



**CURSO DE
ACTUALIZAÇÃO DE
REUMATOLOGIA**

Curso de actualização de Reumatologia em 8 aulas

ACTA REUMATOL PORT. 2012;37:27-31 (SUP)

MESA 1

DIA 2 DE MAIO DE 2012

ARTRITE REUMATÓIDE

Miguel Bernardes¹

1. Hospital São João, Porto

As duas últimas décadas caracterizaram-se por uma mudança de paradigma do tratamento da artrite reumatóide. A remissão clínica ou a baixa actividade de doença passaram a ser objectivos tangíveis numa percentagem elevada de doentes reumatóides. A remissão clínica é actualmente um objectivo terapêutico realista na artrite reumatóide precoce. Também o conceito de remissão clínica mudou recentemente, o ACR e a EULAR definiram, conjuntamente, níveis de remissão mais restritivos que o DAS28 <2.6, que devem ser utilizados doravante nos ensaios clínicos e na prática clínica, traduzindo objectivos terapêuticos ainda mais ambiciosos. A remissão SDAI, por exemplo, revelou óptima correlação com a remissão ecográfica.

Estes objectivos devem-se, por um lado, aos avanços no conhecimento da fisiopatologia da doença, nomeadamente dos mecanismos moleculares que lhe estão subjacentes, o que permitiu o desenvolvimento dum vasto leque de agentes biológicos. O *cycling* entre os diversos agentes biológicos é defensável até se alcançar a remissão ou até se determinar qual o agente mais efectivo para aquele doente individual. A farmacologia e o desenvolvimento de biomarcadores poderão vir a otimizar o seu uso. Vários estudos têm avaliado, em doentes com artrite reumatóide tratados com agentes biológicos, o interesse de determinados biomarcadores para: otimizar as doses e a frequência das administrações, prever a resposta ao tratamento, prever a tolerância ao fármaco e monitorizar o doente que interrompeu a terapêutica biológica e está em remissão para prever um eventual *flare* da doença. Por outro lado, assistimos também a claros avanços nos esquemas terapêuticos. Os estudos TICORA e CAMERA mostraram que a estratégia terapêutica deve ser direccionada no sentido de alcançar um determinado objectivo específico, a remissão clínica, e que a avaliação da resposta clínica ao tratamento deve ser

apertada e intensiva, com recurso a instrumentos metro-lógicos validados. Vários estudos de estratégia terapêutica recentes (COBRA, FIN-RACo, BeSt) mostraram que o recurso à terapêutica combinada de vários DMARDs convencionais numa fase inicial da doença, incluindo a prednisolona, é mais eficaz que o seu uso em monoterapia. Contudo, em termos individuais, um número muito importante de doentes responde à monoterapia com metotrexato, defendendo-se actualmente uma dose inicial mais elevada (>12,5mg *per os* por semana), uma escalada intensiva e rápida da dose e a utilização por via parentérica em caso de ineficácia ou intolerância oral. Nestes doentes, a suplementação com ácido fólico diminui a toxicidade do metotrexato, tem efeito benéfico no metabolismo da homocisteína e previne a formação dum metabolito menos eficaz (17-hidroxi-metotrexato).

O enfoque na artrite precoce está bem patente em várias normas de orientação publicadas em 2010: critérios de classificação ACR/EULAR da artrite reumatóide, recomendações EULAR para o tratamento da artrite reumatóide e para o tratamento da artrite precoce. Ultimamente, vários trabalhos têm levantado a problemática do *sobre-diagnóstico* e do *sub-diagnóstico* de artrite reumatóide com estes novos critérios. Contudo, as consultas de artrite precoce, que se implementaram nos últimos anos, comparativamente com as consultas de referência ordinária e não protocolada, traduziram-se numa menor progressão radiológica dos doentes reumatóides aos dois anos de seguimento.

