear-se destes doentes e limitar-se, como muitos defendem e praticam, a instituir ou confirmar o diagnóstico e reenviá-los à Medicina Familiar. São doentes difíceis e geralmente insatisfeitos com o resultado das intervenções terapêuticas mas muitos deles podem ser ensinados a colaborar no seu tratamento, responsabilizando-se pela gestão de uma carteira de medicamentos que o seu Reumatologista lhes deve disponibilizar, dando-lhes uma autonomia relativa que podem exercer de acordo com os aspectos qualitativos e quantitativos dos sintomas (em especial da dor) que vão referindo em cada momento. Esta capacidade de controle sobre a sua doença (empowerment) aumenta o seu grau de satisfa-

ção e reduz o fenómeno da catastrofização, uma das características psicológicas mais pejorativas nas doenças crónicas.¹⁵

É apresentada uma proposta de utilização dos fármacos aprovados para o tratamento desta afecção e de outros cujo uso está alicerçado na prática clínica, de acordo com o racional da sua utilização actual, e perspectivada a sua validade futura tendo em conta os novos conceitos fisiopatológicos, de uma forma subjectiva, discutível e a discutir, mas representativa de uma vontade de verdade.¹⁶

Referências

1. Russel LJ, Larson AA. *Rheum Dis Clin N Am* 2009; 35(2): 421-35
2. Staud R, Robinson ME, Price DD. *J Pain* 2007; 8(11): 893-901
3. Lotsch J, Geisslinger G, Tegeder I. *Pharmacol Ther* 2009; 124(2): 168-84
4. Maletic V, Raison CL. *Frontiers in Bioscience* 2009; 14: 5291-5338
5. Martinez-Lavin M, Hermosillo AG. *Semin Arthr Rheum* 2000; 29(4): 197-9
6. Kyrou I, Tsigos C. *Horm Metab Res* 2007; 39(6): 430-8
7. Glaser R, Kiecolt-Glaser JK. *Nature Reviews (Immunol)*. 2005; 5: 243-51
8. Vasegui M, Shivkumar K. *Prog Cardiovasc Dis* 2008; 50(6): 404-19
9. Wittstein IS, Thiemann DR et al. *N Engl J Med* 2005; 352(6): 539-48
10. Nebel MB, Gracely RH. *Rheum Dis Clin N Am* 2009; 35(2): 313-27
11. Martinez-Lavin M, Infante O et al. *Semin Arthr Rheum* 2008; 37(4): 260-4
12. Goldberger AL, Amaral LA et al. *PNAS* 2002; 99(Suppl 1): 2466-72
13. Chervin RD, Teodorescu M et al. *J Rheumatol* 2009; 36(9): 2009-16
14. Sobie EA, Guatimisim S et al. *J Clin Invest* 2003 ; 111 : 801-3
15. Garcia-Campayo J, Serrano-Blanco A et al. *Curr Control Trials* 2009; 10: 24
16. Antunes AL. Entrevista à SIC Notícias. 2009; Novembro



**COMUNICAÇÕES
LIVRES/POSTERS**

COMUNICAÇÕES LIVRES/POSTERS

CLP1 – SAPHO PEDIÁTRICO – CASO CLÍNICO TÍPICO EM IDADE ATÍPICA

Rui Figueiredo,¹ Sara Santos,² José António Melo Gomes¹

1. Instituto Português de Reumatologia
2. Hospital Amadora Sintra

Introdução: O Síndrome SAPHO é um reconhecido sub-grupo da Artrite Psoriásica. A ocorrência quer da Artrite Psoriásica e, especialmente do Síndrome SAPHO são raras em idade pediátrica. A importância deste diagnóstico prende-se com a dificuldade do seu reconhecimento e instituição da terapêutica correcta de forma atempada. Na forma pediátrica as manifestações cutâneas são em 50% dos casos posteriores ao aparecimento da artrite. É necessário um diagnóstico precoce para o tratamento atempado e a prevenção de lesões permanentes.

Descrição do caso: Doente sexo masculino 17 anos com início aos 9 anos de idade de quadro de início abrupto de artrite de ambas as tibio-társicas, joelhos e punhos, acompanhado de rigidez articular superior a 1 hora. Concomitantemente apresentava dor sacro-ílica esquerda. Cerca de 2 anos depois inicia quadro de acne de intensidade significativa com pustulose que motivou intervenção farmacológica de Dermatologia sem efeito significativo. Por manutenção do quadro articular foi realizada investigação complementar e revisto o diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil Poliarticular e iniciada terapêutica com Etanercept.

Obteve-se uma melhoria marcada do quadro articular com resolução da artrite, mantendo apenas quadro de artralguas inflamatórias episódicas sem rigidez matinal significativa (sempre inferior a 10 minutos). O quadro cutâneo não revelou melhorias significativas. Actualmente mantém acne e pustulose significativas envolvendo face, e regiões superiores do tórax e costas. Radiologicamente? não apresenta erosões em nenhuma articulação, apenas se reconhecendo hiperostose ligeira nas porções inferiores das tíbias.

Discussão: A Artrite Psoriásica e o Síndrome SAPHO apresenta uma dualidade entre envolvi-

mento cutâneo e articular. Muitos dos fármacos utilizados são apenas eficazes nalgumas manifestações. Em idade pediátrica encontram-se mais limitadas as alternativas terapêuticas (ex: Infliximab ainda não foi aprovado) que são eficazes em todas as manifestações. Este caso é paradigmático na dissociação entre parte cutânea e articular na resposta à terapêutica. Actualmente o principal impacto na qualidade de vida do doente é causado pelas manifestações cutâneas. O diagnóstico inicial foi dificultado pelo atraso da apresentação das manifestações cutâneas.

CLP2 – SÍNDROMA CINCA – UM CASO COM 37 ANOS DE EVOLUÇÃO

Rui Figueiredo,¹ Sara Santos,² José António Melo Gomes¹

1. Instituto Português de Reumatologia
2. Hospital Amadora Sintra;

Introdução: O Síndrome CINCA é a doença mais severa do grupo dos Síndromes Periódicos Associados à Criopirina (CAPS). Até ao advento do bloqueio monoclonal da IL-1 as alternativas terapêuticas apenas permitiam minorar os sintomas, não tendo efeito marcado na história natural da doença. O envolvimento clínico inclui febre recorrente, urticária, artrite e deformações ósseas, uveíte, surdez, meningite crónica e risco de amiloidose secundária. No entanto existe alguma variabilidade clínica o que permite encontrar casos de menor gravidade que precedem os avanços terapêuticos. Baseado no caso clínico realizamos uma revisão desta patologia com especial atenção ao conhecimento fisiopatológico.

Descrição do caso: Doente sexo masculino 37 anos com início no momento do nascimento de quadro compatível com Síndrome CINCA. Apresentava urticária e episódios recorrentes de febre, choro fácil e irritabilidade aumentada. Ao longo dos dois primeiros anos de vida iniciou quadro de deformação óssea acompanhada de sinais de sinovite envolvendo as grandes articulações. Apesar de todas as medidas terapêuticas instituídas o quadro mante-

ve-se inalterado com agravamento das deformidades ósseas. Apresentou um razoável desenvolvimento psicomotor ao longo da infância. Manteve urticária de forma ondulante mas sem períodos totalmente assintomáticos, surdez de percepção de início aos 11 anos e de agravamento progressivo. Aos 29 anos de idade realizou terapêutica com Etanercept com melhoria das queixas articulares, mas sem resposta a nível cutâneo ou do quadro de cefaleias que eram incapacitantes. Aos 32 anos foi instituída terapêutica com Anakinra com resolução total das queixas 2 horas após administração. Por tal motivo manteve a terapêutica até à actualidade, mantendo-se assintomático. Permanece surdez de condução bilateral e deformidade óssea.

Discussão: As mutação na Criopirina condicionam um espectro de manifestações. Por ordem de gravidade clínica crescente temos a Urticária Familiar a Frio, o Síndrome de Muckle-Wells e o Síndrome CINCA. A actual taxa de mortalidade da CINCA ronda os 20% sendo as principais causas de mortalidade as infecções e as complicações neurológicas. O elo fisiopatológico comum é a disfunção da Criopirina, que neste caso tem uma capacidade aumentada de formar o inflamossoma, que por sua vez activa a caspase 1 que vai transformar a pró-forma da IL1 na sua forma activa. Tal conhecimento permitiu estabelecer como alvo terapêutico o bloqueio da IL1. Apesar de nem todas as manifestações clínicas (surdez, deformação óssea) poderem ser totalmente ou parcialmente controladas pelo uso do bloqueio IL1, as melhorias permitem a estes doentes levar uma vida perto do normal e tem aumentado progressivamente a sobrevivência. Igualmente permanece como uma das poucas terapêuticas com resultados quase imediatos e completos nas doenças Reumatológicas.

CLP 3 – VELOCIDADE DE SEDIMENTAÇÃO ELEVADA NUMA ARTRITE REUMATOIDE COM BAIXA ACTIVIDADE

Rui Figueiredo,¹ Sara Santos,² Miguel Sousa,¹ Cláudia Miguel¹

1. Instituto Português de Reumatologia
2. Hospital Amadora Sintra

Introdução: A Velocidade de Sedimentação é um valor laboratorial inespecífico. Convém manter a lista de diagnósticos diferenciais sempre presente pois existindo uma dissociação entre a patologia de base e os valores laboratoriais pode indiciar outra patologia. Com base no caso clínico procedemos

à descrição da marcha diagnóstica para este caso.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 71 anos com Antecedentes Pessoais de Artrite Reumatóide desde os 24 anos de idade. A doença teve uma evolução erosiva e deformante. Observada em Março de 2007 após cerca de 2 anos sem terapêutica de fundo. Apresentava quadro de poliartrite activa (12 articulações tumefactas e 15 dolorosas), rigidez articular matinal de cerca de 45 minutos e critérios para Síndrome de Sjögren secundário. Apresentou boa resposta à terapêutica com Metotrexato (alcançou a dose oral de 20mg/semanal) alcançando em Dezembro remissão parcial (sem articulações tumefactas ou dolorosas), rigidez articular de 20 minutos. Manteve Velocidades de Sedimentação (VS) persistentemente elevadas pelo que foi feita avaliação diagnóstica concomitante com a instituição da terapêutica.

Na sequência da investigação foi diagnosticada a Março de 2008 Macroglobulinémia de Waldenström e síndrome de hiperviscosidade secundário. Foi instituída terapêutica com Ciclofosfamida oral (100mg em dias alternados) que manteve até Junho de 2009. Na última avaliação (22/09/2009) a doente mantinha VS elevada, rigidez articular de 10 minutos, 2 articulações tumefactas e 3 dolorosas.

Discussão e conclusão: A Velocidade de Sedimentação elevada apresenta um diagnóstico diferencial extenso. A elevação deste valor sem uma causa evidente leva a uma investigação seriada para a obtenção de um rápido diagnóstico. Tal tem como objectivo uma rápida instituição da terapêutica correcta e melhoria do prognóstico. Discute-se um algoritmo possível para um diagnóstico rápido baseado no caso clínico descrito. A Macroglobulinémia de Waldenström é uma doença com uma sobrevivência média de 36 meses no caso de envolvimento significativo de órgão-alvo e superior a 60 meses na sua ausência.

CLP 4 – FIBROMIALGIA

Halyna Rudysh,¹ João Rossa,² Pedro Sesões²

1. USF Quinda da Lomba
2. CS Quinta da Lomba

Introdução: A fibromialgia é muito frequente e encontra-se sobretudo em mulheres entre os 20 e os 50 anos de idade. É uma situação crónica que evolui por surtos de agravamento e períodos de acalmia. Esta patologia altera a qualidade da vida do indivíduo, da família e da comunidade, sendo in-

dispensável para o Médico de Família diagnosticá-la e escolher o tratamento mais adequado, evitando assim a referência para a consulta de reumatologia.

Objectivo: Abordar as particularidades da fibromialgia e do seu tratamento.

Metodologia: Pesquisa de artigos publicados nos últimos 10 anos na base de dados Medline/Pubmed, revisão bibliográfica

Resultados: Embora não se conheça a causa exacta da fibromialgia, estão hoje identificadas várias alterações que podem estar na sua génese. As alterações do sono são uma delas. Estes doentes apresentam, em geral, sono de má qualidade e não retemperador. Esta alteração do sono pode acontecer em consequência de causas físicas (p. ex., dor, várias doenças) e/ou psíquicas (p. ex., stress, «crise» pessoal). A tensão nervosa e a depressão também se associam e agravam a fibromialgia que, muitas vezes, pode ter início após um acidente (p. ex., viação, laboral, doméstico), uma perda importante (p. ex., morte de ente querido, desemprego), ou outro qualquer tipo de agressão. Desconhece-se se a dor nos músculos é a causa ou consequência da fibromialgia, estes estão mais susceptíveis a que pequenos traumatismos causem dores musculares de grande intensidade. Faz parte dos critérios de diagnóstico a presença de pontos dolorosos à pressão, de determinadas zonas com localização bem estabelecida. Não existem medicamentos ou outros tratamentos que façam desaparecer os sintomas para sempre. No entanto, as queixas podem ser controladas e, assim, o doente pode manter um tipo de vida completamente normal. O facto de se alcançar um diagnóstico correcto é já de enorme relevância terapêutica, reduzindo a ansiedade e a procura, por vezes angustiada, de um diagnóstico, perante a frequente indiferença de familiares, colegas, amigos e mesmo médicos. O apoio familiar, médico e psicológico são também elementos terapêuticos importantes. A terapêutica da fibromialgia inclui: 1) melhorar o sono; 2) recuperar a forma física; 3) diminuir a dor e a fadiga, e 4) controlar, as alterações psicológicas associadas. Referenciar os doentes à consulta especializada, se a terapêutica for ineficaz.

Conclusão: O Médico da Família deve estar sensível e atento às manifestações/queixas osteoarticulares/musculares e depressivas do doente. Um diagnóstico atempado e terapêutica adequada podem minimizar morbidade e melhorar qualidade de vida.

CLP 5 – INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS DE REPETIÇÃO QUANDO SUSPEITAR DE VASCULITE?

Raquel Roque,¹ Tiago Judas,¹ Maria José Santos,¹ Pedro Gonçalves,¹ J Canas da Silva¹

¹Hospital Garcia de Orta

Introdução: A Granulomatose de Wegener é uma patologia rara e potencialmente fatal, o seu diagnóstico e tratamento precoce são fundamentais.

Descrição do Caso: Doente do sexo masculino, 33 anos, raça branca. Dos antecedentes pessoais destaca-se ex-fumador até há cerca de 2 anos, consumo inalado de substâncias ilícitas até há 10 anos. Doente apresentava quadro clínico com 4 meses de evolução, de agravamento progressivo caracterizado por queixas recorrentes de rinorreia raída de sangue, tosse com expectoração posteriormente associada a hemoptises e toracalgia pleurítica interpretadas em múltiplas vindas ao Serviço de Urgência como Pneumonias da Comunidade de repetição medicado com antibioterapia sem alívio das queixas. Foi internado para esclarecimento da situação referida com manutenção do quadro descrito a que se associaram artralgias inflamatórias, lesões petequiais envolvendo os membros inferiores, parestesias a nível do antebraço e perna esquerda.

Resultados e Discussão: Dada hipótese diagnóstica de Vasculite Sistémica efectuaram-se vários exames complementares de diagnóstico compatíveis com o diagnóstico de Granulomatose de Wegener. O doente foi medicado com Ciclofosfamida e Prednisolona com melhoria clínica significativa.

Conclusão: Será importante salientar a importância da suspeição clínica para o correcto diagnóstico de Vasculites dado o amplo espectro das manifestações clínicas destas patologias atrasando o início do tratamento precoce.

CLP6 – HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL – SISTEMATIZAÇÃO CLÍNICA PARA O REUMATOLOGISTA

Gabriela Almeida

Hospital São João Porto

A hipoacusia neurosensorial é mais prevalente nos doentes com patologia reumatológica do que na população em geral, e está com maior probabilidade associada à presença de autoanticorpos, podendo ser sensível ao tratamento com corticosteróides.

É importante que o Reumatologista saiba abor-

dar esta co-morbilidade nos seus doentes e deve também estar preparado para avaliar doentes com hipoacusia neurossensorial progressiva considerada idiopática, em doentes sem antecedentes de doença reumatológica.

Actualmente considera-se que a lesão do ouvido interno mediada por mecanismos imunes contribui para o surgimento de três entidades clinicamente definidas: hipoacusia neurossensorial aguda (HNSA); hipoacusia neurossensorial bilateral rapidamente progressiva (HNSRP, também designada hipoacusia neurossensorial imunomediada quando há melhoria com tratamento com corticosteróides), e Doença de Menière.

A HNSA manifesta-se por diminuição súbita da acuidade auditiva (>30 dB em pelo menos três frequências audiológicas consecutivas), atingindo-se o défice máximo 72 horas após o início dos sintomas. Geralmente é acompanhada por *tinnitus*, vertigens e com pródromo de sensação de preenchimento auricular. Pode estar associada a doenças autoimunes sistémicas, Doença de Lyme ou sífilis, mas 75% dos casos são idiopáticos. A recuperação espontânea ocorre em cerca de metade dos doentes, mas como não é possível prever quais serão esses doentes, deve ser iniciada terapêutica com corticosteróides nas primeiras duas semanas após o início dos sintomas. A recorrência nestes casos é rara.

Na HNSRP a lesão é geralmente bilateral, e progride durante semanas ou meses. Além do *tinnitus*, vertigens e sensação de preenchimento auricular, é frequente a flutuação da acuidade auditiva. É mais prevalente em mulheres entre a 3ª e a 6ª décadas. Cerca de 15% a 30% dos doentes com HNSRP tem, ou irão ter uma doença autoimune sistémica, como por exemplo, Poliarterite Nodosa, Granulomatose de Wegener, Lúpus Eritematoso Sistémico, Artrite Reumatóide, Esclerose Múltipla, Colite Ulcerosa ou Síndrome de Cogan. A recuperação espontânea é rara e o tratamento com altas doses de corticosteróides durante mais de seis meses pode resultar em melhoria considerável. A ocorrência de *tinnitus* é um factor preditivo sensível de recorrência eminente. Pode ser necessário usar ciclofosfamida quando há outro órgão *major* envolvido como na Granulomatose de Wegener.

A Doença de Menière caracteriza-se por episódios recorrentes de vertigem, geralmente com pródromo de sensação de preenchimento auricular, *tinnitus* e hipoacusia. Os doentes que não respondem à terapêutica convencional de dieta hipossa-

lina e diuréticos tiazídicos, e que manifestam hipoacusia bilateral rapidamente progressiva, podem beneficiar de terapêutica agressiva semelhante à usada na HNSRP.

CLP 7 – DOENÇA ÓSSEA DE PAGET: QUEM E QUANDO TRATAR

Gabriela Almeida

Hospital São João Porto

A doença Óssea de Paget é uma doença óssea metabólica focal, que pode ser monostótica ou polioestótica (pelo menos cinco lesões). Caracteriza-se por uma evolução prolongada no tempo, iniciando-se por uma fase osteolítica,; após vários anos, as lesões osteolíticas transformam-se em lesões escleróticas, que podem ser detectadas no exame físico.

O diagnóstico é muitas vezes accidental, pela detecção de um valor elevado de fosfatase alcalina (na ausência de anomalias hepáticas ou colestáticas) ou há evidência de lesão óssea típica, em radiografia esquelética obtida para outro propósito.

A maioria dos doentes não tem sintomas, mas um sub-grupo de doentes, geralmente com doença polioestótica, pode apresentar morbidade considerável associada às complicações da doença: dor e deformidade ósseas, fracturas (geralmente do fémur), artrite (geralmente da pelve ou joelhos), hipoacusia (por envolvimento craneano), neoplasias (osteossarcomas e tumores de células gigantes), envolvimento cardiovascular (manifestado por aumento do débito cardíaco relacionado com a abundante vascularização das lesões pagéticas e calcificação de artérias de grande calibre), alterações metabólicas (hipercalcemia quando há imobilização, hipercalcúria, hiperuricemia).

O tratamento é efectuado com bifosfonatos; o mais potente é o zoledronato, sendo o que apresenta maior afinidade para a hidroxiapatite óssea.

A cirurgia poderá estar indicada nos casos em que há deformidade craniana exuberante, anomalias a nível da coluna, artropatia adjacente a regiões pagéticas, ou deformidade dos membros inferiores ou fracturas.

Os doentes que tem indicação para tratamento com bifosfonatos são todos os que apresentam sinais ou sintomas, e todos os que, estando assintomáticos, tem uma esperança média de vida superior ao tempo de desenvolvimento de complicações, no intuito de as prevenir.

Os doentes com hipovitaminose D não devem ser tratados com bifosfonatos, até que esta seja corrigida, devido à elevada probabilidade de desenvolvimento de hipocalcemia grave.

Todos os doentes devem realizar uma cintigrafia esquelética antes de iniciar o tratamento, para avaliar a extensão da doença, e radiografias das lesões detectadas, além da determinação da fosfatase alcalina e da vitamina D.

A monitorização da resposta ao tratamento inclui o doseamento da fosfatase alcalina trimestralmente (cuja actividade reflecte a taxa de formação óssea e se relaciona directamente com a extensão do envolvimento esquelético), e radiografias das lesões osteolíticas após um ano. A periodicidade da monitorização subsequente depende do bifosfonato usado.

O tratamento deve ser repetido se houver recorrência de dor óssea ou se os valores de fosfatase alcalina aumentarem mais de 25% relativamente ao valor mínimo atingido.

CLP 8 – ARTROPATIA E HEMOCROMATOSE – CASO CLÍNICO

Ricardo Gonçalves,¹ Glória Magalhães,¹
Rui Guerreiro,¹ Nuno Coutinho,¹ Susana Norte,¹
Jorge Santos¹

1. Hospital Reynaldo dos Santos

Introdução: A artropatia é uma manifestação clínica da hemocromatose (HC) em 25-50% dos casos. É uma patologia pouco frequente, escassas vezes descrita na literatura ortopédica.

Material: Mulher, 52 anos, com HC diagnosticada há 17 anos, inicia quadro de dor no tornozelo esquerdo e gonalgia à direita (há 5 e 1 anos, respectivamente), associadas a rigidez articular, incapacidade funcional, crepitação e restrição da mobilidade. Nega traumatismos relevantes. Incipiente resposta ao tratamento médico. Progressivo agravamento do estado geral e limitação das actividades diárias.

Métodos: Exame clínico, estudos analíticos (ênfase na cinética do ferro) e imagiológicos.

Resultados: Analiticamente: Hg-12,1g/dl; Fe-216µg/dl; transferrina-221mg/dl; ferritina-28ng/ml; estudo da coagulação, função hepática e tiroideia normais; factor reumatóide e ana's negativos; ácido úrico-3.3mg/dl. Imagiologicamente: joelho direito-redução interlinha articular, esclerose subcondral, osteofitose; pé esquerdo-diminui-

ção da interlinha tibiotársica, esclerose articular e formações geólicas subcorticais, lesões degenerativas astrágalo-escafoideias e das articulações metatarsófalângicas.