A necessidade de avaliar quantitativa e prospectivamente medidas de *outcome* terapêutico reportadas pelos doentes tem vindo a sedimentar-se de forma gradual. É consensual que estes instrumentos, geralmente questionários de auto-preenchimento pelo doente, devam incluir diversos domínios, nomeadamente: dor, estado funcional, fadiga, sono, rigidez matinal, capacidade de trabalho, bem-estar físico e emocional.

ESPONDILARTRITIS

JL Fernandez Sueiro¹

1. Servicio de Reumatología, INIBIC, Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, La Coruña, España

CONCEPTOS GENERALES EN ESPONDILOARTRITIS

Las “espondiloartritis” comprenden un conjunto de enfermedades similares con características clínicas distintas y una predisposición genética común, en lugar de una enfermedad con diferentes presentaciones clínicas. El término seronegativo, creado inicialmente para establecer una diferenciación con la artritis reumatoide (AR) no tiene ningún sentido y por lo tanto debe de abandonarse.

Independientemente del subtipo de las EsPA, las principales manifestaciones clínicas son el dolor de espalda inflamatorio, artritis periférica, entesitis y la uveítis anterior. Es importante resaltar que tanto la psoriasis como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) definen entidades clínicas con sus propias características genéticas y no son manifestaciones de las EsPA.

Actualmente, de acuerdo al grupo de estudio europeo para las espondiloartritis (ESSG) y otros autores, se reconocen 5 grandes subtipos dentro de las EsPA, la espondilitis anquilosante (EA), la artritis psoriásica (APs), la artritis reactiva (ARe), la artritis asociada a la enfermedad inflamatoria intestinal (ArEII) y la espondiloartritis indiferenciada (EsPAi). Esta terminología podría crear cierta confusión, puesto que podría sugerir que se pretende incluir por ejemplo, en la APs a la totalidad de los pacientes, siendo este último aspecto completamente erróneo. Es bien conocido que el patrón de afectación articular en la APs es diverso con pacientes con afección poliarticular que asemejan una AR.

Así pues algunos autores, entre los cuales nos incluimos, prefieren otra terminología que se considera más apropiada: EA, EsPA psoriásica (EsPAps), EsPAi, EsPA reactiva (EsPAr) y EsPA asociada a EII (EsPAEII).

LES E OUTRAS DDTC

Luís Inês¹

1. Director da Consulta de Lúpus eritematoso sistémico dos CHUC; Serviço de Reumatologia do Centro Universitário Hospitalar de Coimbra (CHUC); Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO E OUTRAS DOENÇAS DIFUSAS DO TECIDO CONJUNTIVO

O Lúpus eritematoso sistémico (LES) e as restantes doenças difusas do tecido conjuntivo (DDTC) são doenças reumáticas crónicas, potencialmente muito graves e que afectam múltiplos órgãos e sistemas.

É necessária uma optimização da capacidade dos

Médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) para: (i) identificar precocemente potenciais casos de DDTC e (ii) integrar a equipa multidisciplinar de prestação de cuidados aos doentes com DDTC – de forma a melhorar o prognóstico destes doentes.

Objectivos. No final desta sessão, os participantes devem ser capazes de:

- Distinguir as manifestações clínicas precoces mais frequentes das DDTC;
- Identificar precocemente situações clínicas sugestivas de DDTC;
- Seleccionar os exames complementares indicados para a investigação de uma possível DDTC, no âmbito da MGF;
- Interpretar os resultados dos exames complementares utilizados no âmbito da MGF para investigação de uma potencial DDTC, de acordo com o contexto clínico;
- Designar o papel da MGF e outras especialidades no contexto da equipa multidisciplinar de prestação de cuidados aos doentes com DDTC;
- Estabelecer as medidas de Medicina preventiva apropriadas aos doentes com DDTC, no âmbito da MGF.

VASCULITES

Alexandre Wagner S. de Souza¹

1. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil

Vasculites são doenças heterogêneas que se caracterizam por inflamação da parede de vasos sanguíneos com subsequente necrose tissular. As vasculites podem ser classificadas em sistêmicas ou localizadas, primárias ou secundárias (infecções, medicamentos, neoplasias ou doenças reumáticas autoimunes) ou de acordo com o tamanho predominante do vaso acometido. O diagnóstico de vasculite deve ser confirmado com exame anátomo-patológico, marcadores sorológicos (p. ex. anticorpos anticitoplasma de neutrófilos, crioglobulinas, anticorpos anti-membrana basal glomerular) ou com exames de imagem (p. ex. arteriografia, angiorressonância magnética, angiotomografia computadorizada). O diagnóstico diferencial com condições que simulam vasculites deve ser lembrado, principalmente em pacientes que apresentam manifestações atípicas (p. ex. calcifilaxia, periaortite, mixoma atrial). Arterite de células gigantes, arterite de Takayasu, poliarterite nodosa, vasculites associadas ao ANCA e vasculite leucocitoclástica cutânea são as principais vasculites sistêmicas primárias observadas em adultos,

mas há também pacientes que apresentam vasculites que não podem ser classificadas de acordo com os sistemas de classificação atual. A avaliação de atividade de doença e da extensão do acometimento de órgãos/sistemas devem ser realizadas periodicamente. O tratamento inicial da vasculite sistêmica depende do diagnóstico e da extensão do acometimento da doença, seu objetivo é induzir a remissão da doença e evitar dano irreversível em órgãos/sistemas acometidos. Corticosteroide e imunossupressor são geralmente prescritos para o tratamento inicial e o tratamento de manutenção deve ser iniciado assim que se obtém remissão da doença para se prevenir recidivas. No acompanhamento do paciente com vasculite, é importante distinguir dano permanente, complicações da terapia e comorbidades de atividade de doença.

MESA 2

DIA 2 DE MAIO DE 2012

REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

Filipa Ramos¹

1. Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria

As doenças reumáticas juvenis englobam um amplo espectro de patologias da infância e juventude que têm a característica comum de afectarem estruturas específicas do aparelho locomotor mas também outros órgãos e sistemas. Cada vez mais trabalhos de investigação têm sido feitos nesta área, o que tem permitido avanços reconhecidos no diagnóstico precoce e no tratamento das crianças com doenças reumáticas crónicas. No entanto apesar de todos os meios actualmente ao nosso dispor, o diagnóstico continua a depender essencialmente de uma observação completa e cuidadosa por um clínico experiente. É por isso importante reconhecer sinais e sintomas de alerta para a possibilidade da existência de uma doença reumática numa criança ou adolescente e encaminhá-la devidamente para que seja tratada de uma forma rápida e eficaz, de forma a minimizar o impacto destas situações em fases da vida tão determinantes.

OSTEOPOROSE – O ESTADO DA ARTE

Maria Eugénia Simões¹

1. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

Nos últimos anos, tem-se continuado a dar importân-

cia a esta patologia; com efeito, trata-se da doença Óssea Metabólica com maior prevalência nos seres humanos.

Em relação à definição passou-se a dar relevância a aspectos qualitativos e não apenas a aspectos quantitativos do osso; à avaliação puramente inicial da “Massa Óssea”, feita por DEXA, sucedeu-se naturalmente a definição de “Resistência Óssea”, onde a par da quantidade, entram factores qualitativos, como número e conectividade das trabéculas, metabolismo ósseo, qualidade da matriz, noções de geometria...

Por outro lado, a avaliação do risco de fractura, até há pouco tempo, também baseada na DMO, passou a ter em linha de conta outros factores de risco, presentes na ferramenta FRAX, tais como a idade, o sexo, o IMC, história pessoal ou parental de fractura de baixo impacto, corticoterapia, tabagismo, consumo excessivo de álcool e presença de outras co-morbilidades.

Apesar de não estar validado para Portugal, trata-se de uma ferramenta simples, intuitiva, validada que faz pensar o clínico em outras variáveis que não a DMO.