Discussão: A HC é uma doença caracterizada por excessiva absorção intestinal de ferro, com sobrecarga, e lesão, de células parenquimatosas hepáticas, órgãos endócrinos e coração. Pesquisas de causas genéticas conduziram à sua associação com mutações do gene HFE (C282Y,H63D,S65C) e do receptor da transferrina 2 (TfR2). Analiticamente caracteriza-se por ferro sérico elevado, ferritina superior a 300µg/l, saturação da transferrina acima dos 50%, TIBC normal e níveis séricos de hepcidina diminuídos. As manifestações articulares iniciam geralmente nas mãos (2ª e 3ª metacarpofalângicas), com poliartrite progressiva, atingindo punhos, ancas, joelhos e tornozelos. Episódios agudos de sinovite, associados a depósitos de pirofosfato de cálcio (condrocalcinose ou pseudogota), podem ser confundidos com gota, artrite reumatóide ou osteoartrite primária. Radiologicamente verifica-se lesão osteocondral, osteopenia, osteofitose e calcificação sinovial. A artropatia é progressiva e o diagnóstico definitivo é confirmado por biopsia sinovial com depósito de ferro.

Conclusão: A terapêutica consiste em flebotomias periódicas, que não influenciam as queixas articulares, ou a progressão da artropatia. Medidas gerais e fisioterapêuticas, aine's, corticosteroides intra-articulares (ou sistémicos), glucosamina e sulfato de condroitina, estão indicados numa fase inicial, sendo o tratamento definitivo cirúrgico (osteotomias ou artroplastias).

CLP 9 – AVALIAÇÃO DE UM ANO DE UMA CONSULTA DE REUMATOLOGIA NO IPR – RISCOS PARA A QUALIDADE E NECESSIDADES FUTURAS

Paulo Clemente Coelho

Instituto Português de Reumatologia

Partindo do número de consultas realizadas durante 1 ano da sua actividade pessoal no Instituto Português de Reumatologia (IPR), o autor pretende fazer uma medição em relação aos desafios e riscos que se colocam à necessidade de manter critérios de qualidade suficientes para a assistência especializada dos doentes reumáticos nesta instituição.

Durante o período de Novembro de 2008 a Outubro de 2009 foi realizado um registo em folha Ex-

cel dos doentes avaliados e das patologias que motivavam a consulta de Reumatologia. Neste período foram realizadas 908 consultas, a 475 doentes. O diagnóstico principal do motivo de consulta distribuiu-se da seguinte forma:

1. **Doenças Difusas do Tecido Conjuntivo (DDTC) – 173 doentes(36,4%)**
2. Artrite Reumatóide – 88
3. Esclerose Sistémica – 45
4. Conectivite Indiferenciada – 14
5. Síndrome de Sjogren – 11
6. Lúpus Eritematoso Sistémico – 10
7. Polimialgia reumática - 5
8. **Reumatismos abarticulares – 106 doentes (22,3%)**
9. Fibromialgia /SMED – 44
10. Tendinite / bursite – 34
11. Lombalgia - 28
12. **Osteoartrose (OA) – 105 doentes (22,1%)**
13. **Doenças Ósseas-metabólicas – 30 doentes (6,3%)**
14. Osteoporose - 27
15. Doença Óssea de Paget - 3
16. **Espondilartropatias – 26 doentes (5,5%)**
17. Espondilite Anquilosante - 13
18. Artrite Psoriásica - 13
19. **Gota Úrica – 9 doentes (1,9%)**
20. **Fenómeno de Raynaud – 6 doentes (1,3%)**
21. **Alteração analítica – 4 doentes (0,8%)**
22. **Outros – 16 doentes (3,4%)**

A análise destes dados deve ter em conta que apenas foi considerado um diagnóstico por doente, sendo que a maioria dos doentes observados são portadores de mais do que um problema reumatológico activo (exemplos: reumatismos abarticulares associados a outras patologias, osteoporose associada a corticoterapia usada nas DDTC, etc). Deve também ser tomado em conta que o número anual de consultas efectuado é um pouco menor do que a média de um reumatologista a tempo inteiro do IPR, atendendo a que o autor exerce também actividade a nível da execução de técnicas de capilaroscopia. Além disso, deve constatar-se que esta contagem anual de doentes seguidos na consulta, não expressa a total população activa de doentes do reumatologista, pois uma parte não desprezível desta estará em espera para marcação de consulta.

Fazendo uma estimativa conservadora das necessidades de consultas anuais, atendendo a um seguimento regular e a potenciais complicações, para a população de doentes observada, aplicá-

mos os números de: 4 consultas para as DDTC e Espondilartropatias e de 2 consultas para as restantes patologias. O número teórico de consultas anuais necessárias para o padrão aplicado foi de 1.348. Este número, em relação às 908 consultas realizadas, revela um deficit de cerca de 48% no número de consultas «ideais» para o seguimento destes doentes.

A magnitude deste deficit agrava-se ao ser tido em conta que, conforme salientado anteriormente, existe uma população «fantasma» constante do ficheiro de doentes do reumatologista e que não está expressa nesta estatística anual, e que anualmente existe uma pressão significativa de novos doentes avaliados em consulta e que, ao entrarem no sistema, aumentam a carga de necessidade de consulta de reumatologia do respectivo ficheiro.

Nos últimos anos foi feito um esforço significativo por parte da direcção do IPR e pelos reumatologistas que compõem o seu corpo clínico para aumentar o número de consultas disponíveis, tentando não prejudicar o nível de qualidade necessário à assistência que prestam. No entanto, não é humanamente possível responder totalmente às necessidades expostas nesta avaliação apenas com esse tipo de iniciativa, pelo que terão que ser tomadas medidas estruturais para poder minorar o problema da disponibilidade de consulta de reumatologia adequada às necessidades e prioridades dos doentes já seguidos ou a seguir no IPR.

Neste contexto, sugerimos para o campo da reflexão deste problema as seguintes linhas de actuação:

- a) Optimização do uso da folha de referência de 1ª Consultas, de forma a que uma melhor informação permita um escalonamento de prioridade mais assertivo em relação ao doente referenciado.
- b) Optimização da informação da consulta de Reumatologia para o médico assistente generalista, de forma a permitir um maior número de «altas» da consulta de Reumatologia para patologias não prioritárias que se encontrem estáveis e um alargamento do espaço entre consultas para os restantes doentes.
- c) Alargamento da consulta de triagem reumatológica, evitando que uma parte dos doentes referenciados ao IPR sejam enquadrados nas consultas regulares de Reumatologia, quando para tal não tenham indicação.
- d) Criação de uma consulta de Reumatologia de «recurso» onde os doentes da instituição, que

não tenham consulta planeada em tempo útil, se possam dirigir em caso de necessidade. Esta consulta seria programada em regime extra-horário, com médicos do quadro do IPR que se dispõem à sua realização.

- e) Optimização da marcação de consultas a longo prazo, de acordo com a indicação do médico reumatologista assistente.
- f) Reserva da maioria das vagas de consulta, até um mês antes da respectiva data, para marcação com indicação do reumatologista, de acordo com a prioridade clínica dos seus doentes. Após esse período as vagas seriam preenchidas por doentes da lista de espera do mesmo reumatologista.
- g) Aumento do quadro de reumatologistas do IPR.
- h) Redistribuição do número de primeiras e segundas consultas no programa de observação de cada reumatologista.
- i) Educação dos doentes seguidos na instituição para o frequente carácter consultivo e orientador da sua consulta, e para a necessidade do seu seguimento requerer a colaboração do seu médico generalista assistente.

CLP 10 – ESPONDILITE ANQUILOSANTE: MANIFESTAÇÕES EXTRA-ARTICULARES, COMPLICAÇÕES OU COINCIDÊNCIAS?

Eduardo Santos Ribeiro,¹ Andreia Bernardino,¹ Carla Matias,¹ Inês Cunha,¹ Sónia Coelho,¹ Carlos Seabra¹

1. Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro

Introdução: A Espondilite Anquilosante (EA) é uma patologia reumática inflamatória crónica, com envolvimento predominante do esqueleto axial e articulações sacroilíacas. O atingimento das articulações periféricas ocorre em cerca de 40% dos casos, podendo ainda surgir manifestações sistémicas tais como uveíte, aortite, inflamação gastrointestinal, etc.

Descrição do Caso: Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino, com 61 anos de idade, com diagnóstico de EA feito aos 60 anos. Referia desde os 50 anos raquialgias inflamatórias tendo sido medicado com AINE's com resposta parcial e que, cerca de 18 meses antes do diagnóstico, inicia quadro de poliartralgias de ritmo inflamatório das mãos, punhos, joelhos, tornozelos e pés. À data do diagnóstico apresentava artrite de várias articulações das mãos, incluindo interfalân-

gicas distais (IFD) pelo que iniciou tratamento com prednisolona e metotrexato sem melhoria clínica significativa.

Um ano após o início da terapêutica imunossupressora desenvolve quadro de vasculite leucocitoclástica exuberante das mãos e membros inferiores tendo sido medicado com betametasona tópica, prednisolona 0,5mg/kg/dia, colchicina 1mg/dia e ácido acetilsalicílico, com melhoria clínica parcial havendo necessidade de associar sulfona 200mg/dia, 4 meses depois.

Por persistência de artrite das pequenas articulações das mãos, incluindo IFD, foi realizada artrocentese das mesmas, cujo estudo por microscopia de luz polarizada revelou cristais de pirofosfato de cálcio e hidroxiapatite.

Três meses após aparecimento da vasculite foi diagnosticada gamapatia monoclonal (MG) que após estudo complementar por medulograma revelou tratar-se de MG de significado indeterminado (MGUS).

Um mês depois surgiu na perna direita uma lesão macular, pigmentada, de contornos irregulares, que foi excisada e cujo exame histopatológico evidenciou carcinoma espinho-celular.

Discussão e Conclusões: Embora esteja descrita associação entre EA e MG esta acontece apenas em cerca de 1% dos doentes com EA, sendo ainda mais rara a associação entre EA e MGUS.

O aparecimento de vasculite em doentes com EA é pouco frequente, coexistindo na maioria dos casos nefropatia por IgA. Nestes casos a biopsia cutânea, quando observada por imunofluorescência revela depósitos de IgA.

Na literatura médica estão descritos apenas relatos pontuais de condrocalcinose em doentes com EA.

A manifestação de vasculite em doentes com MGUS está descrita na literatura, devendo-se em parte ao estado de hiperviscosidade provocado por esta patologia.

Os autores salientam a importância deste caso pela sua complexidade e vasto número de patologias concomitantes/associadas à EA neste doente.

CLP 11 – SÍNDROME PARANEOPLÁSICO COM APRESENTAÇÃO ESCLERO-DERMIFORME

Sara Serra,¹ João Rovisco,¹ Pedro Abreu,¹ Margarida Coutinho,¹ José A Pereira da Silva¹

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC);

Introdução: As síndromes paraneoplásicas são entidades clínicas raras que são espoletadas por uma resposta imunitária alterada secundária a uma neoplasia. São síndromes clínicas sistémicas, não metastáticas, que acompanham a neoplasia. Certas síndromes paraneoplásicas têm manifestações que mimetizam doenças reumáticas, como a artrite reumatóide, polimiosite, esclerose sistémica, entre outras. Por vezes, pode ser difícil distinguir entre as duas situações, sobretudo quando o quadro clínico surge antes do diagnóstico da neoplasia. As manifestações paraneoplásicas escleroderma-*like* são raras e clinicamente indistinguíveis da Esclerose sistémica. Factores como a relação temporal entre o aparecimento da doença reumática e o tumor, idade de início das manifestações reumáticas ou a sua evolução após o tratamento do tumor são determinantes para a distinção entre verdadeira doença reumática ou a síndrome paraneoplásica.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 60 anos, internada em Setembro de 2009 para esclarecimento de quadro de esclerose cutânea progressiva da face e extremidades, com 4 meses de evolução. Associadamente, tinha artralgiias das mãos, anorexia e emagrecimento de 6 Kg, com o mesmo tempo de evolução. Desde há 3 meses com diarreia e rectorragias. História de fenómeno de Raynaud desde há 1 ano. Nos antecedentes patológicos a destacar excisão de pólipos rectal maligno em 2001. O exame objectivo evidenciou um espessamento cutâneo da face e membros, com distribuição distal aos cotovelos e joelhos. Oligoartrite bilateral de algumas interfalângicas proximais das mãos e lesões cicatriciais nas polpas digitais. Analiticamente apresentava anemia (Hb-10 g/dl) microcítica, trombocitose (plaquetas de 519 G/L) e VS de 89 mm/h. O estudo da autoimunidade foi positivo para Anti-Scl 70 e os marcadores tumorais revelaram elevação do CEA e CA19.9. Radiografias articulares e do tórax sem alterações. Estudo endoscópico do intestino identificou uma massa vegetante, ulcerada compatível com neoplasia rectal; foi efectuada biópsia cujo exame histopatológico revelou tratar-se de um adenocarcinoma de baixo grau. Realizada RMN pélvica que mostrou massa com uma extensão de 6 cm, com invasão da fáscia endopélvica a nível posterior, do sacro e cóccix. Evidenciou também uma imagem nodular no íliaco sugestiva de metástase.

Discussão: Os autores apresentam este caso pela possibilidade de se poder tratar de uma síndrome

paraneoplásica com apresentação esclerodermiforme, situação rara. A idade tardia do início das queixas associada a uma relação temporal muito estreita entre o aparecimento das manifestações cutâneas e o diagnóstico da neoplasia, reforçam esta hipótese.

CLP 12 – ARTRITE REUMATÓIDE E LINFOMA OU SÍNDROME PARANEOPLÁSICO?

Sara Serra,¹ Pedro Abreu,¹ João Rovisco,¹ José A Pereira da Silva¹

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC);

Introdução: A Artrite reumatóide está associada a um risco aumentado de ocorrência de linfomas, em média de duas vezes em relação à população em geral. Foram estudadas as várias hipóteses que justificariam esta associação e, como principal factor causal, destaca-se a maior actividade da doença articular, em que a estimulação imune persistente das células B, conduziria à sua transformação maligna. Outras hipóteses, como o tratamento com DMARDs ou a infecção pelo vírus Epstein-Barr, não mostraram consistência.

Certas síndromes paraneoplásicas têm manifestações que mimetizam doenças reumáticas, como a artrite reumatóide. Por vezes pode ser difícil distinguir entre as duas situações, sobretudo quando o quadro clínico surge antes do diagnóstico da neoplasia.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 75 anos, internada em Agosto de 2009, para esclarecimento de quadro de poliartrite crónica das pequenas articulações das mãos, com 8 meses de evolução. Associadamente poliadenomegalias cervicais, axilares e inguinais, astenia e emagrecimento, com o mesmo tempo de evolução. Antecedentes de melanoma in situ excisado em 2006. Medicada com corticóide e metotrexato com melhoria parcial da artrite.

Analiticamente apresentava uma VS de 112 mm/h, PCR de 5,78 mg/dl e LDH de 503 U/L, sem outras alterações. A pesquisa de factor reumatóide e de Anti-CCP foi positiva e o proteinograma electroforético revelou uma gamapatia monoclonal IgM KAPA. As radiografias articulares evidenciaram várias erosões nas pequenas articulações das mãos e pés. A TAC toraco-abdomino-pélvica revelou múltiplas adenopatias, intra-torácicas e intra-abdominais, as maiores com 3 cm de diâmetro.

Efectuada biópsia de um dos gânglios cervicais, cujo estudo anatomo-patológico revelou tratar-se de um linfoma B de alto grau. Foi posteriormente orientada para a consulta de Hematologia para início de quimioterapia.

Discussão: Os autores apresentam este caso pela raridade da forma de apresentação- simultaneidade de poliartrite e poliadenomegalias. A existência de critérios de classificação permitiriam o diagnóstico de Artrite reumatóide, e o linfoma seria uma patologia concomitante. No entanto, não poderia também, ser uma forma de poliartrite para-neoplásica?

CLP 13 – ABCESSOS PULMONARES E INTRA-ABDOMINAIS POR RHODOCOCCUS SPP EM DOENTE COM DERMATOMIOSITE

Inês Cunha,¹ Ana Ribeiro,² Jorge Velez,³ Filipe Ribeiro,⁴ Sandra Cordeiro,⁴ Mónica Bogas,² Lucia Costa,² Zoya Klitna,⁵ Filomena Freitas,⁶ Célia Oliveira,³ Rui Moreira⁴

1. Serviço de Reumatologia do Hospital Infante D. Pedro, EPE
2. Serviço de Reumatologia do Hospital de Ponte de Lima ULSAM
3. Serviço de Infecçiology do Hospital Infante D. Pedro, EPE
4. Serviço de Cirurgia do Hospital Infante D. Pedro, EPE
5. Serviço de Medicina Interna do Hospital Infante D. Pedro, EPE ; 6Serviço de Infecçiology Hospital Infante D. Pedro, EPE

Introdução: As complicações infecciosas são frequentes em doentes com patologias reumáticas inflamatórias. O aparecimento de formações abcedadas é uma situação rara e, por vezes, de difícil identificação. A associação entre miosites e neoplasias é conhecida, com uma frequência variável (6-60%).

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 55 anos com diagnóstico de Dermatomiosite realizado 1 ano antes, sob corticoterapia desde então, observada por dor e sinais inflamatórios francos da parede abdominal.

Três meses antes a doente tinha estado internada por quadro de pneumopatia com derrame pleural e nódulos pulmonares, biopsados e histologicamente interpretados como decorrentes de embolização séptica, embora não tendo sido possível identificação de agente infeccioso. Foi medicada

(levofloxacina IV) havendo melhoria clínica e analítica.

Clinicamente, encontrava-se novamente muito debilitada, com um valor de 3 na escala funcional das miosites e com edema difuso do membro inferior esquerdo. Os exames imagiológicos revelaram extensas colecções abcedadas antero e retro-peritoneais, cuja cultura revelou bacilos gram positivos interpretados como contaminantes. Na radiografia torácica continuavam a ser evidentes múltiplas formações nodulares pulmonares. Analiticamente apresentava parâmetros inflamatórios elevados, leucocitose com neutrofilia, anemia normocrómica normocítica, FA e GGT muito elevadas e CK normal. Foi internada e iniciou antibio-terapia empírica e redução progressiva da dose de corticosteróides. A TAC toraco-abdomino-pélvica realizada no internamento evidenciou para além dos abscessos conhecidos, trombose parcial das duas artérias pulmonares e trombose venosa da íliaca esquerda. Iniciou terapêutica para trombose venosa profunda e por suspeição diagnóstica de infecção por *Nocardia vs Rhodococcus* iniciou tratamento com cotrimoxazol iv. Como mantinha abscesso intra-abdominal de grandes dimensões foi novamente drenado pus cuja cultura permitiu confirmar diagnóstico de infecção por *Rhodococcus spp*, tendo sido adicionada ciprofloxacina ao esquema antibiótico. A 2ª TAC de controlo realizada 50 dias após internamento demonstrava resolução completa do quadro de multi-abscessos e das tromboses. Nessa altura, já em melhoria, a doente iniciou quadro grave de anemia sideropénica cujo estudo etiológico permitiu diagnosticar neoplasia gástrica. Foi realizada gastrectomia subtotal radical em y de Roux e orientada para a consulta de Oncologia.

Discussão: Os autores apresentam este caso pela invulgaridade, complexidade diagnóstica e terapêutica.

CLP 14 – INFLUÊNCIA DA IDADE E DURAÇÃO DE DOENÇA NA RESPOSTA ÀS TERAPÊUTICAS ANTI-FACTOR DE NECROSE TUMORAL EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE

Cláudia Miguel,¹ Miguel Sousa,¹ Inês Gonçalves,¹ Rui Figueiredo,¹ Cândida Silva,² Helena Santos,² Luís Miranda,² Maria Jesús Mediavilla,³ Ana Assunção Teixeira^{2,4}

1. Interno de Reumatologia

2. Reumatologista, Consulta de Biotecnológicos – Hospital de Dia
3. Reumatologista
4. Directora Clínica
1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: A terapêutica biotecnológica anti-factor de necrose tumoral alfa (anti-TNF α) revolucionou a abordagem dos doentes com Artrite Reumatóide (AR), melhorando o seu prognóstico. Nos ensaios clínicos, os grupos etários mais avançados ou com comorbilidades nem sempre são representados de forma significativa. Estudos observacionais sugerem que a idade avançada tem influência negativa na resposta à terapêutica biotecnológica da AR.

Objectivos: Avaliar a influência da idade, duração de doença, demora no diagnóstico e demora até introdução de terapêutica biotecnológica na evolução da Artrite Reumatóide tratada com fármacos anti-TNF α .

Métodos: Dos doentes com Artrite Reumatóide seguidos no Instituto Português de Reumatologia, seleccionaram-se os que se encontram actualmente sob terapêutica anti-TNF α , há pelo menos 6 meses, registados na base de dados da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (BioReportAR).

Recolheram-se os dados relativos ao sexo, idade, idade de início dos sintomas, idade no diagnóstico, duração da doença, fármacos anti-reumáticos modificadores de doença (DMARDs) clássicos ou biotecnológicos utilizados previamente, e duração da doença na altura da introdução dos mesmos. Recolheram-se também os dados relativos à actividade e gravidade da AR: *Score* de Actividade da Doença com 4 variáveis (DAS28), velocidade de sedimentação (VS), proteína C-reativa (PCR), Escala Visual Analógica de actividade da doença aplicada ao doente (EVA_{doente}) e ao médico (EVA_{médico}) questionário de avaliação de qualidade de vida (*Health Assessment Questionnaire*– HAQ),; estes dados foram registados aos 0, 3, 6 e 12 meses de terapêutica anti-TNF α , M3, M6 e M12, respectivamente).

Resultados: Foram incluídos 44 doentes, dos quais 40 (91%) do sexo feminino. A idade média foi de 54,1 \pm 9,9 anos. À data de início de terapêutica anti-TNF α , a duração média de doença foi de 10,5 anos, a demora média até ao diagnóstico de 1,93 anos, o número de DMARDs prévios de 1,9, o DAS28 médio foi de 5,83 \pm 1,2, a VS média foi de 36,7 mm/h, a PCR média foi de 2,12 mg/dl, a contagem de articulações dolorosas média foi de 14,3, a contagem

de articulações tumefactas média foi de 7,6, a EVA_{doente} média de 59,0 mm, a EVA_{médico} média de 58,2 mm e a média dos resultados do HAQ foi de 1,35. Cinco destes doentes já haviam realizado terapêuticas biotecnológicas previamente.

Dividiu-se o total de doentes em 2 grupos etários, de acordo com a mediana de idades (Grupo 1: <53 anos e Grupo 2: \geq 53 anos). As características basais de cada grupo etário encontram-se discriminadas na Tabela 1. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos no momento inicial.

Aos 12 meses, o DAS28 médio foi de 3,4 \pm 1,4, a VS média foi de 21,3 mm/h, a PCR média foi de 0,56 mg/dl, a contagem de articulações dolorosas média foi de 5,3, a contagem de articulações tumefactas média foi de 1,8, a EVA_{doente} média de 28,8 mm, a EVA_{médico} média de 28,3 mm e a média dos resultados do HAQ foi de 1,09. Cerca de 45% dos doentes encontrava-se em remissão ou com baixa actividade de doença aos 12 meses de terapêutica. Os resultados discriminados por grupo etário aos 0, 3, 6 e 12 meses encontram-se na tabela 2.

Da análise estatística dos dados salienta-se que a **idade** influenciou significativamente o valor médio da EVA_{médico} aos 6 meses ($p=0,015$). Apesar de não se obter significância estatística da influência da idade noutros parâmetros, os dados revelaram tendência para menor DAS28 aos 3 meses nos doentes do Grupo 1 ($p=0,086$). A idade média dos doentes que atingiram remissão (DAS28<2,6) aos 3 meses foi inferior à dos que não atingiram (49,8 vs. 54,1 anos), mas essa diferença não foi significativa. A mesma tendência manteve-se aos 6 e 12 meses. Quanto à evolução do HAQ, parece ter melhorado mais nos indivíduos mais jovens, essa diferença não é significativa.