Em termos de biologia óssea, e depois de cerca de 15 anos em que o osteoclasto foi a célula protagonista, o osteoblasto e mesmo o osteócito, têm demonstrado a sua importância. A comunicação entre estas células é importante para a normal fisiologia do osso, bem como para a reparação de fracturas, ao mesmo tempo que abre caminho para outros mecanismos de acção para outros (ou os mesmos) fármacos anti-osteoporóticos.

Como novidades terapêuticas, poderão surgir a curto/médio prazo, antagonistas da catepsina K na classe dos anti-reabsortivos e os fármacos moduladores da esclerostina, na classe dos osteoformadores.

OSTEOARTROSE

Margarida Cruz¹

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar Oeste Norte – Caldas da Rainha

A osteoartrose (OA) é a patologia articular mais frequente. Calcula-se que o aumento da esperança de vida a torne a 4^a causa de incapacidade em 2020. Define-se como um grupo heterogéneo de condições que conduz a sintomas e sinais articulares associados à deficiente integridade da cartilagem articular e a alterações do osso subcondral. O processo da doença afecta também os ligamentos, a cápsula, a membrana sinovial e os músculos peri-articulares. As articulações mais fre-

quentemente atingidas são as interfalângicas proximais e distais das mãos, a trapézio-metacárpica, as da coluna cervical e lombossagrada, ancas, joelhos e primeira metatarsofalângica, não sendo geralmente atingidos os punhos, tornozelos, cotovelos nem os ombros.

A OA pode ser classificada como idiopática ou secundária (traumática, por patologias congénitas ou do desenvolvimento, metabólicas, endócrinas, por deposição de cálcio, artropatias neuropáticas). Quando é clinicamente manifesta provoca artralgia, limitação de movimentos, crepitação, ocasionalmente derrame articular e graus variáveis de inflamação. O diagnóstico de OA pode ser clínico ou radiográfico. No doente individual há frequentemente uma fraca correlação entre a gravidade das alterações radiográficas e a sintomatologia clínica.

Existem factores de risco sistémicos e locais para o surgimento ou a progressão da OA. A progressão da OA é geralmente lenta, demorando anos. É possível haver melhoria clínica, mas a melhoria radiográfica é rara. São sinais ou sintomas de alarme: episódios de agudização, por sinovite; progressão rápida ou o aumento agudo da dor (por osteonecrose ou fractura); encravamento (geralmente por corpos livres intra-articulares).

O tratamento da OA engloba medidas gerais (o exercício, uma dieta correcta, a perda de peso) e farmacológicas (analgésicos, tópicos, modificadores da progressão da doença).

ARTROPATIAS MICROCRISTALINAS – CASOS CLÍNICOS

Herberto Jesus¹

1. Assistente graduado e consultor de Reumatologia

As artropatias microcristalinas resultam da formação de microcristais no líquido sinovial, os quais desencadeiam uma resposta imunológica persistente. Aborda três tipos de microcristais “presumíveis culpados”: os microcristais de monourato de sódio, os de pirofosfato de cálcio e os de hidroxapatite. As artrites microcristalinas constituem um universo onde os factores de risco possuem um papel capital na sua gestão. A simplicidade da fisiopatologia e da clínica revestem-se de aspetos “sui generis”. Os episódios clínicos apresentados percorrem todo um espectro de “particularidades clínicas”: 1) a activação “exuberante” dos neutrófilos evidenciada por um quadro de poliartrite aguda associada a um síndrome febril indeterminado, característicos de gota úrica; 2) a associação de gota úrica com artrite reumatóide; 3) a destruição massiva articular num contexto de artrite crónica na doença por pirofosfato de cálcio; 3) Ombro senil e a artrite “hemorrágica”. Ao percorrer estes casos evidenciamos a sua beleza semiológica intrínseca e a sua diversidade factual, as quais servem de alerta para a sua importância social e para a eficiência diagnóstica como factores críticos de sucesso destas entidades esquecidas no tempo e relativizadas pelos homens.