A **duração da doença** correlacionou-se significativamente com o HAQ aos 0, 3 e 6 meses (mais elevado quanto maior a duração da doença, $p\leq 0,005$). No grupo que atingiu DAS28 inferior a 3,2 (baixa actividade de doença) aos 3 meses de terapêutica, a duração da doença foi significativamente menor que no grupo que manteve actividade de doença moderada a elevada (6,7 vs. 12,4 anos; $p=0,025$).

Quanto à influência da **demora média até diagnóstico** na melhoria do DAS28, verificou-se que os doentes que atingiram remissão aos 12 meses tinham tido uma demora média no diagnóstico significativamente menor que os que não alcançaram esse objectivo (0,7 anos vs. 3,9 anos; $p=0,045$).

A **demora média até início de anti-TNF α** , teve re-

lação estatisticamente significativa com o HAQ aos 0,3 e 6 meses (mais elevado quanto maior a demora, $p \leq 0,002$) e com a variação do HAQ (Δ HAQ 0-12M), verificando-se uma melhoria de 0,1 pontos no grupo com demora inferior a 5 anos e um agravamento em 0,5 pontos nos restantes doentes ($p=0,034$).

Conclusões e Discussão: Demonstrámos a influência da idade na EVA de actividade da doença aplicada ao médico aos 6 meses. Nos restantes parâmetros testados (DAS28, VS, PCR, Contagens Articulares, EVA do doente e HAQ) apesar de parecer haver uma melhoria mais marcada nos mais jovens, não conseguimos demonstrar influência estatisticamente significativa da idade. Isto deve-se provavelmente ao baixo número de doentes em cada um dos grupos. Os dados foram estatisticamente significativos para comprovar a importân-

cia do diagnóstico precoce e início atempado de terapêutica, uma vez que os doentes com melhores resultados foram os que tiveram menor demora no diagnóstico, menor duração de doença e menor demora no início de biológico.

Outros estudos baseados em *coortes* com maior número de doentes e eventualmente com maior duração de observação são necessários para clarificar as tendências apontadas neste trabalho.

CLP 15 – AS PROTEÍNAS DE FASE AGUDA – MECANISMO DE DEFESA EM RESPOSTA À AGRESSÃO E DESVANTAGENS PARA O ORGANISMO

Cláudia Miguel, Maria Jesús Mediavilla
Instituto Português de Reumatologia

O fenómeno da resposta inflamatória já é conhecido desde há muito, tendo sido descrito por Cornelius Celsus, por volta do ano 30 D.C., como o conjunto dos quatro sinais que ainda hoje pesquisamos: «Rubor et tumor, cum calor et dolor». Com o advento da microscopia e a observação dos tecidos a nível celular, passou a falar-se de «infiltração de células inflamatórias» e do quinto sinal cardinal da inflamação: a

Tabela I. Características basais dos doentes.

Parâmetro analisado	Total	<53anos	>53anos
N	44	23	21
Idade (anos)	54,1 ($\pm 9,9$)	46,2 ($\pm 5,4$)	62,9 ($\pm 5,2$)
Duração de doença (anos)	10,5 ($\pm 7,6$)	8,95 ($\pm 6,6$)	12,3 ($\pm 8,4$)
Demora até diagnóstico (anos)	1,93 ($\pm 3,3$)	1,80 ($\pm 4,1$)	2,08 ($\pm 2,4$)
Demora até Biológico (anos)	8,75 ($\pm 7,4$)	7,17 ($\pm 6,4$)	10,5 ($\pm 8,3$)
Nº DMARDs prévios	1,88 ($\pm 0,8$)	1,91 ($\pm 0,7$)	1,85 ($\pm 0,8$)
Nº Biológicos prévios	0,11 ($\pm 0,3$)	0,17 ($\pm 0,3$)	0,04 ($\pm 0,2$)

Tabela II. Evolução dos parâmetros clínicos e laboratoriais médios nos dois grupos.

	0 meses			3 Meses			6 Meses			12 Meses		
	total	<53anos	≥ 53 anos									
DAS28	5,83 ($\pm 1,2$)	5,84 ($\pm 1,0$)	5,82 ($\pm 1,4$)	4,61 ($\pm 1,6$)	4,19 ($\pm 1,4$)	5,10 ($\pm 1,8$)	3,95 ($\pm 1,5$)	3,72 ($\pm 1,3$)	4,19 ($\pm 1,6$)	3,40 ($\pm 1,4$)	3,43 ($\pm 1,4$)	3,38 ($\pm 1,4$)
VS (mm/h)	36,7 ($\pm 2,5$)	31,5 ($\pm 1,6$)	42,6 ($\pm 3,2$)	24,9 ($\pm 2,0$)	22,5 ($\pm 1,6$)	27,8 ($\pm 2,3$)	21,6 ($\pm 1,8$)	20,2 ($\pm 1,3$)	23,2 ($\pm 2,3$)	18,3 ($\pm 1,5$)	24,8 ($\pm 1,9$)	12,4 ($\pm 7,4$)
PCR (mg/dl)	2,12 ($\pm 2,8$)	1,88 ($\pm 1,7$)	2,38 ($\pm 3,7$)	0,72 ($\pm 1,0$)	0,75 ($\pm 1,0$)	0,67 ($\pm 1,0$)	0,73 ($\pm 1,0$)	1,02 ($\pm 1,3$)	0,37 ($\pm 0,4$)	0,56 ($\pm 0,7$)	0,65 ($\pm 1,1$)	0,48 ($\pm 0,3$)
Contagem Art. Dolorosas	14,3 ($\pm 8,8$)	14,0 ($\pm 8,5$)	14,6 ($\pm 9,5$)	9,09 ($\pm 8,7$)	7,09 ($\pm 6,4$)	11,3 (± 10)	6,14 ($\pm 6,9$)	4,54 ($\pm 4,6$)	7,9 ($\pm 8,6$)	5,28 ($\pm 6,3$)	4,8 ($\pm 4,6$)	5,72 ($\pm 7,7$)
Contagem Art. Tumefactas	7,61 ($\pm 5,7$)	8,05 ($\pm 5,4$)	7,12 ($\pm 6,2$)	4,40 ($\pm 4,6$)	3,22 ($\pm 2,6$)	5,7 ($\pm 5,9$)	3,54 ($\pm 3,9$)	3,13 ($\pm 2,7$)	4 ($\pm 5,0$)	2 ($\pm 2,6$)	2,2 ($\pm 3,2$)	1,81 ($\pm 2,0$)
EVA doente (mm)	59,0 (± 24)	57,8 (± 26)	60,6 (± 21)	46,6 (± 26)	40,6 (± 25)	53,2 (± 25)	34,6 (± 26)	29,5 (± 23)	40 (± 28)	28,8 (± 17)	26,5 (± 18)	30,7 (± 17)
EVA médico (mm)	58,2 (± 18)	60,2 (± 16)	55,5 (± 21)	38,1 (± 21)	36,3 (± 19)	40,6 (± 24)	36 (± 20)	28,1 (± 16)	43,3 (± 21)	28,3 (± 20)	25,8 (± 20)	30,4 (± 21)
HAQ	1,35 ($\pm 0,7$)	1,29 ($\pm 0,6$)	1,41 ($\pm 0,7$)	1,23 ($\pm 0,7$)	1,02 ($\pm 0,7$)	1,47 ($\pm 0,6$)	1,17 ($\pm 0,6$)	0,98 ($\pm 0,6$)	1,38 ($\pm 0,6$)	1,09 ($\pm 0,7$)	0,85 ($\pm 0,5$)	1,28 ($\pm 0,8$)

perda de função ou «*functio laesa*» (Rudolph Virchow, séc XIX). Actualmente, a inflamação define-se como o conjunto de alterações bioquímicas, ultraestruturais e moleculares decorrentes da resposta local à lesão celular. Após uma agressão tecidual, o organismo reage activando várias frentes de resposta neuroendócrinas, hematopoiéticas, metabólicas, hidroelectrolíticas e hepáticas.

As proteínas de fase aguda (PFA) são um dos mecanismos de defesa activados nessa resposta; são cadeias peptídicas de peso molecular variado, de síntese sobretudo hepática, cuja concentração plasmática varia em mais de 25% durante as situações de lesão tecidual. Podem ser positivas, aumentando durante a fase aguda, ou negativas, diminuindo nessas situações.

As PFA têm várias funções, nomeadamente defesa do hospedeiro contra células mortas e microrganismos patogénicos, activação do complemento, regulação da coagulação e da cicatrização, regulação da actividade de enzimas proteolíticas e acção antioxidante. O controlo da produção das PFA resulta de uma intrincada orquestração de citocinas pró- e anti-inflamatórias, que em certas situações se pode tornar mais prejudicial que benéfica.

O doseamento das proteínas de fase aguda na prática clínica tem importância quer na abordagem diagnóstica quer no prognóstico a longo prazo, uma vez que cada vez mais estudos apontam para que a sua manutenção em níveis elevados seja um factor de risco independente para a morbidade e mortalidade cardiovascular.

Neste trabalho faz-se uma revisão da literatura publicada nos últimos anos, com ênfase na aplicabilidade clínica, efeitos benéficos e efeitos deletérios de cada uma das moléculas conhecidas, nomeadamente Factores do complemento, Factores de coagulação e fibrinólise, Anti-proteases, Proteínas de transporte e Factores de Crescimento.

Salienta-se particularmente a importância crescente da Proteína C Reactiva, como marcador sensível para avaliação da inflamação nas doenças reumáticas e para prognóstico das doenças cardiovasculares.

CLP 16 – REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL® – UMA ABORDAGEM DE TRATAMENTO – CONCEITOS E PRINCÍPIOS

Isabel Tomaz, Patrícia Rodrigues
Fisioterapeutas, Instituto Português de Reumatologia

As condições artificiais da vida moderna a que o corpo está constantemente sujeito tornam cada vez mais difícil a ausência de dor, mesmo em indivíduos com uma coluna vertebral sem grandes alterações.

É baseado nestas alterações e/ou sintomatologias e no seu impacto na vida quotidiana do indivíduo que a RPG® surge como um método da fisioterapia que propõe tratar as patologias músculo-esqueléticas de forma definitiva e não paliativa.

A RPG® foi criada pelo fisioterapeuta francês Phillipe Souchart em 1980 e tem três princípios fundamentais: a *individualidade* – cada indivíduo manifesta a sua patologia de forma pessoal sendo assim necessário tratar os doentes e não as doenças; a *causalidade* – qualquer agressão que um indivíduo sofre é compensada pelos mecanismos automáticos de defesa que tentam eliminar a dor. Quando estas compensações persistem podem ser a causa de deformação, fadiga e/ou dor secundárias, pelo que é necessário tratar não só a consequência como também a causa da lesão, suprimindo-as conjuntamente; a *globalidade* – dado que muitas vezes a consequência da lesão aparece distante da causa e desfasada no tempo, para conseguir descobri-la o tratamento deverá incidir não só no local do sintoma/deformação como também em todas as outras partes do corpo que se mostrem ligadas a ela como causa ou consequência.

Desde sempre que a fisioterapia tem dado primordial atenção à função muscular dinâmica, à coordenação motora e à proprioceptividade, não valorizando a função estática. Segundo Souchart também a função estática é fundamental dado que permite a posição bípede e condiciona a nossa morfologia.

É comumente aceite que o fortalecimento muscular é feito através de contracções isotónicas concêntricas. No entanto, os músculos estáticos não devem ser trabalhados concentricamente, pois devido à sua elevada tonicidade ficariam encurtados e rígidos, tornando-se músculos fracos.

Assim, o objectivo dos profissionais da reeducação é a obtenção de músculos fortes, e nisso a RPG® não é excepção. A primeira originalidade está em exercitar os músculos da estática exclusivamente com contracções isométricas de baixa intensidade (entre 15 a 200g) em posições cada vez mais excêntricas combinando o trabalho activo e o alongamento.

Os músculos estáticos responsáveis pela manutenção da posição erecta exercem a sua acção, pa-

radoxalmente, no sentido da gravidade, pelo que, existe uma «componente de achatamento» das articulações, que se torna maior quando estes músculos estão encurtados e rígidos.

O segundo grande princípio da RPG® é então o de trabalhar sempre em descoaptação articular, através da acção manual do terapeuta, minimizando esta componente.

Segundo a RPG®, os músculos estão organizados em cadeias e o alongamento de um musculo rígido só pode ser feito impedindo as compensações na cadeia muscular a que pertence. Este alongamento deve ser mantido o maior tempo possível, tendo em conta a patologia e a sensibilidade do utente (princípio da fluagem).

Logo, pode definir-se a RPG® como um trabalho através de posturas activas e consecutivas, isotónicas excêntricas dos músculos da estática e com manutenção através dos músculos dinâmicos, sempre em descompressão articular e progressivamente cada vez mais global.

CLP 17 – SÍNDROME DO TÚNEL CÁRPICO: AVALIAÇÃO CLÍNICA, ECOGRÁFICA E ELECTROMIOGRÁFICA PROSPECTIVA EM 36 PUNHOS - PROJECTO CARPO

M Sousa,¹ C Miguel,¹ J Castro,² I Gonçalves,¹ D Medeiros,¹ F Barcelos,¹ H Santos,¹ J Costa,² Mamede de Carvalho²

1. Instituto Português de Reumatologia
2. Unidade de Neuro-Musculares do Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina de Lisboa;

Introdução: A síndrome do túnel cárpico (STC) é a neuropatia mais frequente dos membros superiores e é causada por uma compressão do nervo mediano a nível do túnel cárpico. Classicamente o seu diagnóstico baseia-se no quadro clínico e no estudo electromiográfico. Alguns estudos demonstraram a utilidade do estudo ecográfico do nervo mediano como técnica diagnóstica.

Objectivos: Determinar a validade e a utilidade da ecografia na avaliação do STC. Avaliar a correlação do estudo ecográfico do mediano com o seu estudo electromiográfico.

Materiais e Métodos: Foi feito um estudo observacional e prospectivo em doentes recrutados da consulta do IPR com sintomatologia sugestiva de STC.

Foram definidos 3 momentos de avaliação: momento inicial (T0), após 15 dias (T1) e após 2 meses da avaliação inicial (T2). Em cada momento de

avaliação foram documentadas as seguintes variáveis: sintomatologia e avaliação clínica associada ao STC, preenchimento do auto-questionário de Boston validado para português do Brasil (versando a gravidade dos sintomas e sua repercussão funcional), avaliação ecográfica com determinação da área máxima do nervo mediano em corte transversal a 2 níveis (área distal – a nível do grande osso e distal ao mesmo; e área proximal - a nível do quadrado pronador). Foi calculada a diferença e a razão entre estas 2 áreas. A aquisição de imagens ecográficas foi realizada de forma consecutiva, oculta e independente por 2 internos de Reumatologia (do 4º e 5º ano) com 6 meses e 2 anos de experiência em ecografia músculo-esquelética. Não foi realizado qualquer tipo de treino específico para esta avaliação ecográfica.

Para o estudo da validade da técnica foram comparados os resultados independentes dos 2 ecografistas nos 3 momentos (fiabilidade inter-observador) e comparados os resultados do mesmo ecografista nos 3 momentos (fiabilidade intra-observador). Os doentes não foram submetidos a qualquer intervenção médica ou cirúrgica no intervalo das avaliações.

Entre T0 e T1 foi realizado um electromiograma (EMG) segundo protocolo padronizado (velocidade de condução sensitiva; amplitude sensitiva; latência distal sensitiva e motora). Este exame foi considerado como o *gold standard* para a comparação com os dados do estudo ecográfico.

Para avaliação da desconforto do doente durante a realização de ambos exames complementares foi aplicada uma escala numérica de 0 (sem qualquer incómodo) a 100 (dor insuportável).

Resultados e Discussão: Foram estudados 32 punhos de 18 doentes (17?). Das características demográficas e clínicas dos doentes salienta-se: idade média de 51,2 anos; duração média das queixas de 5 anos; queixas bilaterais em 89% dos casos; 83% tinham uma profissão manual. O sinal de Tinel era positivo em 56% dos casos; Phalen em 67%; Phalen invertido em 42%; atrofia eminência Tenar em 8,3%.

O EMG foi negativo em 33% dos punhos estudados; apresentava alterações incipientes/leves em 39%, moderadas em 18% e graves em 9%.

As médias dos parâmetros ecográficos, nomeadamente da área distal do mediano, são significativamente maiores no grupo dos doentes com STC demonstrado por EMG (12,03 vs 9,55, p=0,006). Se utilizarmos o valor 9,8mm² na área distal do medi-

ano como ponto de corte classificamos correctamente 77% dos casos (sensibilidade de 88% e especificidade de 60%). Um ponto de corte na área distal do mediano superior a 13,9 mm² ou menor de 8,4 mm² tem uma probabilidade, após a avaliação ecográfica, para um STC de 100% de especificidade e sensibilidade respectivamente.

Há uma alta correlação entre os valores ecográficos e a condução nervosa. Relativamente à área distal ecográfica o coeficiente de correlação foi de $\rho = -0,624$ para a velocidade de condução sensitiva mediano dedo 4; $\rho = -0,629$ para a velocidade de condução sensitiva mediano dedo 3, $\rho = 0,626$ para a latência motora distal, $\rho = 0,642$ para a razão latência sensitiva mediano dedo 4/cubital dedo 4 ($p < 0,01$). Utilizando análises de regressão quantificou-se a redução da velocidade de condução nervosa em 2,5 m/s por cada aumento de 1 mm² na área distal do mediano.

O coeficiente de correlação alfa de Cronbach inter-observador foi de 0,970-0,940 e intra-observador foi de 0,967-0,912, o que reforça a validade deste método de avaliação.

Os resultados da aplicação do auto-questionário de Boston não mostraram diferenças entre doentes com ou sem STC.

O incómodo sentido pelos doentes ao realizar a ecografia foi significativamente menor do que durante a realização do EMG (26,8 vs 42,8, $p = 0,03$)

Conclusões: A avaliação ecográfica do nervo mediano é um método bem tolerado pelos doentes, fiável e válido para a definição da presença ou não de um STC. Pode também permitir o esclarecimento etiológico (tumor, tenossinovite, etc) e ainda guiar procedimentos terapêuticos

CLP 18 – IMPACTO ECOGRÁFICO E ELECTROMIOGRÁFICO DE UMA INFILTRAÇÃO DE CORTICOSTERÓIDES NA BAÍNHA DO FLEXOR COMUM DOS DEDOS DA MÃO NA SINTOMATOLOGIA ASSOCIADA AO SÍNDROME DO TÚNEL CÁRPICO – RESULTADOS PRELIMINARES DO PROJECTO CARPO

M Sousa,¹ C Miguel,¹ J Castro,² I Gonçalves,¹ D Medeiros,¹ F Barcelos,¹ H Santos,¹ J Costa,² Mamede de Carvalho²

1. Instituto Português de Reumatologia
2. Unidade de Neuro-Musculares do Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina de Lisboa

Introdução: A síndrome do túnel cárpico (STC) é a neuropatia compressiva mais frequente e ocor-

re na passagem do nervo mediano pelo túnel cárpico. A injeção local de corticosteróides é utilizada em doentes refractários à terapêutica conservadora medicamentosa ou à utilização de órteses de repouso. No entanto, o protocolo de administração do corticosteróide e a sua eficácia não está completamente documentado. O tratamento cirúrgico é geralmente preferido nos doentes com STC grave.

Objectivos: Determinar a eficácia de uma infiltração de corticosteróides na bainha do flexor comum dos dedos da mão, na redução da sintomatologia associada ao síndrome do túnel cárpico e sua repercussão nos parâmetros de avaliação ecográfica e electromiográfica até aos 3 meses.

Materiais e Métodos: Foi feito um estudo experimental e prospectivo em doentes recrutados da consulta do IPR com sintomatologia sugestiva de STC.

Foram definidos 4 momentos de avaliação: momento inicial (T0), 15 dias (T1), 2 meses (T2) e 3,5 meses (T3) após T0. Em cada momento de avaliação foram documentadas as seguintes variáveis: sintomatologia e avaliação clínica associada ao STC, preenchimento do auto-questionário de Boston validado para português do Brasil (versando a gravidade dos sintomas e sua repercussão funcional), avaliação ecográfica com determinação da área máxima do nervo mediano em corte transversal a 2 níveis (área distal – a nível do grande osso e distal ao mesmo; e área proximal - a nível do quadrado pronador). Foi ainda calculada a diferença e a razão entre estas 2 áreas. A aquisição de imagens ecográficas foi realizada de forma consecutiva, cega e independente por 2 internos de Reumatologia (do 4º e 5º ano) com 6 meses e 2 anos de experiência em ecografia músculo-esquelética. Não foi realizado qualquer tipo de treino específico prévio para esta avaliação ecográfica.

Entre T0 e T1 e em T3 foram realizados um electromiograma (EMG) segundo protocolo padronizado Este exame foi considerado como o *gold standard* para a determinação da presença ou não de um STC.

Aos doentes com STC ligeiro a moderado foi realizada (apenas unilateralmente nos doentes com STC bilateral) uma infiltração de corticosteróides. Sob visualização ecográfica (eixo maior da sonda ecográfica «paralelo» ao eixo da agulha), foram infiltrados 7 mg (1 ml) de Betametasona no interior da bainha do flexor comum dos dedos da mão e 7 mg (1 ml) no interior do túnel cárpico.

Os doentes não foram submetidos a qualquer outra intervenção médica ou cirúrgica no intervalo das avaliações, para além da infiltração descrita.

Quando os doentes apresentavam STC ligeiro a moderado foi realizada em T1 uma infiltração de corticosteróides (apenas unilateralmente nos doentes com STC bilateral). Sob visualização ecográfica (colocando o eixo maior da sonda ecográfica «paralelo» ao eixo da agulha), foram infiltrados 7 mg (1 ml) de betametasona no interior da bainha do flexor comum dos dedos da mão e 7 mg (1 ml) no interior do túnel cárpico.

Os doentes não foram submetidos a qualquer outra intervenção médica ou cirúrgica entre T0 e T3, para além da infiltração descrita.

Resultados e Discussão: Foram estudados 32 punhos de 18 doentes (17?). Das características demográficas e clínicas dos doentes salienta-se: idade média de 51,2 anos; duração média das queixas de 5 anos; queixas bilaterais em 89% dos casos; 83% tinham uma profissão manual. O sinal de Tinel era positivo em 56% dos casos; Phalen em 67%; Phalen invertido em 42%; atrofia eminência Tenar em 8%.

O EMG foi positivo em 67% dos punhos estudados e apresentava alterações ligeiras a moderadas em 58% e graves em 9% dos casos.

Foram infiltrados 11 doentes, todos com alterações ligeiras a moderadas do EMG. Dos 11 doentes submetidos ao tratamento, 8 doentes (73%) afirmaram ter melhorado substancialmente das queixas parestésicas e repetiriam o procedimento se necessário.

Na avaliação ecográfica entre T1 e T2 destaca-se uma diminuição significativa da área distal do mediano (menor edema neuronal) de 11,83 mm² para 10,28 mm² (p=0,011).

Na avaliação electromiográfica em T3 salienta-se um aumento significativo da amplitude e velocidades de condução: amplitude sensitiva do mediano dedo 3 (22,81 à 26,20, p=0,042); velocidade de condução sensitiva do mediano dedo 3 (44,29 à 47,74, p=0,043); e aumento da velocidade condução sensitiva do mediano dedo 4 (42,25 à 47,08, p=0,043). Houve uma diminuição significativa da latência motora distal (4,16 à 3,96, p=0,039) e da razão da latência sensitiva do mediano dedo 4/ cubital dedo 4 (1,15 à 0,80, p=0,042).

Não se registaram complicações durante ou após a infiltração com corticosteróides.

Conclusões: A infiltração de corticosteróides descrita revelou-se eficaz na redução da sintomatologia

associada ao síndrome do túnel cárpico na maioria (73%) dos doentes. Documentou-se uma melhoria dos parâmetros ecográficos 6 semanas após a infiltração, e uma melhoria dos parâmetros electromiográficos aos 3 meses.

O método de infiltração descrito é seguro e sem complicações devido à visualização em tempo real de todo o procedimento.

CLP 19 – REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL® – UMA ABORDAGEM DE TRATAMENTO – APLICAÇÃO E RESULTADOS

Patrícia Rodrigues, Isabel Tomaz

Fisioterapeuta, Instituto Português de Reumatologia

A aplicação da RPG® baseia-se no alongamento das cadeias musculares encurtadas através de posturas.

Existem dois tipos de cadeias: as *cadeias instintivas*, que são aquelas que são alongadas em qualquer família de posturas (cadeia inspiratória, cadeia anterior dos braços e cadeia lateral da anca) e as *cadeias específicas*, que apenas são alongadas em algumas famílias de posturas (cadeias mestras anterior e posterior, cadeia superior dos ombros e cadeia antero-interna dos ombros).

As famílias de posturas são quatro e conjugam a abertura/fechamento do ângulo coxo-femural com a abertura/fechamento dos membros superiores.

A escolha da postura a utilizar no tratamento depende de um processo de avaliação característico da RPG® e que compreende uma avaliação geral da estática do paciente, um interrogatório, um exame morfológico particular das zonas álgicas ou deformadas confrontando com a observação de exames complementares de diagnóstico e manobras de correção das deformações ou lesões nas diversas famílias de postura. Esta avaliação é repetida no início de cada sessão de tratamento.

As sessões de RPG® são estritamente individuais, com a duração média de uma hora, compreendendo duas posturas.

A periodicidade é, normalmente, semanal, mas em situações urgentes podem ser duas ou mesmo três sessões por semana.

A duração total do tratamento depende da patologia e da forma como esta se manifesta no indivíduo. Uma situação de dor da coluna vertebral pode ser resolvida em poucas sessões ou apenas numa, enquanto que uma escoliose evolutiva de

um adolescente terá que ser seguida por vários anos.

CLP 20 – ARTROPATIA GOTOSA OU ARTRITE REUMATÓIDE?

Tania Gomes,¹ Graça Sequeira²

1. CS Lagoa; 2Hospital Faro EPE

Objectivo: Pretende-se demonstrar quão difícil pode ser o diagnóstico, que por vezes é tido como certo e como as patologias osteoarticulares podem ter um impacto determinante na vida do doente, dada a sua capacidade deformativa.

Motivo Seleção: A Gota úrica (GU) é uma síndrome clínica que se associa a queixas osteoarticulares, com características inflamatórias. Por vezes o envolvimento articular é tão marcado e tão deformante, que leva a um diagnóstico diferencial com Artrite Reumatóide (AR). O sexo masculino, hábitos etílicos marcados e uma história familiar positiva estão na grande maioria dos casos presentes. O impacto social e morbidade que esta doença provoca é enorme. Um diagnóstico atempado por parte do médico de família pode ser o mais importante, bem como uma boa adesão do doente à terapêutica, muitas vezes difícil de alcançar.

Descrição dos casos: F.M. 54 anos, sexo masculino, reformado. Hábitos tabágicos e etílicos marcados. Seguido em consulta de Reumatologia IPR desde 1990 quando iniciou quadro de artrite do joelho dtº, que posteriormente afectou os cotovelos e punhos. Abandono desta consulta e má aderência à terapêutica. Em 2007 cirurgia para extracção de tofos gotosos na mão esqª. Seguido na consulta do Hospital de Faro (HF) desde 10/ 2008. E.O: Deformação nas articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais bilaterais, cotovelos e calcão esqº. Tofos gotosos mãos, cotovelos e pé esqº.

J.J. 48 anos, sexo masculino, reformado. Avô paterno e pai tinham Gota. Hábitos tabágicos e etílicos marcados. Inicia queixas aos 27 anos, com episódio de podagra existindo envolvimento progressivo de todas as articulações periféricas. Em 2003 fractura colo fémur, em 2004 artroplastia punho dtº. Má adesão à terapêutica. E.O: deformidades em todas as articulações periféricas, tofo gotoso infectado. Seguido em consulta de Reumatologia do HF desde 2007.

M.R.B. 54 anos, reformado. Tio paterno com Gota. Hábitos tabágicos e etílicos marcados. Inicia

aos 35 anos episódio de podagra, envolvimento progressivo de todas as articulações. Em 2004 artroplastia do punho dtº e amputação do 5º dedo mão dtª, em 2005 artroplastia total dos joelhos, em 2007 EAM. Seguido pela Medicina Interna do HF com o diagnóstico de AR, referenciado em 2009 para a consulta de Reumatologia do HF por má resposta à terapêutica. E.O.: deformidades em todas as articulações periféricas, tofos gotosos infectados.

Conclusão: Como podemos constatar a GU pode ser tão deformante como a AR colocando, muitas vezes, dúvidas diagnósticas. Associados à GU surgem frequentemente hábitos etílicos marcados, um dos factores de risco mais importantes para esta doença. A má adesão destes doentes à terapêutica, induzida pelo etilismo crónico pode levar a deformidades articulares exuberantes, com impacto na vida social e familiar do indivíduo. É de extrema importância a articulação com os cuidados de Saúde Secundários para uma melhor referência e seguimento destes doentes.

CLP 21 – SÍNDROMA DO NAVICULAR ACESSÓRIO

É. Pestana, F. Gabriel, T. Mirco, F. Sampaio, C. Pinto Soares¹

1. Serviço de Medicina e de Reabilitação, Hospital de Santa Maria

Resumo: O osso navicular acessório é um osso extra localizado na inserção do tendão do tibial posterior na arcada plantar interna. A presença deste osso pode estar na origem da síndrome do navicular acessório, caracterizada por um quadro algico da face interna da arcada plantar, mais frequente na adolescência e que tem de ser tida em conta no diagnóstico diferencial de dor do mediopé. O diagnóstico desta síndrome é feito pela verificação da presença do osso acessório no pé através de exame radiográfico. A abordagem terapêutica assenta em medidas analgésicas (crioterapia, fisioterapia, AINEs) e no uso de calçado adequado com ortóteses plantares.

O osso navicular acessório (ou tibial externo) é um osso ou fragmento cartilágneo extra localizado na face interna do pé no vértice da arcada interna junto ao osso navicular. Está incorporado no tendão do tibial posterior (TTP) que se insere nesta zona.

A presença deste osso é congénita e surge em 2-12% da população.

Existem 3 tipos de ossos naviculares: tipo I (30%) – osso sesamóide na porção distal do TTP; tipo II (50-60%) – osso sesamóide que se une à tuberosidade do navicular através de tecido fibrocartilágineo e tipo III (10%) – tuberosidade navicular proeminente devido a fusão do núcleo de ossificação acessório com o osso navicular.

A presença de osso navicular acessório geralmente é assintomática. No entanto, algumas pessoas desenvolvem um quadro algico designado síndrome do navicular acessório (SNA) quando o osso e/ou tendão do tibial posterior são afectados por trauma (ex: entorse com stress em valgo da tíbio-társica), agressão crónica (atrato do calçado) ou «overuse».

Muitas pessoas com SNA têm pés planos devido à presença deste osso extra (a inserção do TTP no osso navicular acessório desloca este tendão do seu trajecto habitual condicionando valgismo do pé e menor curvatura da arcada plantar com consequente pé plano). O pé plano cria maior tensão sobre o TTP podendo desencadear maior inflamação do osso navicular acessório.

As queixas são frequentes na adolescência, fase de crescimento e maturação óssea. No entanto, os sinais e sintomas podem só surgir na idade adulta.

Estes incluem uma proeminência óssea visível no mediopé (vértice da arcada plantar interna), rubor e edema da proeminência óssea, dor latejante no mediopé e arcada plantar interna durante ou após períodos de maior actividade.

Diagnóstico: O diagnóstico é clínico baseado num exame objectivo rigoroso e num estudo imagiológico do pé (Radiografia AP e perfil e eventualmente RM).

Diagnóstico Diferencial: O diagnóstico diferencial é feito com patologias que causam dor na face interna do pé e/ou no mediopé como a doença de Kohler, rotura do TTP, entesopatia da inserção do tibial anterior, fractura de fadiga do osso navicular.

Tratamento: O objectivo do tratamento é aliviar as queixas algicas consistindo em:

- Imobilização (com tala gessada ou ortótese)
- Gelo
- Fármacos: AINEs orais
- Fisioterapia: estiramento muscular, agentes físicos
- Ortóteses plantares (plantar forrado com material confortável e não rígido, com apoio da arcada interna, peça para descarga do calcâneo, eventual moldagem ao osso acessório)
- Calçado confortável, mais largo e rígido no me-

diopé, adequado em tamanho ao uso do plantar.

Quando o tratamento médico não é eficaz, pode ser necessário recorrer a cirurgia (excisão do osso acessório, remodelação da área e reparação do tendão do tibial posterior).

Conclusão: Com este trabalho os autores pretendiam fazer uma revisão da literatura sobre uma situação clínica que é importante ter em conta no diagnóstico de doentes com dor do mediopé. Na abordagem terapêutica da síndrome do navicular acessório é importante o alívio das queixas algicas e a prevenção de recorrência das mesmas. O recurso a ortóteses plantares individualizadas e a calçado adequado constitui uma importante medida terapêutica para estes doentes.

CLP 22 – DISPLASIA ÓSSEA METATRÓPICA – UMA CAUSA RARA DE ALTERAÇÃO POSTURAL

É. Pestana, F. Gabriel, T. Mirco, F. Sampaio, C. Pinto Soares¹

1. Serviço de Medicina e de Reabilitação, Hospital de Santa Maria

Resumo: A Displasia Metatrópica (DM) é uma displasia espondiloepimetáfisária rara de etiologia genética desconhecida caracterizada na infância por tronco longo e membros curtos. Devido a progressão nestes doentes para hipercifose torácica surge uma inversão destas proporções com o avançar da idade (encurtamento do tronco com membros longos). O diagnóstico é feito pela presença de alterações imagiológicas específicas: platispondilia, alargamento das metáfises, epífises pequenas e pélvis com forma típica. O tratamento assenta num programa de reabilitação e uso de ortótese de tronco anti-cifótica até que termine a maturação óssea.

Neste artigo os autores descrevem a patologia com recurso a imagens de uma criança de 5 anos com DM acompanhada no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do HSM.

A DM é uma displasia espondiloepimetáfisária rara (cerca de 80 casos descritos na literatura mundial) de transmissão genética não completamente esclarecida com características clínicas e radiográficas únicas.

Nos recém-nascidos e crianças é típica a presença de um tronco longo com membros proporcionalmente mais curtos. O tórax é estreito e por vezes no cóccix surge um apêndice de cerca de 1 a 3 cm semelhante a uma cauda. Os dedos são longos

e pode haver poeminência frontal e achatamento nasal. As proporções alteram-se durante a infância com encurtamento do tronco devido ao aumento da cifose torácica e manutenção de membros longos. A altura na idade adulta pode atingir os 120 cm e o desenvolvimento intelectual é normal.

O estudo radiográfico revela platispondilia (achatamento dos corpos vertebrais), ossos curtos com metáfises côncavas e largas e epífises pequenas. A extremidade proximal do fémur é alargada e o pequeno trocânter é proeminente.

A forma de cada osso íliaco é única e assemelha-se a uma lança.

Na maioria dos casos existe cifoescoliose progressiva.

Pode ocorrer hipoplasia de C1 (com instabilidade de C1/C2 nos casos graves) e estreitamento do canal medular cervical e torácico.

Com o avançar da idade surgem alterações osteoartrósicas nas metáfises alteradas.

Nas formas severas, o índice de mortalidade é elevado em consequência das alterações torácicas e vertebrais condicionantes de alterações ventilatórias e infecções respiratórias.

Etiologia: Pode ter transmissão autossómica dominante ou recessiva. Deconhecem-se os genes envolvidos.

Diagnóstico: O diagnóstico é clínico baseado num exame objectivo rigoroso e num estudo imagiológico do esqueleto.

Diagnóstico Diferencial: As outras displasias espondiloeimetáfisárias infantis não apresentam tamanha desproporção entre o tronco longo e os membros curtos. O padrão radiográfico vertebral, metafisário e pélvico é único.

Tratamento: A cifose é geralmente progressiva após os primeiros 6 meses de idade. Os doentes necessitam usar uma ortótese de tronco feita por medida, modificada e adaptada ao ritmo de crescimento da criança. Deverá ser usada até se concluir a maturação esquelética.

Evita-se a cirurgia de fusão vertebral devido ao risco elevado de não-união.

Um programa de reabilitação com fisioterapia e terapia ocupacional é importante devido ao risco de alterações músculo-esqueléticas (artropatia progressiva de joelhos e mãos, cifose, escoliose) e suas consequências e à necessidade de adaptação às actividades da vida diária.

Conclusão: Com este trabalho os autores pretendem fazer uma revisão da literatura mundial sobre

os conhecimentos actuais sobre a Displasia Metatrópica. Com o caso de uma criança observada na consulta de MFR, pretende-se exemplificar a clínica e imagiologia típica desta patologia assim como o papel da MFR na sua evolução e acompanhamento.

A MFR é importante no tratamento destes doentes recorrendo à utilização de ortóteses de tronco, técnicas cinesiológicas de correcção e adaptação postural, optimização de padrões ventilatórios, adaptação às AVDs e prevenção de complicações. Toda a terapêutica é necessariamente modificada em função do crescimento da criança.

CLP 23 – O EXERCÍCIO VIBRATORIO CORPORAL É EFICAZ PARA INCREMENTAR O EQUILÍBRIO AO UNIPEDAL EM MULHERES COM FIBROMIALGIA

José Alberto Parraca,¹ Jose C Adsuar,¹
Borja del Pozo,¹ Pedro R Olivares,¹
Josué Prieto Prieto,¹ Miguel Madruga¹

1. Universidad de Extremadura

Introdução: A Fibromialgia (FM) é caracterizada principalmente por dores no corpo todo, problemas com o sono, fadiga, cólon irritável, dores de cabeça, problemas de equilíbrio sendo este último problema bastante relevante nestes pacientes (45% - 68%). Ultimamente o mercado da reabilitação e exercício físico está a dar bastante importância a maquinaria, que, mediante a aplicação de estímulos mecânicos transmitidos ao corpo conseguem um aumento da carga gravitacional no sistema neuromuscular. Aparecem assim os chamados exercícios vibratórios corporais (Whole Body Vibration-WBV). Numerosos estudos sugerem que o WBV proporciona benefícios neuromusculares, esqueléticos e uma contínua estimulação dos receptores sensoriais. Recentemente, foi demonstrado que o WBV tem efeitos muito positivos sobre equilíbrio em mulheres na pós-menopausa e idosos.

O objetivo deste estudo é verificar como o HBV afecta o equilíbrio unipedal em pessoas com FM.

Material e Métodos: Foi realizado um ensaio clínico randomizado em 36 mulheres com FM, 18 no grupo experimental e 18 no grupo controle, com idades de $53,0 \pm 12,0$ e $52,4 \pm 10,4$, respectivamente. Usamos um programa de vibração de 12 semanas (3 vezes por semana) com uma plataforma de vibração Galileo Fitness. Cada sessão constou de 6 repetições a 12,6 Hz de frequência, com uma pausa de 60 segundos entre séries e um aumento tem-

porário de 30 a 60secs (15s mensal).

O equilíbrio estático unipedal (índices: geral, antero - posterior e lateral) foram verificados utilizando a plataforma de equilíbrios «Biodex Balance SD».

Resultados: Verificou-se no grupo de exercício um aumento de 57,1% ($p < .005$) no equilíbrio geral e 66,6% ($p < .001$) no índice antero - posterior unipedal após 12 semana a melhorias no tratamento no eixo lateral não foram significativas ($p = .231$).

Conclusões: O WBV é um método eficaz para aumentar/melhorar o equilíbrio estático unipedal em pessoas com FM.

Referências bibliográficas

Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and rheumatism* 1990 Feb;33(2):160-72.

Jones KD, Horak FB, Winters-Stone K, Irvine JM, Bennett RM. Fibromyalgia is associated with impaired balance and falls. *J Clin Rheumatol* 2009 Feb;15(1):16-21.

Alentorn-Geli E, Padilla J, Moras G, Lazaro Haro C, Fernandez-Sola J. Six weeks of whole-body vibration exercise improves pain and fatigue in women with fibromyalgia. *J Altern Complement Med* 2008 Oct;14(8):975-81.

Alentorn-Geli E, Moras G, Padilla J, Fernandez-Sola J, Bennett RM, Lazaro-Haro C, et al. Effect of acute and chronic whole-body vibration exercise on serum insulin-like growth factor-1 levels in women with fibromyalgia. *J Altern Complement Med* 2009 May;15(5):573-8.

CLP 24 – ARTROPATIA EROSIVA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J. Rovisco, P. Abreu, M. J. Salvador, J.A.P. Silva¹

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC)

Introdução: A doença por depósito de cristais de pirofosfato de cálcio (DPPC) é uma entidade nosológica independente reconhecida pela primeira vez em 1960. Na maioria das vezes é idiopática ou esporádica, contudo podem ser encontradas algumas formas familiares e outras associadas a distúrbios metabólicos. A forma de apresentação desta artropatia é variada e pode mimetizar vários padrões de outras patologias, como a artrite reumatóide e a gota, colocando assim um verdadeiro desafio ao seu correcto diagnóstico.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de um

homem de 80 anos de idade que iniciou de modo súbito artralgiias de ritmo misto localizadas aos joelhos, punho esquerdo e 4 e 5ª MCF esquerda, acompanhadas de tumefacção articular e rigidez matinal superior a uma hora. Negava sintomas constitucionais. Ao exame objectivo destacava-se artrite do punho, 4 e 5ª MCF esquerdas e ambos os joelhos. Analiticamente, existia elevação dos marcadores inflamatórios (PCR=17.45 mg/dl; VS=66 mm 1ª hora). Factor reumatóide e Waller-Rose negativos. Serologia geral, HBV e HCV negativas. Foi realizada artrocentese do joelho com saída de 20 cc de líquido com cor de tijolo. A pesquisa de cristais no líquido sinovial revelou cristais de pirofosfato de cálcio; exame cultural negativo; contagem celular com 51900/mm³. Radiograficamente, constatou-se a existência de alterações degenerativas das mãos, calcificações articulares das IFD, erosão da porção distal do 5º metacarpo esquerdo; joelhos com calcificação dos meniscos. Iniciou medicação com AINEs verificando-se melhoria clínica e laboratorial.

Conclusões: Os autores descrevem este caso por forma a alertar que o diagnóstico de DPPC e a pesquisa de cristais de pirofosfato de cálcio no líquido sinovial não deve ser esquecida no diagnóstico diferencial de uma poliartrite não esclarecida.

CLP 25 – GONARTROSE UNICOMPARTIMENTAL – DO TRATAMENTO CONSERVADOR AOS RECENTES AVANÇOS CIRÚRGICOS

Sara Lorga,¹ António Cunha,¹ Catarina Matos,¹ José António Martins,¹ Isabel Crespo¹

1. Hospital S. José - Centro Hospitalar de Lisboa Central;

Introdução: A gonartrose unicompartmental (GU) do joelho é uma patologia degenerativa caracterizada pela degenerescência da cartilagem articular no compartimento interno ou externo da articulação tibio-femoral. O sintoma mais frequente é a dor restrita ao compartimento afectado. O diagnóstico é feito com base na história clínica, exame objectivo e correcta avaliação radiológica.

O tratamento conservador da GU inclui modificação do estilo de vida (com perda ponderal e evicção de actividades de grande impacto/carga), tratamento farmacológico tópico, oral (analgésicos, AINEs, condroprotectores) ou intra-articular (corticosteroides ou ácido hialurónico), utilização de ortóteses, auxiliares de marcha e fisioterapia.

Quando as medidas conservadoras se revelam

ineficazes no alívio sintomático, o tratamento cirúrgico é o próximo passo sendo as osteotomias de valgziação proximal da tibia (OPT) ou de varização distal do fémur, a artroplastia total do joelho (ATJ) e, mais recentemente, a artroplastia unicompartimental (AU) as opções cirúrgicas actuais. Nas décadas de 70/80 a AU foi como que esquecida como opção para o tratamento da GU, tornando-se a osteotomia proximal da tibia (OPT) e a artroplastia total do joelho (ATJ) as duas principais opções cirúrgicas. Recentemente, a melhoria da biomecânica dos implantes e a introdução de técnicas minimamente invasivas renovou o interesse na AU. De acordo com a literatura as vantagens desta técnica em relação à OPT incluem o maior alívio da sintomatologia álgica, recuperação mais célere e melhores resultados a longo prazo. Quando comparada com a AT, a AU apresenta sobrevida similar aos 10 anos, conferindo menor agressão cirúrgica, maior funcionalidade, menor tempo de recuperação e maior facilidade técnica na revisão em caso de falência (com eventual conversão em AT).

Objectivos: Pretendeu-se rever os casos de gonartrose unicompartimental submetidos a AU no Serviço de Ortopedia do Hospital de São José, do Centro Hospitalar de Lisboa Central e submetidos a programa de reabilitação no pós-operatório imediato.

Material e Métodos: Reviram-se os processos clínicos de 15 doentes que entre Maio de 2006 e Março de 2009 foram submetidos a AU (*Oxford phase III*). Foram colhidos dados demográficos, tempo de internamento, número dias de programa de reabilitação pós-operatória no serviço de Ortopedia e caracterizado o grau de actividade e o tempo médio de retorno ao trabalho. Para a avaliação subjectiva do procedimento foi aplicado o questionário *Oxford Knee Score* (OKS), pré e pós-operatoriamente.

Resultados: No período referido foram realizadas 17 AU interna (*Oxford phase III*) em 15 doentes. Em apenas em 12 doentes (14 AU) foi pedida a observação pela MFR para elaboração do programa de Reabilitação. Destes doentes 4 eram do sexo masculino e 8 do sexo feminino, duas das quais com AU bilateral. A média de idades foi de 64 anos (49-75). A duração média do internamento foi de 6,6 dias (5-11). Em média os doentes realizaram 5 sessões de fisioterapia durante o internamento e à data da alta a dor estava controlada e tinham, pelo menos, uma flexão do joelho de 90°, autonomia nas transferências e deambulação independente

com auxiliares de marcha. Nos indivíduos activos (6) o tempo médio de retorno ao trabalho foi de 2 meses (1-3).

A avaliação subjectiva do OKS médio pré-operatório foi de 43 e o pós-operatório de 17.

O tempo médio de *follow up* é 18 meses (4-38). Não houve registo de complicações major pós-operatórias, nem necessidade, até há data, de revisão do procedimento.

Discussão/Conclusão: Os resultados insatisfatórios das AU nas décadas de 70 e 80 levaram muitos ortopedistas, principalmente nos EUA, e incentivados pelo sucesso das PTJ, a desaconselharem o seu uso. Esse pensamento perdurou no tempo e espaço, e ainda hoje no nosso país poucos serviços têm experiência consolidada no uso da AU no tratamento da GU do joelho.

No Serviço de Ortopedia do H. S. José iniciou-se esta técnica em 2006. Apesar do curto tempo de *follow-up*, e pequeno número AU, os bons resultados observados nestes doentes com internamentos curtos e início precoce de Reabilitação, recuperação célere com boa funcionalidade e satisfação dos doentes, apoiados na literatura mais recente, sugerem que a artroplastia unicompartimental deve ser considerada uma opção válida para o tratamento da gonartrose unicompartimental do joelho, desde que respeitados rigorosamente os seus limites de indicação e seleccionados criteriosamente os pacientes.

A AU constitui uma nova opção terapêutica para a gonartrose do compartimento interno, com vantagens sobre a OPT, obviando a necessidade de uma artroplastia total, contudo com potencial na sua conversão.

CLP 26 – HIDROTERAPIA - FISIOTERAPIA NO MEIO AQUÁTICO: BENEFÍCIOS EM REUMATOLOGIA

Mariana Pereira Rosa

Fisioterapeuta, Instituto Português de Reumatologia

A Hidroterapia, ou Fisioterapia no Meio Aquático, refere-se à utilização dos efeitos da imersão e das propriedades da água, na aplicação conjunta das técnicas específicas de Fisioterapia¹. É parte integral dos Cuidados Primários, Secundários e Terciários de Saúde, onde o Fisioterapeuta tem um contributo essencial na Promoção e Educação para a saúde, assim como no tratamento e (re)abilitação dos utentes, para que possam atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida,^{2,3} tendo

como base a melhor evidência científica disponível.^{4,5}

A água é, há muito, reconhecida pela sua aplicação terapêutica,^{6,7} ao possuir propriedades físicas específicas: hidrostáticas e hidrodinâmicas que permitem, entre outras, a flutuação do corpo imerso, diminuindo os efeitos da gravidade,⁸ assistindo ou resistindo o movimento, conforme o objetivo, e facilitando o movimento tridimensional e o treino do equilíbrio de um corpo.⁶ Estas propriedades físicas aliadas ao exercício ou a técnicas de Fisioterapia no meio aquático e a vários graus de profundidade em imersão irão promover alterações fisiológicas nos vários sistemas. Igualmente consoante a temperatura da água e a posição do corpo, estas alterações trarão ao utente os benefícios terapêuticos pretendidos, onde se destacam a diminuição da dor, o aumento da mobilidade articular e o fortalecimento muscular, que se traduzem na melhoria da função e da qualidade de vida.⁹⁻¹¹

A Hidroterapia pode ser realizada individualmente e em Grupo, aplicada isoladamente ou parte de um plano global. Destacam-se assim três componentes: I) **Terapêutica**: tratamento e recuperação de patologias; reeducação das actividades funcionais; II) **Educativa/Preventiva**: melhoria da postura, promoção da função cardiovascular e respiratória, prevenção das quedas, redução/manutenção do peso ...; III) **Lúdico-Recreativa**: promoção da interacção social, relaxamento, bem-estar geral, ...¹ Desta forma, a Hidroterapia pode ser aplicada a utentes de todas as idades, saudáveis ou com uma grande variedade de condições: a) **Músculo-Esqueléticas**: Fibromialgia, Artrite Reumatóide, Espondilite Anquilosante, hérnias discais, sequelas de fracturas/imobilização, dores musculares, artroses, pré e pós operatórias, lesões desportivas, ...; b) **Neurológicas**: Sequelas de AVC, Paralisia Cerebral, Guilan Barré, Lesão Vertebral Medular; c) **Psicológicas**: deficiência mental, dependências, autismo, stress, ...¹

Actuando numa perspectiva holística, os Fisioterapeutas actuam assim em vários locais (Piscinas Municipais, Centros de Reabilitação, Clínicas, Termas, *Health Clubs*)¹ orientados por parâmetros mínimos de qualidade e onde recorrem às propriedades terapêuticas da água (termal ou não) para fins de prevenção, tratamento e reabilitação.^{2,5}

Quanto à evidência científica, a revisão da literatura levado a cabo por Murta (2003) revelou vários estudos que correlacionam a Hidroterapia a

melhorias do estado de saúde, a nível mental e funcional e da qualidade de vida em utentes com patologias crónicas, reumatológicas, tais como: Artrite Reumatóide,¹²⁻¹⁴ Fibromialgia,²⁰ Dor lombar,¹⁵⁻¹⁷ Osteoartrose dos membros inferiores^{18,19} e Dor Crónica.²¹ Verificou-se ainda que as terapias activas, tais como os exercícios em piscina, têm um efeito mais positivo no bem-estar e no alívio da dor, não só a curto, como a médio prazo.²¹ O estudo de Murta (2003) ainda concluiu que, segundo os Fisioterapeutas inquiridos, as técnicas de Hidroterapia têm resultados positivos nos seus utentes, nomeadamente na diminuição da dor e no aumento da mobilidade, baseando-se na experiência profissional, na formação base e complementar, na bibliografia consultada e na partilha de conhecimentos e experiências com outros colegas e profissionais.²

Concluindo, a Hidroterapia é uma das principais áreas de actuação dos Fisioterapeutas, não só na vertente da reabilitação, como também na sua «nova» vertente de «*benessere*», indo de encontro a um público mais alargado. Para tal, os Fisioterapeutas apostam cada vez mais no desenvolvimento profissional contínuo nesta área.

Palavras-chave: Hidroterapia; Fisioterapia no Meio Aquático.

Referências

1. GIH-FMA, (2003). Folheto Informativo publicado pelo Grupo de Interesse em Hidroterapia – Fisioterapia no Meio Aquático.
2. Murta H. G. (2003). Caracterização da prática dos fisioterapeutas nas estâncias termais portuguesas. Monografia da Licenciatura Biotápica em Fisioterapia. Setúbal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
3. World Confederation for Physical Therapy (WCPT) (2000). Health Policy Statement. 15º Encontro Geral da Região Europeia da WCPT.
4. Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) (2002). Padrões de Prática. Assembleia Geral da A.P.F. Alcoitão: APE.
5. World Confederation for Physical Therapy (WCPT) (1999). Discription of Physical Therapy. 14º Encontro Geral da WCPT.
6. Champion, M. (2000). Hidroterapia: Princípios e Prática. Brasil: Editora Manole Ltd.
7. Hall, J. (1990). The physiology of immersion. *Physiotherapy*, 76 (9), 517-521.
8. Golland, A. (1981). Basic Hydrotherapy. *Physiotherapy*, 67 (9), 258-262.
9. Bates A. & Hanson N. (1996). Exercícios aquáticos terapêuticos. Brasil: Editora Manole Lda. 10 Becker, B. E. & Cole, A. J. (2000). *Terapia Aquática Moderna*. Brasil: Editora Manole Lda.
11. Geytenbeek, J. (2002). Evidence for Effective Hydro-

- therapy. *Physiotherapy*, 88 (9), 514-529.
12. Verhagen, A.P. de Vet, et al. (1997). Taking baths: the efficacy of balneotherapy in patients with arthritis - a systematic review. *Journal of Rheumatology*, 24, 1964-71.
 13. Elkayam, O. et al. (1991). Effect of spa therapy in Tiberias on patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Journal of Rheumatology*, 18, 1799-803.
 14. Konrad, K. et al. (1992). Controlled trial of balneotherapy in treatment of low back pain. *Arthritis Rheumatology*, 51, 820-2.
 15. Sukenik, S. et al. (2001). Balneotherapy for fibromyalgia at the Dead Sea. *Rheumatology*, 20 (3), 105-8.
 16. Constant, F. et al. (1995). Effectiveness of Spa therapy in chronic low back pain: a randomized clinical trial. *Journal of Rheumatism*, 22, 1315-1320.
 17. Constant, F. et al. (1998). Use of spa therapy to improve the quality of life of chronic low back pain: a randomized clinical trial. *Medical Care*, 36, 1309-14.
 18. Guillemin, F. et al. (1994). Short and long-term effects of spa therapy in chronic low back pain. *British J Rheumatism*, 33, 148-151.
 19. Nguyen, M. Revel, M. & Dougados, M. (1997). Prolonged effects of 3 week therapy in a spa resort on lumbar spine, knee and hip osteoarthritis: follow-up after 6 months. A randomized controlled trial. *British Journal of Rheumatology*, 36, 77-81.
 20. Guillemin, F. et al. (2001). Effect on osteoarthritis of spa therapy at Bourbonne-les-Bains. *Joint Bone Spine: Revue du Rhumatisme*, 68 (6), 499-503.
 21. Strauss-Blasche, G. et al. (2002). Contribution of Individual Spa Therapies in the Treatment of Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 18 (5), 302-309.

CLP 27 – MIOSITE ORBITÁRIA IDIOPÁTICA – UMA PATOLOGIA AUTO-IMUNE?

Gaspar J, Patricio A, Coelho A, Brazão L, Sousa O, Noronha D¹

1. Hospital Central do Funchal

Introdução: A miosite orbitária idiopática é uma entidade nosológica de etiologia desconhecida. É caracterizada por um quadro clínico agudo ou subagudo inflamatório localizado, envolvendo os músculos extrínsecos do olho, podendo-se manifestar com dor peri-orbitária ao movimento ocular, diplopia, proptose, ptose, oftalmoplegia e injeção conjuntival. Ocorre mais frequentemente em adultos jovens com predomínio de 2:1 em indivíduos do sexo feminino. A Tomografia Axial Computorizada e a Ressonância Magnética revelam espessamento dos músculos extra-oculares e tendões, podendo não apresentar alterações em alguns casos. Os diagnósticos diferenciais a considerar são a Doença de Graves, celulite orbitária, tu-

moreos orbitários e outros processos inflamatórios da órbita (sarcoideose, vasculites). A resposta rápida à instituição de corticoterapia é muito característica desta entidade. A sua associação com infecções virais e doenças como Artrite Reumatóide sugere um mecanismo patofisiológico auto-imune.

Objectivos: Descrição de 2 casos clínicos, previamente saudáveis, com quadros clínicos semelhantes de Miosite Orbitária Idiopática, sem alterações imagiológicas, com resposta favorável a corticoterapia.

Métodos: Os autores apresentam dois casos Miosite Orbitária idiopática. O primeiro caso trata-se de um indivíduo de 34 anos de idade do sexo masculino previamente saudável até iniciar quadro de visão dupla vertical. Ao exame objectivo apresentava ptose palpebral parcial do olho esquerdo, diplopia horizontal e vertical em todas as posições do olhar, exceptuando para a esquerda. Analiticamente de destacar serologia viral positiva para parainfluenza tipo 3 IgM. Imagiologicamente sem alterações. Apresentou melhoria significativa com instituição de corticoterapia, mantendo diplopia com ligeira oftalmoparésia extrínseca e ligeira ptose palpebral do olho esquerdo. O segundo caso trata-se de um indivíduo do sexo feminino com 16 anos de idade, medicada em ambulatório com atropina em colírio após consulta de oftalmologia, recorreu ao serviço de Urgência por dor ocular, diplopia vertical e horizontal para a esquerda. Ao exame objectivo apresentava ptose palpebral unilateral esquerda, oftalmoparésia esquerda e vertical. Analiticamente de destacar serologia positiva para parvovirus B19. Imagiologicamente não apresentava alterações. Após instituição terapêutica com corticoterapia, verificou-se melhoria clínica significativa da diplopia, com regressão dos défices motores.

Discussão e Conclusão: A Miosite Orbitária Idiopática é uma patologia rara. Apesar de não existirem alterações imagiológicas significativas nestes dois casos, a resposta rápida à instituição de corticoterapia é muito característica. A existência de serologia viral positiva nestes dois casos sugere, tal como na restante literatura, uma patofisiologia auto-imune.

CLP 28 – A DOR NA FIBROMIALGIA: UMA REVISÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS QUE UTILIZAM NEUROIMAGEM

Rita Canaipa,¹ Alexandre Castro Caldas²

1. Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa

2. Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa

As Neurociências têm contribuído significativamente para a compreensão e estudo da dor. O desenvolvimento e crescente utilização de técnicas de neuroimagem têm revelado dados importantes sobre os mecanismos de processamento neural da dor, em indivíduos saudáveis, e as alterações que ocorrem nesses mecanismos, em várias doenças e síndromes de dor crónica.

A presente revisão da literatura tem como objetivo reorganizar e analisar criticamente os resultados das investigações que utilizam técnicas de neuroimagem na clarificação do processamento da dor na Fibromialgia e reflectir sobre as implicações destes estudos para a concepção desta síndrome, enquanto entidade clínica relevante, que envolve dimensões físicas e emocionais, e enquanto perturbação do processamento da dor.

Têm sido verificadas alterações estruturais, funcionais e neuroquímicas no cérebro dos indivíduos com Fibromialgia. Os resultados destes estudos sugerem a existência de uma disfunção na resposta neuronal à dor, caracterizada sobretudo por um processamento que é qualitativamente similar ao dos indivíduos saudáveis, mas que é quantitativamente amplificado. Esta amplificação é coincidente com os relatos verbais de dor e não é explicada pelos níveis de depressão dos pacientes.

Não obstante, alguns dos estudos aqui revistos apresentam algumas limitações, nomeadamente, no que diz respeito aos grupos de comparação utilizados, o que condiciona a distinção entre o que constituem os mecanismos disfuncionais do processamento da dor que são comuns a todas as síndromes que envolvem dor crónica, e os mecanismos que poderão ser específicos à Fibromialgia.

CLP 29 – AVALIAÇÃO CLÍNICA NA AR E EA: AVALIAÇÃO INTEROBSERVADOR

Luis Cunha Miranda,¹ Alexandra Cardoso,¹
Cláudia Miguel,¹ Inês Gonçalves,¹
Ana Assunção Teixeira¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: Sabemos que a avaliação das articulações na AR é a base do seguimento dos doentes a que se associa os exames complementares de diagnósticos. Os índices utilizados no seguimento destes doentes têm um componente importante

da avaliação clínica e articular.

Os observadores pouco treinados tendem a sobervalorizar as articulações tumefactas e dolorosas sendo que o treino melhora a sensibilidade.

Existem diversos métodos de avaliação de articulações que variam entre reumatologistas e que podem influenciar a variação inter e intra observador, a standartização reduz esse erro, pelo que a avaliação dum doente com AR só pode ser aceite se for reprodutível.

Na EA, reumatologistas experientes parecem ter uma boa concordância no BASMI e num avaliador treinado e num não treinado a avaliar o BASMI parece haver igualmente concordância de resultados.

Material e métodos: Foi realizada uma formação teórica de cerca de 1h sobre metrologia na AR e na EA e avaliados 5 doentes com AR e EA, observados 5 vezes num total de 25 observações para cada patologia, em que cada observador observou 2 doentes. Existia um grupo com maior experiência na avaliação clínica destes doentes (reumatologistas e internos) e outro com menor (enfermeiros).

Por forma a melhor comparar calculou-se a média dos observadores por doente e retirou-se esse valor à observação de cada um o que representa o desvio padrão ou a diferença do observador à média.

Resultados: A EVA de dor e de doença correlacionavam-se e globalmente não existia diferença significativa em cada uma das escalas avaliadas por enfermeiros e médicos. O tempo cronometrado da avaliação foi superior nos enfermeiros, mas não estatisticamente significativo. Não existe uma correspondência entre articulações dolorosas e tumefactas. A discrepância entre articulações tumefactas e dolorosas representa eventualmente um componente de cronicidade e não de actividade na AR. Encontrámos 10 em 25 (40%) observações na AR acima de 5% da média nas articulações tumefactas e 4 em 25 (16%) acima de 10%, mas apenas 8 em 25 nas dolorosas (32%) acima de 5% e 2 em 25 (8%) acima de 10%.

Na avaliação da EA, no que diz respeito à expansão torácica não existem diferenças entre o grupo mais experiente e o outro, contudo é de realçar uma maior dispersão de resultados no indicativo eventualmente de maior dificuldade na manobra. No schouber modificado a avaliação pelos médicos foi mais próxima da média das avaliações de forma significativa. No schouber lateral esquerdo, tragus parede esquerdo tal como na rotação cervical esquerda, bem como no EVA vertebral

existe uma maior dispersão de resultados o que nos parece relevante. Nas avaliações consideradas na EA não existe uma diferença estatisticamente significativa entre Médicos e Enfermeiros, à excepção do *schouber* modificado.

Discussão e conclusão: Pode existir um viés relacionado com o observador que dado o número reduzido de observações não pode ser avaliado. Na AR o doente 1 teve avaliações com maior dispersão pelo que temos de ter em conta outra variável, que é a variabilidade do próprio doente.

Outro viés não considerado é a ordem de avaliação dos doentes que alguns trabalhos referenciam como eventualmente importante.

A EVA da dor, utilizada de forma sistematizada por ambos os grupos (mais e menos experientes) é na AR muito próxima da média o que indicia que a experiência na sua utilização melhora o resultado final. Tal como na literatura, a avaliação das articulações tumefactas representa a maior dificuldade de concordância nas avaliações. Na EA existe uma clara dificuldade de padronização na expansão torácica, occiput parede e nas medições esquerdas parecem encerrar maior dificuldade.

A utilização de índices associados de avaliação tendo em conta a auto-avaliação do doente podem ser úteis (PDAS).

A formação e treino parece ser necessário para uma menor variabilidade das avaliações, mas mesmo com pouco treino pode-se atingir um nível de avaliação com qualidade feito por outros profissionais que não reumatologistas.

Outras avaliações com maior número de doentes são necessárias para confirmar estes resultados.

Em nome do MetroIPR - que incluí o corpo clínico (médico, enfermagem e nutrição) do IPR participante nesta formação e que são membros da Unidade de Metrologia do IPR (MetroIPR).

CLP 30 – REDES SOCIAIS, APOIO SOCIAL, SUA AVALIAÇÃO NA UNIDADE DE INTERNAMENTO DO IPR

Almedina Garcia,¹ Fátima Henriques,¹
Alexandra Cardoso¹

1. Instituto Português de Reumatologia;

Introdução: A influência que o apoio social exerce na saúde das pessoas, desde o processo interactivo, ao apoio emocional, material ou económico vindo da rede social é entendido como um conjunto de elementos funcionais e estruturais reais ou

percebidos pelos indivíduos. O apoio social quando é estruturado define a rede social, que oferece informação sobre a quantidade de relações sociais. O apoio social tem um papel importante no processo de adaptação dos doentes crónicos, prevenindo efeitos psicológicos adversos, estando mais receptivos aos tratamentos. A rede social mais importante é a da família, quando esta é funcional. As funções da rede social têm sido definidas por vários autores, como companhia social, apoio emocional, guia cognitivo de conselhos, regulação social, ajuda material e acesso a novos contactos.

Objectivo: Este estudo objectivou a avaliação de um grupo de doentes através da aplicação de uma escala de apoio social. Pretendeu-se analisar a vida material, afectiva, emocional, interacção social positiva e de informação, e em que medida as redes de apoio social ou familiar influenciam, interferem ou respondem na saúde e no bem-estar destes doentes.

Metodologia: Para avaliar o apoio social na unidade de internamento do IPR foi aplicada a versão portuguesa do questionário *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS), constituído por 20 itens que avaliam o apoio estrutural (nº de familiares/amigos próximos) e o apoio funcional (apoio material, emocional, afectivo e interacção social positiva). A qualidade de vida foi determinada pelo SF-36. A amostra constituída por 318 doentes com doença reumática, utentes do IPR, apresentava idade média de 59,1 anos, em que 73,9% são mulheres, 10% são analfabetos e 74,9% têm o ensino básico. Entre as patologias frequentes encontram-se 20,4% com Artrite Reumatóide, 14,8% com Fibromialgia e 10,7% com Osteoartrose.

Resultados: A população estudada não apresentou diferenças significativas de idade ou de escolaridade entre o sexo. Relativamente ao apoio estrutural, a média foi de 6,8±6,6 familiares ou amigos próximos ao doente, com maior apoio nos homens (média de 9,7±8,6 vs. 5,7±5,3).

No que diz respeito ao apoio funcional: verificou-se em geral um maior apoio a nível afectivo e material; a análise pelo género revelou diferenças significativas, com destaque no sexo masculino que apresentou níveis superiores em todas as dimensões do apoio funcional. Todas as dimensões do apoio funcional, à excepção do material apresentaram diferenças significativas entre as diversas patologias reumáticas, sendo a Osteoartrose e a Fibromialgia as que referem menor apoio social.

O apoio social estrutural relacionou-se positiva-

mente com os componentes de saúde física e mental do SF-36 e negativamente com a idade ($p < 0,0001$). O apoio social funcional apresentou uma relação inversa com a idade em todas as dimensões; o apoio material e de informação associaram-se ao componente de saúde mental; enquanto que os apoios afectivo, emocional e a interacção social positiva se correlacionaram com os componentes de saúde física e mental.

Conclusão: As influências positivas das redes sociais na vida das pessoas verificam-se na saúde, sobretudo em situações de doenças crónicas. O suporte social que as redes sociais oferecem reduz o isolamento e aumentam o bem-estar do doente, o que ajuda a uma maior consciência da importância das rotinas/medicamentos, exercícios, mais atenção à saúde e auto-estima.

As relações sociais são dinâmicas e muito importantes em todo o ciclo da vida. O suporte social é dar e receber e os indivíduos têm que acreditar que são amados e valorizados.

CLP 31 – OBESIDADE OU ABANDONO: QUAL A SITUAÇÃO DO APOIO SOCIAL NOS DOENTES CRÓNICOS?

Alexandra Cardoso,¹ Rita Fernandes,¹ Luis Cunha Miranda,¹ José Vaz Patto,¹ Ana Assunção-Teixeira¹

1. Instituto Português de Reumatologia;

Introdução: O apoio social nas suas vertentes, estrutural, material, emocional, afectivo, de informação e interacção social positiva, está associado aos comportamentos sociais dos indivíduos, nomeadamente ao estilo de vida e aos hábitos alimentares preteridos.

Objectivo: O objectivo deste trabalho visa a análise da relação entre o apoio social e a presença de excesso ponderal e de gordura corporal.

Metodologia: Foram determinados os componentes corporais por bioimpedância eléctrica e respectiva biometria. Para avaliar o apoio social na unidade de internamento do IPR foi aplicada a versão portuguesa do questionário *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS), constituído por 20 itens que avaliam o apoio estrutural (nº de familiares/amigos próximos) e o apoio funcional (apoio material, emocional, afectivo e interacção social positiva). A amostra incluiu 63 indivíduos com doença reumática, idade média de 64,2 anos, 82,5% eram mulheres, 37,3% tinham Artrite Reumatóide e 15,3% Osteoartrose. Os doentes fo-

ram classificados pelo IMC e constituíram o grupo normoponderal versus pré-obesidade e obesidade; e pela gordura corporal os doentes com excesso adiposo.

Resultados: Em análise encontravam-se 36 (57,1%) doentes com $IMC \geq 25$, 20 (31,7%) com $IMC \geq 30$ e 38 (60,3%) com excesso de gordura corporal. Foram encontradas diferenças no grupo de doentes obesos quando comparados com os não-obesos relativas ao apoio estrutural na ordem de 11,2 vs. 5,0 familiares/amigos próximos ($p = 0,006$). A comparação entre doentes com gordura corporal normal versus excesso adiposo revelou a presença de diferenças significativas ao nível da dimensão de apoio emocional ($p = 0,031$). Verificou-se uma tendência semelhante neste último grupo relativa ao apoio material ($p = 0,056$). No entanto não foram encontradas relações significativas entre as dimensões do apoio social e as variáveis nutricionais estudadas.

Discussão e conclusão: O apoio estrutural e funcional pode de alguma forma influenciar o comportamento social e as escolhas alimentares. A presença de diferenças de apoio estrutural e emocional reportado pelo grupo de doentes obesos demonstra a necessidade de análise destas questões, nomeadamente em doentes crónicos, que frequentemente com limitações físicas significativas, requerem um maior apoio social por parte dos que os rodeiam.

CLP 32 – RUPTURA DO GLÚTEO MÉDIO – CAUSA INFREQUENTE DE DOR NA ANCA

Ana Ribeiro,¹ Jose Costa,¹ Filipa Teixeira,¹ Mónica Bogas,¹ Lúcia Costa,¹ Domingos Araújo¹
1. ULSAM

Introdução: A ruptura do tendão glúteo médio é raramente descrita. Apesar de dor local e fraqueza na abdução na anca afectada, em geral os sinais clínicos são pobres. Por este motivo o diagnóstico desta condição com base na história clínica e exame físico, pode confundir-se com bursite trocanterica.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso clínico de uma doente de 64 anos, vigiada em consulta de Reumatologia por queixas progressivas de dor na face lateral da anca esquerda com cerca de 7 meses de evolução. Referia agravamento das queixas com o decúbito para o lado da anca afectada e com o início dos movimentos, com uma marcha debi-

litante. O exame físico revelou dor localizada à palpação do grande trocanter e uma mobilização dolorosa da anca em todos os planos, apresentando também evidência de marcha de Trendlenburg. Na radiografia da bacia havia evidência de discreta calcificação peritrocantérica à esquerda, sem outras alterações. Apesar da terapêutica instituída, as queixas algicas e a limitação da mobilidade da anca eram desproporcionadas em relação aos achados radiológicos. Por este motivo, realizou RMN da anca esquerda que mostrava ruptura parcial do tendão glúteo médio esquerdo, com retracção miotendinosa proximal e com a porção posterior do tendão com sinais de tendinopatia intensa, com líquido no local da ruptura e nas bolsas trocantéricas, traduzindo bursite reactiva ou hemorrágica.

O quadro clínico era compatível com ruptura do tendão glúteo médio e mínimo, tendo a doente iniciado tratamento de reabilitação com melhoria clínica e funcional parcial.

Discussão: A ruptura do tendão glúteo médio diagnosticada por RMN, é provavelmente mais comum do que previamente reconhecido, sobretudo em indivíduos com mais de 60 anos. Desta forma, em doentes que se apresentam com queixas de bursite refractária à terapêutica médica e com dificuldade na marcha, devem ser colocadas outras hipóteses de diagnóstico, nomeadamente ruptura tendinosa dos glúteos, uma vez que a abordagem terapêutica pode ser diferente, podendo haver necessidade de cirurgia.

CLP 33 – TRANSPLANTE PULMONAR E O RISCO DE OSTEOPOROSE

Maria Ribeiro da Cunha,¹ M^a Lurdes Diamantino¹
1. Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: A terapêutica com corticosteróides acarreta diversos efeitos secundários, sendo a osteoporose uma das causas de morbilidade associada.

No caso específico dos transplantados pulmonares, medicados com corticosteróides pré e pós-transplante, a prevenção e/ou tratamento da osteoporose torna-se extremamente importante para a diminuição do risco de fractura.

Material e Métodos: Foram recolhidos os dados demográficos, clínicos e valores de osteodensitometria de todos os doentes submetidos a trans-

plante pulmonar no Hospital de Santa Marta desde Janeiro de 2009 até Outubro de 2009.

Relacionaram-se as doses de corticosteróides, os índices biométricos e outros factores de risco com os valores de osteodensitometria pré e pós-transplante pulmonar (com um intervalo médio de cerca de um ano).

Resultados: A população estudada (n=7) era constituída por transplantados pulmonares com tempo médio pós-transplante de 6 meses, caucasianos, 57% mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 57 anos (média de 43 anos) e Índice de Massa Corporal médio de 23,58 kg/m².

Todos faziam terapêutica crónica com corticosteróides (orais ou inalados) previamente ao transplante, com a dose média equivalente de prednisolona oral de aproximadamente 16 mg diários. Dois dos doentes apresentavam valores densitométricos de osteoporose pré-transplante e 5 doentes revelavam osteopenia. Anteriormente ao transplante, somente um doente fazia terapêutica com bifosfonatos (alendronato), ainda que sem suplementos de cálcio ou vitamina D; um doente estava medicado apenas com suplementos de cálcio; e um outro tomava suplementos de cálcio e vitamina D.

Após o transplante, todos os doentes continuaram corticoterapia (prednisolona oral com a dose média diária de 10 mg) e iniciaram alendronato semanal e suplementos de cálcio e vitamina D diários. Os valores das osteodensitometrias pós-transplante não revelaram variações significativas em relação à primeira avaliação. Apesar disto, de notar que um dos doentes sofreu fracturas osteoporóticas vertebrais múltiplas durante o 3º mês pós-transplante.

Discussão: Tendo em consideração o pequeno número de doentes deste estudo, os resultados apresentam algumas limitações.

No entanto, parece haver uma correlação entre transplante pulmonar e o risco de osteoporose, quer pela corticoterapia como pela doença pulmonar de base e factores de risco coexistentes.

Embora não sendo possível a determinação exacta da equivalência de dose sistémica dos corticosteróides inalados, tende a existir uma predisposição para o aumento do risco de fractura no grupo que utilizava esta forma farmacêutica pré-transplante.

Outra das limitações deste trabalho, prende-se com o curto intervalo de tempo desde o início da terapêutica com bifosfonatos, suplementos de cálcio

cio e de vitamina D e as reavaliações das osteodensitometrias.

Conclusão: A monitorização, prevenção e/ou tratamento da osteoporose nesta subpopulação de doentes, deve ser tida em conta tanto durante a fase pré-transplante pela terapêutica crónica com corticosteróides para a doença pulmonar, como no período pós-transplante pela continuação da sua utilização como imunossupressor.

Os profissionais de saúde que lidam com candidatos ou transplantados pulmonares, devem estar atentos para esta situação no sentido de evitar complicações que podem diminuir significativamente a qualidade de vida destes doentes.

CLP 34 – OSTEOARTROSE DA MÃO – DO TRATAMENTO CONSERVADOR À REABILITAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA

António Cunha,¹ Sara Lorga,¹ Catarina Matos,¹ Isabel Crespo,¹ Edite Fagundes¹

1. Hospital S. José - Centro Hospitalar de Lisboa Central

A articulação interfalângica distal é o local mais atingido pela doença osteodegenerativa da mão, seguida pela articulação trapeziometacárpica. No entanto, o envolvimento desta última, causa de forma muito mais significativa, limitação da função secundária a diminuição da força muscular e/ou dores na realização de pinças e preensão. A patologia degenerativa desta articulação – rizartróse – é extremamente frequente atingindo aproximadamente uma em cada três mulheres pós-menopáusicas. A sintomatologia, deformação articular e incapacidade funcional apresenta variabilidade interpessoal.

O tratamento conservador é a primeira linha na maioria das situações, sobretudo na fase inicial da doença.

O tratamento cirúrgico justifica-se quando o tratamento conservador se mostra incapaz de garantir o controlo da sintomatologia e preservar a capacidade funcional. Várias soluções poderão ser propostas. A melhor opção de forma a garantir uma redução da dor e óptima funcionalidade mantém-se incerta. Os resultados da interposição de prótese/implantes, na revisão da literatura, são em alguns estudos porventura desanimadores mas o desenvolvimento de novos materiais poderá voltar a tornar esta solução mais consensual. O LRTI é actualmente a técnica de maior popularidade sendo considerada o standard com a qual os no-

vos procedimentos e resultados deverão ser comparados. Num estudo de seguimento a longo prazo esta técnica demonstrou um excelente alívio da dor em 95% dos doentes ao fim de 9.4 anos, com aumento da força de preensão em 92,5% e da força na realização de pinças em 50%.

A reabilitação assume um papel de extrema importância estando dependente do tipo de cirurgia efectuada. Numa fase inicial deverá centrar-se sobretudo no controlo da dor e redução do edema progredindo para a recuperação da mobilidade, fortalecimento e estabilização da musculatura just-articular.

CLP 35 – ALTERAÇÕES REUMATOLÓGICAS E DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Joana Matos da Silva,¹ Regina Belo,¹

Ângela Santos Neves¹

1. C.S. Montemor-o-Velho

Introdução: O envolvimento articular nos doentes com doenças inflamatórias intestinais pode preceder, acompanhar ou seguir-se ao aparecimento das manifestações intestinais.

Descrição do caso: Este trabalho relata dois casos clínicos em que estão associadas doenças inflamatórias intestinais e patologia reumática.

Caso 1 – doente, do sexo feminino de 38 anos de idade que há cerca de 9 meses iniciou quadro de lombosacralgias, de características inflamatórias, que cedia mal a analgésicos, ainti-inflamatórios e miorelaxantes. O estudo imagiológico revelou sacroileíte, pelo que a doente foi enviada a consulta de reumatologia. Há cerca de 4 meses a doente iniciou um quadro de rectorragias, que inicialmente se assumiu ser patologia hemorroidária, mas que perante a não resolução com tratamento foi realizada rectosigmoidoscopia com biópsia que revelou colite ulcerosa.

Caso 2 – doente do sexo masculino, de 47 anos de idade, com colite ulcerosa diagnosticada há vários anos, que fazia terapêutica apenas nas exacerbações da doença e que recentemente desenvolveu um quadro de dorsolombalgias intensas de características mistas, que após estudo analítico e imagiológico revelou espondilite anquilosante.

Discussão/Conclusão: Estamos perante dois casos em que o quadro gastrointestinal coexiste com alterações reumatológicas, no primeiro as alterações reumatológicas antecedem os sintomas gastrointestinais e no segundo as alterações reumato-

lógicas aparecem muito tempo após o início do quadro intestinal. Torna-se pois de enorme importância para o médico de cuidados de saúde primários ter a consciência desta íntima associação e antecipar a possível ocorrência de envolvimento de novo sistema.

CLP 36 – ALTERAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO DOENTE COM PATOLOGIA REUMATOLÓGICA

Joana Matos da Silva,¹ Ângela Santos Neves,¹ Regina Belo¹

C.S. Montemor-o-Velho

Pertinência: A consciência de que a patologia reumatológica crónica está intimamente associada a alterações psiquiátricas começa a impor-se entre a comunidade médica. Ainda assim, muitos são os casos em que as queixas subjectivas do doente são subestimadas.

Objectivo: Alertar para a elevada prevalência de alterações psiquiátricas nos doentes com patologia reumatológica e para a necessidade de diagnóstico precoce das mesmas.

Metodologia: Pesquisa Pubmed «reumatological disease»[Mesh] e «mental disorders»[Mesh], publicações de 1997-2009.

Desenvolvimento: As alterações do humor (depressão, ansiedade, pânico) estão presentes em pelo menos um terço dos doentes referenciados para uma consulta de reumatologia. A prevalência de doença psiquiátrica na população geral é de aproximadamente 12% e nos doentes com dor crónica ascende aos 17%.

Estas alterações ampliam a incapacidade inerente à doença de base e afectam negativamente o seu curso, contribuindo para diminuição da produtividade no trabalho, aumento do absentismo, deterioração das relações interpessoais e familiares, que não sendo detectadas e tratadas a tempo podem mesmo levar ao suicídio.

As alterações mais estudadas e com relação comprovada são as alterações do sono e as alterações do humor, mas a interrelação da esfera psiquiátrica e reumatológica não se esgota aqui. A personalidade neurótica, a hipocondríase, a síndrome de ansiedade generalizada, são patologias muito mais prevalentes em doentes reumatológicos.

Conclusões: É importante o reconhecimento de que as alterações psiquiátricas são um componente importante da patologia reumatológica, pelo

que se deve preconizar um diagnóstico e tratamento precoces de forma a melhorar o prognóstico e a qualidade de vida do doente.

CLP 37 – GOTA, A PRÁTICA CLÍNICA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Mileta Gomes,¹ Miguel Sousa,² Inês Abreu,¹ Carlos Ceia¹

1. USF Vale do Sorraia – CS Coruche

2. Instituto Português de Reumatologia;

Introdução: Das artropatias microcristalinas, a gota é a mais frequente, havendo deposição de cristais de monourato de sódio nas articulações, tendões e outros tecidos.

A prevalência da gota duplicou nas últimas duas décadas, surgindo assim a necessidade de otimizar o seu tratamento. O adulto jovem do sexo masculino e menos frequentemente a mulher na pós-menopausa são os grupos de maior incidência. A gota está também associada ao síndrome metabólico, à insuficiência renal crónica (IRC) e à toma de diuréticos, sinvastatina, ciclosporina e tacrolimus.

O objectivo terapêutico é o de atingir uricémias abaixo de 6mg/dl, valor a partir do qual se dá a diminuição de depósitos de cristais nos tecidos. Os doentes apresentam frequentemente hipertensão arterial (HTA) e hipertrigliceridemia, pelo que para o seu tratamento deverão ser preferidas terapêuticas hipouricemiantes como o fenofibrato, losartan e a amlodipina.

Objectivos: Estudar as características clínicas e demográficas de uma amostra de doentes com gota, em momentos diferentes da doença.

Quantificar o número de doentes que tem patologias de associação com a gota e que fazem fármacos que podem alterar os valores de uricémia.

Materiais e Métodos: Estudo retrospectivo, de uma amostra de doentes com diagnóstico de gota, do ficheiro informatizado de três médicos da USF Vale do Sorraia/CS Coruche.

Foram analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, idade do doente ao diagnóstico de gota, anos de seguimento e uricémia. Registaram-se as uricémias em três momentos:

uricémia inicial (T0), após início da terapêutica hipouricemiante num período inferior a 6 meses (T1) e o último valor de uricémia registado (T2). Os níveis de uricémia foram divididos em 3 intervalos, um abaixo de 6mg/dl, outro entre 6 e 8 mg/dl e por último acima de 8 mg/dl.

Foram também documentadas as terapêuticas relevantes que podem condicionar alterações nos níveis de uricémia e outras doenças associadas como a diabetes mellitus, hipertensão, litíase renal, insuficiência renal crónica, obesidade e dislipidémia.

Resultados e Discussão: De 5.713 doentes analisados, foram documentados 80 doentes (1,4%) com diagnóstico de gota. A média de idades da amostra é de 63,1 anos e é constituída por 72 homens. Os doentes do sexo masculino apresentavam médias de idade actual e à data do diagnóstico de gota, de 62,1 e 53,67 anos e do sexo feminino 72,3 e 65 anos, respectivamente. Em média o tempo de seguimento dos homens foi de 8,44 anos e das mulheres de 7,25 anos.

As uricémias registadas em T0 foram de 72,5% acima de 8mg/dl e os restantes com valores entre 6 e 8 mg/dl. Os valores de uricémia em T1 foram de 27,5% abaixo de 6 mg/dl e 7,5% com valores acima dos 8 mg/dl e os restantes com valores entre 6 e 8 mg/dl. Verificou-se uma descida significativa dos valores de uricémia de T0 para T1 ($p<0,001$) e de T0 para T2 ($p<0,001$). Entre o momento T1 e T2 verificou-se um aumento significativo dos valores de uricémia ($p=0,039$), este facto poderá ser devido a uma menor continuidade na terapêutica crónica da gota.

Relativamente a comorbilidades: 25% dos doentes com diabetes mellitus tipo 2, 70% com HTA, 15% com litíase renal e nenhum doente apresentava IRC. Relativamente ao peso corporal 7,5% era normoponderal, 37,5% com excesso de peso, 45% apresentavam obesidade grau I e os restantes 5% com obesidade grau II. Do perfil lipídico da amostra salienta-se: dislipidémia mista 37,5%, hipercolesterolemia 35% e hipertrigliceridémia 7,5%. Dos doentes com dislipidémia, 56% poderiam ser medicados com fenofibrato, aproveitando o seu efeito hipouricémico.

Da terapêutica medicamentosa da gota foram utilizados: AINE's em 95% dos doentes, alopurinol em 95% (2,5% apresentaram alergia ao alopurinol), colchicina em 42,5%, (não se conseguiu apurar se em simultâneo com o alopurinol).

Da restante medicação crónica, 47,5% dos doentes estavam medicados com diurético e 50% com uma estatina, ambos os fármacos com potencial hiperuricémico.

Conclusões: A caracterização desta amostra permitiu a identificação de potenciais melhorias no seguimento e terapêutica da gota e das suas co-

morbilidades. A vigilância e contínuo apelo à adesão terapêutica são fundamentais para atingir os objectivos terapêuticos, ou seja, uricémias abaixo de 6 mg/dl.

Doenças concomitantes como a HTA e a dislipidémia deverão ser diagnosticadas e tratadas preferencialmente com fármacos como o fenofibrato, losartan e amlodipina, pelo seu efeito hipouricémico.

CLP 38 – ESTUDO RED COR: RELAÇÃO ENTRE DEXA E COMPOSIÇÃO CORPORAL NA OA E AR

Alexandra Cardoso,¹ Luis Cunha Miranda,¹
Rita Fernandes,¹ José Vaz Patto,¹
Ana Assunção Teixeira,¹ Eugénia Simões¹

1. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: Cada vez mais existe uma crescente necessidade de avaliações de factores de risco sobreponíveis, no tempo de vida dum indivíduo numa forma rápida e eficaz. A composição corporal é uma forma de avaliação mais efectiva do risco cardiovascular que o IMC só por si, e numa população de mulheres pode ajudar-nos a determinar as que necessitam de uma intervenção mais global dos seus hábitos de vida. Nestas mulheres a osteoporose é claramente uma situação importante. Com as novas técnicas de análise de bioimpedância (BIA) poderemos ter dados da composição corporal óssea, parâmetros que podem ser importantes no screening de OP e risco CV.

Objectivo: Pretende-se avaliar a relação entre a determinação dos valores de densidade mineral óssea por DEXA e a análise da composição corporal detalhada ao nível da avaliação do conteúdo mineral ósseo através de BIA.

Metodologia: Foram seleccionados doentes com diagnóstico de Artrite Reumatóide (AR) e Osteoartrite (OA), com densitometria óssea bifotónica realizadas na unidade de doenças osteometabólicas do IPR (Hologic QDR 2000). Os indivíduos foram sujeitos a análise da composição corporal por BIA octapolar e em multifrequência (InBody720), que fornece informação segmentada sobre os diferentes compartimentos corporais: massa gorda corporal, muscular esquelética, gordura visceral, distribuição da massa magra, água intra e extracelular com *score* de edema, metabolismo basal e conteúdo mineral ósseo.

Resultados: Foram incluídos 70 doentes, dos quais 67 (95,7%) do sexo feminino; 30 (43%) com AR e 40

(57%) com OA. A idade média foi de $59,7 \pm 11,4$ e $59,6 \pm 9,1$ anos, respectivamente ($p > 0,05$); não se verificaram diferenças significativas nas variáveis de composição corporal entre os 2 grupos estudados. Os doentes com AR apresentavam valores de $t\text{-score}_{(\text{fémur})}$ significativamente inferiores à OA ($p < 0,0001$), e com tendência para níveis inferiores de $t\text{-score}_{(\text{coluna})}$ na AR ($-0,94$ vs. $-1,50$).

A análise pela presença de osteoporose (OP) ou osteopénia (Op) revelou frequências semelhantes na AR e OA, à excepção da Op_(fémur), significativamente elevada na AR (66,7% vs. 33,3%; $p < 0,0001$). As características da composição corporal avaliada nos 2 grupos, não se destacaram perante a presença de OP ou Op da coluna ou do fémur.

No entanto, o $t\text{-score}_{(\text{coluna})}$ nos doentes com AR correlacionou-se significativamente com a idade ($r = -0,418$; $p = 0,021$) e positivamente com a maioria dos compartimentos corporais determinados, como é o caso do conteúdo mineral ósseo ($p = 0,037$) e a massa muscular esquelética ($p = 0,004$); ao contrário da OA, que não apresentando relação com a idade, demonstra associação estatisticamente significativa com o $t\text{-score}_{(\text{fémur})}$ em grande parte das variáveis corporais, destacando-se a relação com o conteúdo mineral ósseo ($p = 0,008$) e com a massa muscular esquelética ($p = 0,002$) nos doentes com OA.

Discussão e conclusão: Foi demonstrada a presença de uma relação significativa entre os parâmetros nutricionais avaliados por BIA com os valores de $t\text{-score}_{(\text{coluna})}$ na AR e do $t\text{-score}_{(\text{fémur})}$ na OA. Estes dados são particularmente interessantes, se tivermos em conta o componente de sobrecarga ponderal atribuível aos doentes com OA, ou o envolvente na terapêutica medicamentosa associada à AR, com uso crónico de corticoterapia e até mesmo a incapacidade funcional significativa, frequentemente presente em doentes com doença crónica de longa evolução.

Uma análise com maior amplitude é sugerida pelos autores para clarificação destas questões emergentes, já que o método de BIA é significativamente mais económico e com menor transtorno para a saúde, podendo num futuro próximo ser visto como uma técnica aplicável ao rastreio e eventual monitorização destes doentes, no que diz respeito ao conteúdo mineral ósseo e status nutricional global.

CLP 39 – OSTEOMALÁCIA: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

G Terroso,¹ T Videira,¹ E Mariz,¹ C Vaz,¹ M Bernardes,¹ J Pinto,¹ J Brito,¹ F Simões-Ventura¹

1. Hospital São João Porto

Introduções: A osteomalácia é uma doença metabólica rara caracterizada por deficiente mineralização da matriz óssea, manifestando-se por fracturas, dor óssea e diminuição da força muscular proximal.

A causa mais frequente é a deficiência de vitamina D, causada por insuficiente aporte dietético, malabsorção intestinal, deficiente formação endógena por escassa exposição solar ou, mais raramente, por deficiente activação na doença hepática, insuficiência renal ou secundária a fármacos.

Outras causas menos frequentes são a hipofosfatemia (hereditária ou adquirida), acidose tubular renal e anomalias hereditárias do metabolismo da vitamina D.

Descrição dos Casos

Caso 1: Mulher de 34 anos, ex-toxicodependente e com infecção por VIH sob terapêutica com tenofovir, que apresentava quadro progressivo de dores ósseas difusas, mialgias e marcha miopática com dois anos de evolução.

Analiticamente, constatados aumento da fosfatase alcalina, hipofosfatemia com taxa de reabsorção urinária de fósforo diminuída e diminuição discreta da vitamina D sérica (1,25 e 25-hidroxivitamina D) com cálcio sérico total, ionizado e PTHi normais; beta crosslaps aumentada. Gasimetricamente, sem desequilíbrios ácido-base. Sem alterações urinárias sugestivas de síndrome de Fanconi.

O cintilograma ósseo mostrou hiperfixação em múltiplas localizações com aspectos sugestivos de pseudofracturas.

Foi realizada biopsia da crista ilíaca que confirmou o diagnóstico de osteomalácia.

Efectuou-se substituição do tenofovir pelo ritonavir com suplementação de fósforo e calcitriol, com resposta clínica e analítica favorável em três meses.

Caso 2: Mulher de 90 anos, com história de doença de Paget óssea, hipoacusia e hepatite B crónica sob terapêutica com adefovir, admitida por dores ósseas generalizadas refractárias à terapêutica analgésica.

Analiticamente, apresentava aumento da fosfatase alcalina e beta-crosslaps, hipofosfatemia e deficiência de 25-hidroxivitamina D com PTHi, cálcio total e ionizado normais. A análise de urina de

24 horas mostrou clearance de creatinina de 44.8 mL/min e taxa de reabsorção de fósforo baixa. Sem alterações urinárias sugestiva de síndrome de Fanconi. Gasimetricamente, sem desequilíbrios ácido-base.

Retrospectivamente, verificou-se relação temporal entre as alterações analíticas e o início da toma de adefovir.

O estudo de outras causas revelou-se negativo e o quadro foi interpretado como osteomalácia multifactorial: deficiência de vitamina D e hipofosfatemia secundária à toma de adefovir.

Effectuou-se substituição do adefovir pelo entecavir com suplementação de fósforo e calcitriol, com melhoria clínica e analítica lenta mas progressiva.

Discussão: A osteomalácia é uma entidade reconhecida na infecção por VIH, por mecanismos multifactoriais. No segundo caso, a existência de deficiência de vitamina D e hipofosfatemia associadas à toma de adefovir suscitaram a suspeita de osteomalácia.

Os dois casos clínicos alertam para a existência de osteomalácia causada por iatrogenia farmacológica, reversível com a substituição do agente implicado.

CLP 40 – CIRCULATING LYMPHOCYTE PROFILE IN PATIENTS WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

T. Videira,¹ S Pimenta,¹ P Pinto,¹ I Cunha,² I Brito,¹ A Caldas³

1. Hospital São João Porto

2. Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro

3. Hospital de São João Porto;

Objective: To determine the immunophenotypic profiles of circulating lymphocytes in patients with different disease subtypes of Juvenil Idiopathic Arthritis (JIA).

Methods: peripheral blood lymphocyte subsets from 46 patients; 18 with oligoarticular (o-JIA), 26 with poliarticular (p-JIA), 2 patients with systemic (s-JIA) were characterized by cytometry analysis.

Results: The average age was 12,43 years (range 2-27 years). Ratio female/male of 1,76 (13 male: 33 female). The total lymphocyte count was increased in 5 of 46 patients (10,8%), all of poliarticular subtype. The authors found variable changes in lymphocyte profile namely diminished levels of NK CD56+ cells was found in 30% of the total of patients, namely in 23,9% of poliarticular subtype, in

4,3% of oligoarticular subtype, and in 2,2% of the systemic subtype. Increased levels of CD3+ were encountered in the following frequency (6,5% of poliarticular and oligoarticular subtype and 2,2% of the systemic subtype); increased levels of CD19+ in 6,5% of the poliarticular subtype; increased levels of CD3+/4+ in 10,8% of the poliarticular subtype and increased levels of CD3+/8+ in 4,3% of oligoarticular subtype and 2,2% of the poliarticular and systemic subtypes.

Conclusion: Our study is indicative that the immunophenotypic lymphocytic profile is variable in patients with juvenile idiopathic arthritis, namely in the poliarticular form in which a decreased number of CD56+ circulating cells exist, indicating differentiation of CD8+ T cells. More studies are needed to confirm this results.

CLP 41 – HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR – AVALIAÇÃO DE UMA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR

T Videira,¹ F Brandão,² I Belchior,² A Morais,² M Santos,² P Marques,² C Cruz,¹

F Simões-Ventura¹

1. Hospital São João Porto

2Hospital de São João Porto;

Introdução: A Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) é uma condição clínica rara, geralmente associada a um prognóstico desfavorável. Além da HAP primária, existe uma série de patologias que cursam com esta alteração, tendo apenas algumas delas tratamento farmacológico com benefício comprovado. Pretendemos divulgar a experiência com terapêutica dirigida para HAP num hospital central.

Método: Analisamos os registos de todos os doentes adultos que no Hospital S. João realizaram terapêutica dirigida para HAP de acordo com a indicação do grupo multidisciplinar que orienta a estratégia para estes doentes desde 2006.

Resultados: Foram incluídos 15 doentes com média de idades de 48,3 anos, sendo 73,3% do sexo feminino. Três doentes tinham HAP primária, 4 conectivite (Esclerodermia- 3, Lúpus Eritematoso Sistémico-1), 4 fisiologia de Eisenmenger, 3 doença tromboembólica crónica e 1 Doença Veno-oclusiva Pulmonar. Na altura do diagnóstico, o valor médio de Pressão Sistólica da Artéria Pulmonar (PSAP) medida por ecocardiografia (EC) foi de 77,1 mmHg enquanto no cateterismo cardíaco direito (CCD) o valor médio da Pressão Arterial Pulmonar

média foi de 53,5 mmHg. A prova de vasodilatação foi positiva em 1 doente. Inicialmente foram prescritos antagonistas do receptor da endotelina a 14 doentes, (13 bosentan e 1 sitaxentan), inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (sildenafil) a 1 doente e antagonista dos canais de Ca²⁺ (nifedipina) a 1 doente. A eficácia terapêutica foi avaliada segundo a classe funcional NYHA/WHO, prova da marcha dos 6 min. e PSAP medida por EC. Por progressão da doença, confirmada por CCD, foi prescrita associação a 2 doentes com bosentan e análogos da prostaciclina (iloprost inalado), 2 com bosentan e sildenafil, e 2 com associação tripla (bosentan, iloprost e sildenafil), estando 1 destes medicado também com nifedipina. Não foram identificadas alterações significativas da função hepática neste grupo de doentes. Houve melhoria na prova de marcha de 6´ em 6 doentes (40%) de 244 m em média vs 420 m em média. Dos 6 doentes sem melhoria na prova de marcha dos 6´, dois faleceram. Uma doente faleceu menos de um mês após início de terapêutica. Dois doentes iniciaram terapêutica há menos de 3 meses. A taxa de mortalidade aos 12 meses foi de 27% (4 doentes). Um doente foi submetido a transplante pulmonar.

Conclusões: A análise da nossa experiência no tratamento dirigido para a HAP testemunha o prognóstico desfavorável desta condição assim como a melhoria clínica da capacidade de exercício alcançada num número significativo de doentes. A HAP encontra-se associada a uma variedade de patologias com características diversas que exigem uma abordagem multidisciplinar, com necessidade de uma monitorização rigorosa e uma estratégia terapêutica diversificada e onerosa.

CLP 42 – FUNCIONALIDADE NA ARTROPAZIA GOTOSA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Lima,¹ Guida Barata,² Maria do Carmo Cary¹

1. Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão

2. Hospital Faro EPE

Introdução: A gota úrica é uma entidade nosológica frequente (afecta 1% da população) que resulta da reacção inflamatória aos cristais de urato de sódio nos tecidos nos estados de hiperuricémia. O episódio inaugural ocorre geralmente na primeira articulação metatarsal (podagra). Evolui por episódios intermitentes de inflamação articular aguda e, se não tratada, pode levar à formação de tofos gotosos e destruição articular. O prognós-

tico depende do diagnóstico precoce e adequada instituição de terapêutica.

Os autores apresentam o caso clínico de um doente com artropatia gotosa crónica exuberante com atingimento preferencial das mãos.

Caso Clínico: Doente de 59 anos, sexo masculino, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e hábitos etanólicos moderados, que teve a primeira manifestação de gota há 30 anos (inflamação aguda da primeira articulação metatarsal direita). Evoluiu com atingimento progressivo das articulações metacarpofalângicas, interfalângicas proximais, cotovelos, metatarsofalângicas e joelhos, com instalação de artrite crónica e tofos gotosos exuberantes nos membros superiores (sobretudo ao nível das mãos) com incapacidade funcional progressiva. Submetido a cirurgia para excisão de tofo gotoso no cotovelo esquerdo e libertação do nervo mediano esquerdo por síndrome do túnel cárpico há 2 anos, tendo posteriormente sido avaliado em primeira consulta no CMR-Alcoitão. Apresentava dor e limitações articulares importantes ao nível das articulações das mãos, com tofos gotosos exuberantes, que condicionavam dificuldade no desempenho das actividades de vida diária (AVD) e incapacidade funcional marcada. Iniciou programa de reabilitação (fisioterapia e terapia ocupacional), que foi sendo ajustado consoante a fase (aguda ou crónica) da doença. Foi orientado para Consulta de Reumatologia para melhor controlo metabólico e feitas recomendações para um estilo de vida saudável (dieta adequada, evicção de álcool). Apresenta-se melhorado, com diminuição das queixas algicas, aumento das amplitudes articulares e maior funcionalidade e independência nas AVD.

Conclusão: Quando não tratada, a gota condiciona destruição articular e insuficiência renal crónica irreversível. A MFR tem um papel importante na melhoria da qualidade de vida destes doentes, permitindo uma maior participação e independência.

CLP 43 – SÍNDROMES PARKINSÓNICAS: CAUSA INCOMUM DE SÍNDROME DOLOROSA REGIONAL COMPLEXO.

Filipa Teixeira,¹ Ana Ribeiro,¹ José Costa,¹

Mónica Bogas,¹ Carmo Afonso,¹

Domingos Araújo¹

1. ULSAM

Introdução: O Síndrome Doloroso Regional Com-

plexo (SDRC) é uma entidade, classicamente caracterizada por dor intensa, disestesias, alterações vasomotoras e autonómicas, que surge mais frequentemente no contexto de traumatismo. Mais raramente, pode surgir associado a outras condições médicas, nomeadamente, situações que comprometem o sistema nervoso central.

Caso Clínico: Doente de 54 anos, enviada à consulta de Reumatologia, por quadro clínico de dor e edema do membro superior esquerdo, associados a alterações da coloração da mão, e progressiva incapacidade funcional com 6 meses de evolução. Referia previamente ao início destas queixas, tremor do membro em repouso, e posterior omalgia esquerda. Concomitantemente, notou também, desequilíbrio na marcha, dificuldade em articular algumas palavras e sialorreia. Negava qualquer história de traumatismo.

No exame objectivo evidenciava mão esquerda com edema e rubor, rigidez espástica do cotovelo e mão. Ao exame neurológico apresentava marcha com diminuição do balanceio do membro superior esquerdo e anteflexão do tronco. Sem sinais inflamatórios articulares, nem défice de força evidentes. Analiticamente, não havia alterações relevantes. A radiografia do ombro e mão esquerda mostrava osteopenia global. Na cintigrafia osteoarticular havia evidência de aumento difuso da captação dos bifosfonatos na região do ombro. Na TAC crânio-encefálica não havia referência de lesões ocupando espaço, nem lesões isquémicas agudas.

Concluiu-se por SDCR tipo I, associado a Síndrome Parkinsónica. Iniciou terapêutica com levodopa + carbidopa, mantendo terapêutica com pregabalina e calcitonina de salmão instituídas previamente.

Em consulta de reavaliação verificou-se melhoria clínica quer da sintomatologia dolorosa do membro superior esquerdo, quer do quadro neurológico.

Discussão: O SDRC tipo I pode ter na sua origem várias causas, nem sempre identificáveis, estando descrito na literatura que em aproximadamente 35% dos casos, não se reconhece o evento desencadeante. Como causas mais comuns são referidas os traumatismos, o Acidente Vascular Cerebral, Enfarte Agudo do Miocárdio, alguns fármacos e patologia periarticular. Raramente, os Síndromes Parkinsónicas são identificados como factor etiológico.

CLP 44 – LEPRA E GOTA: MANIFESTAÇÕES TÍPICAS NA ASSOCIAÇÃO RARA DESTAS ENTIDADES CLÍNICAS

Filipa Teixeira,¹ Ana Ribeiro,¹ José Costa,¹ Mónica Bogas,¹ Carmo Afonso,¹ Domingos Araújo¹

1. ULSAM

Introdução: Na Hanseníase, as manifestações articulares passíveis de ocorrer no decurso da doença, podem confundir-se com várias doenças reumáticas. O envolvimento osteoarticular tem na sua base vários mecanismos, entre os quais, infecção directa pelo bacilo, inflamação reactiva ou artropatia neuropática. A coexistência num mesmo doente de outra doença reumática resulta num achado de manifestações clínicas e radiológicas que poderão constituir um desafio diagnóstico.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 76 anos, enviado à consulta de Reumatologia por deformidades articulares pouco dolorosas. Tinha antecedentes de Doença de Hansen, diagnosticada e tratada há 30 anos e suspeita de recidiva recente, pelo que estava medicado com dapsona.

No exame objectivo, destacavam-se varias deformidades articulares, envolvendo mãos, punhos, joelhos e pés, suspeitas de envolvimento neuroartropático, e nódulos sugestivos de tofos gotosos. Analiticamente apresentava anemia normocrômica normocítica, hiperuricémia e insuficiência renal moderada.

As radiografias evidenciavam erosões em «saca bocado» a nível dos cotovelos e pés, quistos ósseos no carpo, várias erosões e geodes nas pequenas articulações das mãos, gonartrose bilateral e, ainda, a nível dos pés, reabsorção óssea das falanges (aspecto *licked candy stick*).

O estudo do líquido sinovial revelou a presença de cristais de monourato de sódio e electromiograficamente verificou-se haver envolvimento neurológico.

Concluiu-se pela sobreposição de artropatia tofácea crónica e sequelas de envolvimento osteoarticular e neurológico de Doença de Hansen. Iniciou terapêutica com alopurinol e colchicina.

Discussão: No presente caso clínico, verificou-se associação de manifestações clínicas e radiológicas características de ambas as doenças isoladamente. Os tofos e as erosões em «saca bocado» traduzem um quadro de artropatia tofácea crónica, provavelmente associada a insuficiência renal. A infecção directa pelo bacilo pode causar artrite com destruição articular e quistos ósseos. A desor-

ganização articular e reabsorção das extremidades distais dos pés, em contexto de artropatia neuropática são as lesões radiológicas mais comuns. No presente caso clínico, provavelmente todos os mecanismos fisiopatológicos estiveram na origem das lesões.

De referir ainda, que não há na literatura casos descritos com a associação destas duas entidades clínicas.

CLP 45 – AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE DA DOENÇA NO SÍNDROMA DE SJÖGREN

Filipe Barcelos,¹ José Vaz Patto,¹
Luís Cunha Miranda,² Cândida Silva,¹
Ana Assunção Teixeira¹

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Português de Reumatologia

Introdução: O Síndrome de Sjögren Primário (SSP) é uma doença inflamatória crónica caracterizada por infiltração linfocitária e lesão auto-imune das glândulas exócrinas. O envolvimento sistémico é frequente, podendo atingir variados órgãos e sistemas, com prognóstico variável. Ao contrário outras doenças reumáticas, no SSP a actividade da doença tem sido difícil de avaliar, pela ausência de instrumentos adequados. Recentemente foi publicada uma escala de actividade de doença no SSP – o *European Sjögren's Syndrome Disease Activity Index* (ESSDAI) – que resulta de um grupo de consenso patrocinado pela EULAR. Apesar de ainda não estar validada, esta escala, composta por 12 domínios (10 clínicos e 2 laboratoriais), poderá ser um instrumento fundamental na avaliação da actividade sistémica no SSP e na monitorização da terapêutica.

Objectivos: Pretende-se avaliar a actividade da doença em doentes com SSP, utilizando o ESSDAI.

Material e Métodos: Foram avaliados 84 doentes consecutivos com SSP, seguidos em consulta de Reumatologia/Síndrome de Sjögren, aos quais foi aplicado o ESSDAI. Foram recolhidos dados demográficos e perfil imunológico (anti-SSA) a partir dos processos clínicos.

Resultados: Os 84 doentes avaliados eram todos do sexo feminino, com média de idade de 55,3 anos \pm 12,6 DP (variando entre 27 e 83 anos) e duração média da doença de 11,9 anos \pm 8,4 DP (entre 2 e 43 anos). A maioria dos doentes - 52 ou 61,9% – apresentava actividade da doença, sendo o ESSDAI médio de 2,21 pontos (para um máximo possível

de 123). A distribuição de acordo com o índice foi a seguinte: 1 ponto, 5 doentes (6,0%); 2 pontos, 20 doentes (23,8%); 3 pontos, 5 doentes (6,0%); 4 pontos, 6 doentes (7,1%); 5 pontos, 6 doentes (7,1%); 6 pontos, 4 doentes (4,8%); 7 pontos, 2 doentes (2,4%); 8 pontos, 2 doentes (2,4%); 9 pontos, 2 doentes (2,4%). Os domínios em que se verificou actividade da doença foram os seguintes: biológico (36 doentes, 42,9%), hematológico (12 doentes, 14,3%), articular (9 doentes, 10,7%), pulmonar (8 doentes, 9,5%), glandular (6 doentes, 7,1%), cutâneo (2 doentes, 2,4%), sistema nervoso periférico (2 doentes, 2,4%), constitucional (1 doente, 1,2%) e linfadenopatia (1 doente, 1,2%). Não se registou actividade a nível renal, muscular ou do sistema nervoso central. Quanto à actividade da doença de acordo com o perfil imunológico, verificou-se que os doentes com anti-SSA positivo (57 indivíduos ou 67,9%) apresentavam mais frequentemente doença activa – 68,4% – quando comparados com os Anti-SSA negativos – 48,1%. O ESSDAI médio foi também mais alto nos SSA+ (2,47) do que nos SSA- (1,67).

Discussão: Na nossa população, a escala de actividade ESSDAI demonstrou a presença de doença activa em cerca de 2/3 dos doentes, embora de um modo geral com baixos índices de actividade. Parece haver uma tendência para maior actividade de doença nos doentes com anticorpos anti-SSA positivos, o que está de acordo com o papel que desempenham na fisiopatologia do SSP. A utilização desta escala como auxiliar na consulta de Síndrome de Sjögren irá facilitar o seguimento destes doentes, ao fornecer um conjunto de parâmetros «obrigatórios» na avaliação dos doentes, e por outro lado contribuir para uma convergência nas atitudes e decisões clínicas entre médicos. No entanto, é preciso não esquecer que esta escala apenas quantifica a actividade sistémica da doença, e não poderá ser aplicada isoladamente. Outros aspectos da doença, como as queixas secas, a fadiga e a dor, têm um importante impacto na qualidade de vida e no estado geral de saúde dos doentes com SSP, e necessitam ser avaliados com instrumentos apropriados e consensuais, que se espera estejam disponíveis no futuro próximo.

CLP 46 – ARTROGRIPOSE MÚLTIPLA CONGÉNITA – ESTUDO DE 10 CASOS

Jorge Barbosa,¹ Frederico Varandas,²
Mafalda Pires,³ Maria José Costa,³

Ana Paula Soudo³

1. Hospital Curry Cabral

2. Hospital de Santa Marta

3. Hospital Dona Estefânia;

Introdução: A artrogripose múltipla congénita é um grupo heterogéneo de doenças caracterizado por contracturas articulares congénitas múltiplas. A artrogripose neurogénica pode resultar de distúrbios do sistema nervoso central e/ou periférico, condições genéticas, anomalias cromossómicas, factores ambientais e síndromes. Tem transmissão autossómica recessiva, dominante ou ligada ao X. A artrogripose miopática, diferenciada da neurogénica por biópsia muscular, é menos frequente e resulta de doença muscular primária.

A causa major de artrogripose é a acinesia fetal devido a anomalias fetais ou maternas. O diagnóstico pode ser feito clinicamente no recém-nascido. Os exames imagiológicos permitem documentar as alterações morfológicas e avaliar a resposta à terapêutica. Nas contracturas de origem extrínseca o prognóstico é melhor e o risco de recorrência mais baixo.

Nos doentes com artrogripose múltipla congénita observam-se contracturas articulares múltiplas, que podem evoluir para anquilose ou luxação, e deformações dos membros, em geral simétricas e de agravamento distal; pode-se verificar atrofia muscular, anomalias do tecido conjuntivo e malformações.

O tratamento da artrogripose é multidisciplinar, envolvendo cuidados médicos e cirúrgicos. A cinesioterapia e as ortóteses têm como objectivo o tratamento das contracturas e a melhoria da amplitude de movimentos, com a finalidade de obtenção de estabilidade na deambulação e funcionalidade dos membros superiores para os auto-cuidados.

Descrição dos casos: Os autores analisam e comparam 10 casos clínicos de artrogripose múltipla congénita seguidos na consulta de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital Dona Estefânia e discutem a abordagem terapêutica e a eficácia da realização de tratamentos de medicina física e de reabilitação e da prescrição de ajudas técnicas.

CLP 47 – ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL – PAPEL DOS TRATAMENTOS LOCAIS

José A. Costa,¹ Filipa Teixeira,¹ Ana Ribeiro,¹

Mónica Bogas,¹ Lúcia Costa,¹ Carmo Afonso,¹

Sérgio Alcino,¹ Domingos Araújo¹

1. Serviço Reumatologia do Hospital Conde de Bertiandos, ULSAM, EPE

Introdução: A artrite idiopática juvenil (AIJ) é a doença reumática inflamatória crónica mais frequente e com maior impacto na infância, constituindo uma importante causa de incapacidade funcional. Os tratamentos locais, intra e periarticulares, constituem umas das armas disponíveis para seu tratamento. O objectivo dos autores foi avaliar o benefício dos tratamentos locais realizados em doentes com AIJ seguidos no Serviço de Reumatologia da ULSAM (Ponte de Lima).

Material e Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de todos os doentes com diagnóstico de AIJ observados no Serviço de Reumatologia da ULSAM de 2004 a 2009, com registo de dados demográficos, dados clínicos e intervenções terapêuticas efectuadas e seus resultados. Foram revistos os processos clínicos de 19 doentes, sendo que 52,6% apresentavam atingimento oligoarticular, segundo a classificação ILAR.

Resultados e discussão: Durante o período em causa foram realizados 39 tratamentos locais em 19 doentes (74,4% sexo feminino). A idade média de início de sintomas dos doentes tratados era de 9,4 anos (8 meses-16 anos). Em média, foram realizados 2,1 procedimentos por doente. Os procedimentos mais frequentemente realizados foram as infiltrações intra-articulares. As articulações mais frequentemente tratadas foram o joelho e o punho. A maioria dos procedimentos consistiu em artrocentese evacuadora/diagnóstica e posterior infiltração intra-articular com corticosteróide de depósito. O fármaco mais utilizado (76,9%), para além do anestésico (lidocaína), foi o hexacetonido de triancinolona (HT) nas doses de 20 ou 40 mg, conforme a articulação tratada. A maioria dos doentes teve uma melhoria franca após o procedimento realizado. Em apenas 2 doentes submetidos a sinoviortese química com HT foi necessário nova infiltração na mesma articulação (uma num joelho, outra num cotovelo). Em quatro dos doentes, os tratamentos locais foram suficientes para induzir remissão clínica duradoura sem necessidade de imunomodulador, AINE ou corticoterapia actual. Nenhum dos doentes teve necessidade posterior de tratamento cirúrgico nas articulações intervencionadas.

Conclusão: Como seria de esperar, os procedimentos mais realizados versaram grandes/médias ar-

ticulações. Os resultados dos tratamentos locais realizados foram, na grande maioria, muito satisfatórios, contribuindo em alguns casos para a indução de uma remissão clínica duradoura e sem necessidade de tratamento continuado. Assim, conclui-se que os tratamentos locais, quando correctamente utilizadas, são muito eficazes e permitem evitar ou pelos menos atrasar no tempo complicações conhecidas desta doença.

CLP 48 – OMBRO DOLOROSO – UM CASO CLÍNICO RARO

P. Abreu, J. Rovisco, P. Monteiro, J. A. P. da Silva¹
1. Serviço de Reumatologia – Hospitais da Universidade de Coimbra;

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma doente, caucasiana, de 67 anos de idade, internada no nosso Serviço por omalgia direita de ritmo misto de instalação subaguda, com dois meses de evolução, associada a tumefacção articular e incapacidade funcional marcada para as actividades de vida diária. Negava historial de traumatismos. Nos antecedentes destacava-se uma cirurgia prévia para exérese de quistos sebáceos, um mês antes, com complicação infecciosa, no período pós-cirúrgico, num dos locais intervencionados.

O exame físico revelou tumefacção do ombro direito e uma limitação acentuada de todos os planos de movimento do mesmo. Sem outras alterações. Os exames laboratoriais realizados apresentavam elevação de PCR=6.81mg/dl e VS=99mm (1ª hora). Hemoculturas e urocultura foram negativas. Sem outras alterações analíticas. Radiograficamente, havia alterações degenerativas (osteófito à direita, na região inferior da cabeça umeral; alterações da cortical da cabeça umeral e calcificações acima da mesma. O cintigrama osteo-articular e com leucócitos marcados sugeriam tratar-se de uma artrite séptica. Efectuou ressonância do ombro que revelou apenas rotura da coifa dos rotadores. Foi realizada artrocentese do ombro direito com colheita de ≈ 20 cc de líquido sinovial sero-hemático. O exame bacteriológico (cultural e directo) foi negativo. Prova de *Mantoux* negativa.

Inicialmente, por suspeita de artrite séptica, iniciou antibioterapia que fez durante 7 dias. Após exclusão de outras causas de artrite, nomeadamente a causa infecciosa, foi suspensa a antibioterapia, tendo sido apenas administrada terapêutica anti-inflamatória e/ou analgésica, em SOS.

Atendendo à história clínica, aspectos imagiológicos e analíticos (pouca celularidade do líquido sinovial, exames bacteriológicos negativos) foi feito o diagnóstico de síndrome do «Ombro de Milwaukee». Posteriormente, foi efectuada nova artrocentese seguida de infiltração com corticosteróide. Foi orientada para iniciar tratamento fisioterápico, em ambulatório, visando a recuperação da função normal da articulação afectada.

Discussão: Os autores descrevem este caso dado ser uma situação pouco frequente e cujo diagnóstico diferencial deve ser estabelecido nomeadamente com a artrite séptica, artrite reumatóide, artropatia microcristalina por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio e artropatia neuropática. A importância em fazer o diagnóstico deste tipo de situação reside em evitar terapêuticas agressivas e inadequadas e na possibilidade de facultar alívio rápido, apesar de não haver nenhuma terapêutica específica para a síndrome do «Ombro de Milwaukee».

CLP 49 – ARTRITE E OSTEOMIELE BRUCÉLICA DO PUNHO – CASO CLÍNICO

P. Abreu,¹ J. Rovisco,¹ C. Gonçalves,² S. Serra,¹
P. Monteiro,¹ J. Silva,¹ A. Garruço,³ J.A.P. da Silva¹
1. Reumatologia
2. Medicina III
3. Ortopedia – Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A brucelose é uma doença sistémica infecciosa causada pela *species Brucella*, um bacilo gram negativo. É transmitida aos humanos através do consumo de produtos lácteos contaminados, assim como através do contacto directo com animais infectados. Tipicamente, apresenta-se com febre, hepato-esplenomegalia, linfadenopatia e leucopenia ou pancitopenia. Contudo, até um terço dos doentes poderá desenvolver manifestações osteoarticulares, incluindo sacroilíte, artrite periférica, espondilite, osteomielite e bursite. Os autores descrevem uma doente que apresentou, simultaneamente, artrite e osteomielite do punho.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 60 anos de idade, seguida em consulta de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra com os diagnósticos de artrite reumatóide erosiva (18 anos de evolução; sob terapêutica com metotrexato e metilprednisolona), osteoporose e fibrose pulmonar que foi internada (Abril/2009) para esclarecimento de tumefacção do punho esquerdo, com evolução de nove meses (Julho/2008). Sem sinto-

mas constitucionais ou outras queixas. Sem história de traumatismo prévio. DAS28.3v=3.04. Realizou ecografia articular (Julho/2008) que revelou quisto sinovial com várias calcificações e com algum sinal *doppler*. Repetiu exame em Outubro/2008 que evidenciou sinovite radio-cárpica grau II e quisto sinovial. O quadro foi entendido como um *flare* articular, pelo que foi submetida a infiltração articular com hexacetonido de triancinolona 20mg. Em Março/2009 foi reobservada e apresentava apenas ligeira tumefacção articular; sem outras queixas. Em Abril, foi novamente avaliada por franca tumefacção do punho esquerdo e submetida a artrocentese com aspiração de 20cc de líquido espesso, de cor acastanhada. Laboratorialmente, destacavam-se: VS=86 mm (1ª hora), PCR=4.47mg/dl e leucocitose (13.6×10^6 /uL). Foi internada e, ao segundo dia, iniciou temperaturas febris e sudorese. Foram realizadas hemoculturas sendo identificada *Brucella spp* no sangue e líquido articular. A cultura de BK (líquido sinovial) foi negativa. Fez ressonância do punho esquerdo que evidenciou abscesso dos tecidos moles do carpo, focos de osteomielite no rádio e alterações de osso, mas sem abscesso, na extremidade distal do cúbito. O volume da tumefacção estava refeito ao fim de 4 dias pelo que, posteriormente, foi efectuada drenagem de abscesso por incisão única. Imagiologicamente, sem alterações na ecografia abdominal ou ecocardiograma. Iniciou terapêutica empírica com vancomicina e ceftriaxone, entretanto ajustada, mediante exame cultural, para doxiclina, gentamicina e ciprofloxacina, com melhoria dos marcadores inflamatórios: VS=44 mm (1ª hora) e PCR=2.13mg/dl. Foi transferida para o serviço de Ortopedia onde foi efectuada limpeza cirúrgica e operação de *Darrach*.

Discussão: A doente foi tratada com sucesso com limpeza cirúrgica e antibioterapia. Os autores descrevem o presente caso pela raridade da sua ocorrência no nosso país, pela raridade da articulação afectada (apenas um caso descrito na literatura), e para sublinhar a necessidade de considerar a hipótese infecciosa numa artrite fora de fase mesmo em doentes com poliartrite crónica.

CLP 50 – ANTICORPO ANTI-KU E DOENÇA DO TECIDO CONJUNTIVO – CASO CLÍNICO

J. Rovisco, P. Abreu, M.J. Salvador, J. A. P. da Silva¹
1. Serviço de Reumatologia – Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Os auto-anticorpos (ac.) contra as proteínas Ku são raramente detectados e, quando presentes em título elevado, têm sido relacionados com doença do tecido conjuntivo (p.e. lúpus eritematoso sistémico, síndrome de *Sjogren*, fibrose pulmonar idiopática ou síndrome de sobreposição escleroderma-polimiosite). Habitualmente, este tipo de ac. não coexiste com outro tipo de anticorpos com excepção do ac. anti-Ro 52. Os autores descrevem um doente com miosite, fenómeno de *Raynaud* e espessamento cutâneo (síndrome de sobreposição escleroderma-polimiosite) com detecção destes anticorpos.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 58 anos de idade, internado no Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra para esclarecimento de artralguas e mialgias generalizadas, de ritmo mecânico, com evolução de ≈4 anos, associadas a fenómeno de *Raynaud*. Início há um ano, com noção de edema das mãos e limitação funcional progressiva em algumas actividades de vida diária. Ao exame objectivo, destacava-se o espessamento cutâneo distal aos cotovelos; sem outras alterações. Analiticamente: VS=11 mm (1ª hora), PCR=2.26mg/dl, CK=1944, LDH=474, aldolase=21.1 Provas tiroideas normais. Serologias HAV, HBV, HCV e HIV 1+2 negativas. ANA's positivos (+++++) com identificação de ac. anti-Ku (positivo forte). EMG com sinais de lesão de fibra muscular restritos ao músculo iliopsoas direito. Efectuou biópsia muscular que revelou marcação positiva para MHC-I, na imunofluorescência. Capilaroscopia: alterações compatíveis com esclerose sistémica.

Discussão: A incidência de ac. anti-Ku é pouco elevada – 1 em 3.500 resultados positivos para ac. anti-nucleares detectados por *immunoblotting*. Quando presentes, estes ac. têm títulos elevados (>1:10.000). Clinicamente, os ac. anti-Ku estão associados a sintomas relacionados com lesão muscular (miosite), lesão da pele (esclerodactilia, microstomia), envolvimento articular e presença de fenómeno de *Raynaud*. Raramente, há fibrose pulmonar ou distúrbios do tubo digestivo. Nos doentes com síndrome de sobreposição, 65% apresentam queixas clínicas compatíveis com esclerodermia.

Os autores descrevem este caso dado ser uma situação pouco frequente (síndrome de sobreposição escleroderma-polimiosite) associada à detecção de um ac. infrequente - ac. anti-Ku, especialmente por se tratar de um homem (os casos reportados são maioritariamente em mulheres).

CLP 51 – ARTRITE PSORIÁTICA – UM NOVO DESAFIO NA RECONSTRUÇÃO DO LCA?

Martins J. A. C,¹ Marques T,¹ Granate P²

1. Hospital Garcia de Orta
2. Hospital Luz;

Introdução: A Artrite Psoriática (AP) é uma doença inflamatória crónica que se caracteriza pelo envolvimento articular associado com Psoríase. Factores genéticos e ambientais, por mecanismos imunológicos, poderão estar implicados na patogénese da AP. O diagnóstico baseia-se em critérios clínicos e radiológicos. Envolvimento articular distal, com distribuição assimétrica, lesões nas unhas, dactilite, ossificação justa-articular, FR negativo são os mais comumente aceites. Clinicamente, os doentes referem dor e rigidez matinal nas articulações afectadas, acentuada com a imobilização prolongada, aliviada com o exercício. Mais tardiamente apresentam deformação articular, com atingimento preferencial das articulações distais. A inflamação de partes moles (entesites, tendinites, tenossinovites) e manifestações extra articulares como linfedema e uveítes encontram-se documentadas. Associa-se a uma diminuição da densidade mineral óssea, conduzindo a uma osteoporose precoce com aumento do risco de fractura.

Material: Caso clínico de uma doente 58 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, com diagnóstico clínico de Rotura do Ligamento Cruzado Anterior pós traumática, com rotura parcial do menisco externo concomitante, confirmado por RMN. A exuberância do processo inflamatório então desenvolvido, com repercussões funcionais significativas, condicionou o timing da reconstrução a qual se realizou à 8ª semana (e não as habituais 4)

Métodos: Foi submetida a Ligamentoplastia, pela técnica O-T-O, constatando-se intra-operatoriamente um processo sinóvitico importante, má qualidade óssea bem como um aspecto heterogéneo ligamentar, optando-se por uma biópsia da sinovial. Na tibia proximal fez-se fixação da plastia a poste de parafuso e washer.

Resultados: A doente recuperou estabilidade e articular, embora requeresse Reabilitação adaptada, mais prolongada e com resultados funcionais inferiores aos obtidos com os doentes do seu escalão etário. A Biópsia mostrou «processo inflamatório exuberante». Mais tarde, verificou-se a presença de lesões cutâneas, descamativas em placas tendo-se diagnosticado Psoríase.

Discussão: As espondiloartropatias são entidades nosológicas que condicionam o tratamento médico e cirúrgico de lesões osteoarticulares.

Conclusão: O seu diagnóstico precoce permite adaptação do tratamento visando o melhor resultado funcional possível.

CLP 52 – DMO E FACTORES DE RISCO PARA OSTEOPOROSE EM 821 MULHERES DO CONCELHO DE NISA

Rita Fernandes,¹ Alexandra Cardoso,¹
Luis Cunha Miranda,¹ Eugénia Simões,¹
Teresa Cristóvam²

1. Instituto Português de Reumatologia
2. Centro de Saúde de Nisa

Introdução: A Osteoporose (OP) é caracterizada pela redução da densidade mineral óssea (DMO) e qualidade do osso. Estima-se que afecta 1 em 3 mulheres e 1 em 5 homens no mundo (de acordo com a IOF). A evolução da OP é gradual e assintomática, no entanto existem factores de risco, fixos e modificáveis, que contribuem para a presença e desenvolvimento desta doença, entre eles a idade, a presença de fractura prévia, o hiperparatiroidismo, a artrite reumatóide, história familiar de OP ou fractura, menopausa e corticoterapia. É conhecida a associação entre a obesidade e a DMO, tal como a possível protecção da adiposidade contra a ocorrência de fracturas.

Objectivo: Este trabalho teve como objectivo a avaliação da densidade mineral óssea (DMO) e presença de fractura óssea na população feminina do concelho de Nisa, relacionando com parâmetros biométricos e de composição corporal.

Metodologia: Foi aplicado um questionário individual a 821 mulheres recrutadas a partir dos centros de saúde do concelho de Nisa, com idade superior a 40 anos, visando a quantificação de factores de risco para osteoporose, desenvolvido para este estudo (dados pessoais, história clínica e familiar, inquérito alimentar com determinação de hábitos tóxicos de risco). A todas as mulheres foi determinado o *t-score* através de DMO no calcâneo (densitómetro QUS-2), questionada a história de fractura óssea e recolhidos os parâmetros biométricos (peso e perímetros) e de massa gorda corporal.

Resultados: A idade média das 821 mulheres avaliadas foi de 61,6±6,8 anos [43;78], com peso actual médio de 68,5±12,3 kg e peso aos 25 anos de 50,9±12,3 kg. As mulheres com OP apresentaram

valores médios inferiores de IMC, perímetros e massa gorda, que aquelas com DMO normal (ver Tabela 1). A fractura prévia encontrava-se presente em 200 mulheres (24,2%), a doença da paratiróide em 5 (0,6%), a AR em 143 (17,3%), a história familiar de OP ou fractura em 224 (27,2%), a corticoterapia em 16 (1,9%). Quanto à influência dos factores de risco para a OP, verificou-se que as mulheres com OP ou osteopénia apresentavam maior história de fractura prévia, AR e corticoterapia; enquanto que a história familiar de fractura/OP foi mais frequente nas mulheres com osteopénia, apesar de não se obter significância estatística para estes dados (ver Tabela 2). Apesar dos factores de risco para a Osteoporose presentes na população estudada não terem influenciado a presença de OP, a idade relacionou-se inversamente com o *t-Score* ($p < 0,0001$), enquanto que o IMC e a massa gorda corporal associaram-se significativamente ao aumento do *t-Score* ($p < 0,05$).

Conclusão: Como está referenciado em alguns es-

tudos, verificámos que o IMC e o tecido adiposo podem exercer um efeito protector na OP, pois as mulheres com esta patologia apresentaram valores inferiores de IMC, perímetros e massa gorda, que aquelas com DMO normal. Uma vez que a prevalência dos factores de risco avaliados não se associou à presença de OP, sugere-se uma futura comparação dos dados desta amostra com um grupo controlo. No entanto, por ser cientificamente conhecida a relação entre os factores de risco estudados e o desenvolvimento da OP, torna-se cada vez mais importante despertar as mulheres, principalmente com idade superior a 40 anos, para a adopção ou melhoria de hábitos de vida que possam prevenir o aparecimento ou progressão da OP.

CLP 53 – BIOTECNOLÓGICOS: ESTUDO EVOLUTIVO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL

Alexandra Cardoso,¹ Rita Fernandes,¹

Luis Cunha Miranda,¹ José Vaz Patto,¹ Ana Assunção-Teixeira¹

1. Instituto Português de Reumatologia;

Tabela I. Avaliação biométrica e de Composição Corporal em 821 mulheres

	Normal	Osteopénia	Osteoporose	P
Idade	60,4±6,9	63,1±6,3	66,1±4,8	<0,0001
T-Score	0,40±6,9	-1,66±0,41	-3,53±5,32	<0,0001
IMC actual	29,7±5,0	27,5±4,4	26,1±4,9	<0,0001
IMC 25 anos	21,8±3,6	21,8±6,9	25,5±1,6	ns
MG (%)	39,5±5,1	38,7±5,5	38,0±6,0	0,025
PC	90,8±10,5	87,7±10,6	84,8±10,1	<0,0001
PA	109,5±10,4	105,9±10,1	103,8±9,8	<0,0001
Rc/a	0,83±0,07	0,82±0,11	0,82±0,06	ns

Tabela II. Factores de risco para OP estudados nesta amostra de mulheres

Factores de Risco	Normal	Osteopénia	Osteoporose
Fractura prévia	111/521 (21,3%)	68/237 (28,7%)	20/63 (31,7%)
História familiar de fractura/OP	143/521 (27,4%)	68/237 (28,7%)	11/63 (17,5%)
Doença paratiróide	2/521 (0,4%)	3/237 (1,3%)	0/63 (0%)
AR	86/521 (16,5%)	45/237 (19%)	12/63 (19%)
Corticoterapia	7/521 (1,3%)	7/237 (3%)	2/63 (3,2%)

Introdução: Com o objectivo de reduzir a inflamação e a progressão da patologia reumática, os tratamentos com biotecnológicos constituem um importante progresso e elevada esperança para estes doentes. Entre os fármacos disponíveis no mercado, destacamos as terapêuticas biológicas actualmente em uso no IPR, administrados por via endovenosa (Infliximab e Rituximab) e via subcutânea (Etanercept e Adalimumab). Os efeitos adversos das terapêuticas encontram-se descritos na literatura, mas pouco ou nada se sabe sobre as alterações da composição corporal.

Objectivo: Este trabalho teve como objectivo analisar em que medida a terapêutica com biotecnológicos influencia a composição corporal dos doentes.

Metodologia: Foram seleccionados os doentes sob terapêutica biotecnológica em tratamento há pelo menos 3 meses no IPR. Registaram-se os dados relativos à 1ª avaliação aos 0 meses (M0), em que todos os doentes foram avaliados quanto ao IMC e composição corporal por BIA octapolar e em multifrequência (InBody720): massa

gorda corporal (MG), gordura visceral (GV), massa livre de gordura (MLG), massa muscular esquelética (MME) total e segmentada, conteúdo mineral óssea (CMO), água intracelular (AIC) e extracelular (AEC) com *score* de edema. Esta avaliação nutricional foi repetida aos 3 (M3), 6 (M6) e 12 ou mais (M12) meses de tratamento. Os 8 doentes seguidos na Consulta de Nutrição do IPR constituíram o Grupo CN, os restantes formam o Grupo B. **Resultados:** A amostra constituída por 116 doentes, incluía 75 (65%) com Artrite Reumatóide (AR), 30 (26%) com Espondilite Anquilosante (EA), 10 (8,6%) com Artrite Psoriásica e 1 com Behçet. Relativamente à terapêutica, 53 doentes encontravam-se em tratamento com Etanercept (45,7%), 5 com Rituximab (4,3%) e 29 com Infliximab (25%) e Adalimumab (25%). Foram estudadas 89 (77%) mulheres, com idade média de 51,9±11,7 anos. Cerca de 72% dos doentes tinham IMC≥25kg/m².

Aos 3 meses, os parâmetros de composição corporal avaliados no Grupo B (n=50) não apresentaram variação estatisticamente significativa, enquanto que o Grupo CN revelou uma importante redução do grau de obesidade, com diminuição do peso, da MG, da MME e da AIC e AEC (p<0,05).

Os doentes com terapêutica aos 6 meses (Grupo B=16; Grupo CN=5), apresentaram valores médios de composição corporal sem alterações de destaque das variáveis analisadas em ambos os grupos (p>0,05).

Da análise por biotecnológico, verificámos que a terapêutica com Etanercept revelou uma redução significativa de peso aos 3 e 6 meses nos doentes não seguidos na CN. Nos biológicos alternativos verificou-se a manutenção aos 3 meses e tendência para valores superiores aos 6 meses, apesar de não se encontrar significância estatística.

Discussão e Conclusão: A diversidade de terapêuticas biológicas estudadas, de doenças reumáticas consideradas e o número de doentes relativamente baixo em cada classe das variáveis mencionadas, dificulta a análise da influência nos parâmetros de composição corporal. No entanto, demonstrámos que estes doentes podem beneficiar significativamente do acompanhamento nutricional paralelo à administração do biológico. Verificámos que os biotecnológicos têm comportamentos diferentes entre eles, no que diz respeito às alterações observadas nesta amostra. São necessários mais estudos para esclarecer o efeito dos biológicos a nível nutricional, com base numa amostra de maior dimensão, com observação a longo prazo e contro-

lo de factores confundentes (como a possível alteração dos hábitos alimentares ou da prática de atividade física), inclusive resultantes da melhoria associada ao tratamento.

CLP 54 – ARTRITE REUMATÓIDE NO IDOSO – CONHECER PARA TRATAR

Ângela Santos Neves, Joana Silva, Regina Belo
Centro de Saúde de Montemor-o-Velho

A artrite reumatóide é a etiologia mais comum de artrite inflamatória nos idosos, com uma prevalência estimada de 2%. Um idoso com poliartrite inflamatória de início recente apresenta-se com um quadro muitas vezes não específico e por isso torna o diagnóstico mais difícil. Em adultos idosos pode também ocorrer lúpus eritematoso sistémico, que apesar de ser menos prevalente que a artrite reumatóide está associado a com envolvimento de múltiplos órgãos.

Homem, 72 com poliartralgia simétrica e aditiva com 2 meses de evolução envolvendo os cotovelos, punhos, pequenas articulações das mãos, joelhos, tibiotársica direita e pés. Apresentava edema das mãos e pés e era acompanhado de limitação funcional importante. Apresentava edema das articulações dolorosas e manobras da coifa positivas à direita. Foi medicado com Diclofenac e Omeprazol não surtindo melhoria. Analiticamente apresentava anemia ferripriva, alteração das provas hepáticas (dobro normal), velocidade sedimentação 66, proteína C reactiva 14.38 e factor reumatóide negativo. Foi pedida pesquisa de sangue oculto nas fezes que se revelou positivo. Foi programada colonoscopia e endoscopia digestiva alta e referenciado a consulta de reumatologia onde foi diagnosticado com artrite reumatóide do idoso e medicado com Lepicortinolo, hidroxycloquína, Carbonato de cálcio + Colecalciferol mantendo o Ferro e omeprazol 20 mg e paracetamol 1 g em SOS.

O médico de família é a porta de entrada nos cuidados de saúde secundários. É importante estar atento às queixas do doente e referenciar em tempo útil, sempre que julgue necessário. A artrite reumatóide assume formas diferentes neste escalão etário com envolvimento das grandes articulações, menos seropositividade, um início não tão definido tendo um bom prognóstico. É importante o médico estar sensibilizado para esta variante da artrite reumatóide que com o avançar da esperança de vida se tornará mais prevalente.

PATROCÍNIO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

ABBOTT
ACTELION
BIAL
BIOSAÚDE
BRISTOL-MEYERS SQUIBB
DELTA, LDA /ROTTAFARMA
GENERIS FARMACÊUTICA
GLAXOSMITHKLINE
GRUNENTHAL, SA
JABA-RECORDATI
JANSEN-CILAG FARMACÊUTICA, LDA
LABORATÓRIOS VICTORIA
MEDICAMENTA
MEDINFAR
MERCK SHARP & DOHME
NYCOMED
NOVARTIS FARMA
PIERRE FABRE
PFIZER
ROCHE FARMACÊUTICA QUÍMICA
SANOFI-AVENTIS
SERVIER
SCHERING- PLOUGH FARMA
TECNIFAR
TOLIFE
WYETH LEDERLE PORTUGAL